9370
RUBRICA
PROTOCOLO



"Feliz aquele que transfere o que
sabe e aprende o que ensina"

Cora Coralina

GERIR

1371
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ÍNDICE - VOLUME I

1. TÍTULO 1

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

2. MODELO GERENCIAL PROPOSTO 1

2.1 O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde - SUS e as Redes de Atenção à Saúde - RAS 1

2.1.1 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS 8

2.1.2 O Contexto Atual no Estado de Goiás 20

2.1.3 Descrição e Breve Análise do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO 30

2.1.3.1 Identificação 34

2.1.3.2 Síntese do Diagnóstico 35

2.2. Modelo Gerencial 46

2.2.1 Características 50

2.2.2 Objetivo Geral 52

2.2.3 Objetivos Específicos 52

2.2.4 Diretrizes Operacionais 53

2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado 57

2.2.6 Ações Estratégicas 61

2.2.6.1 Melhoria da Qualidade da Assistência 62

2.2.6.2 Melhoria da Qualidade da Gestão 62

2.2.6.3 Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos 63

1372 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

3. ÁREA DE ATIVIDADE 64
3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência 65
3.1.1 Pontos de Atenção 65
3.1.2 Sistema de Apoio 70
3.1.3 Sistema Logístico 71
3.1.4 Sistema de Governança 72

4. ÁREA DE QUALIDADE 73
4.1 Qualidade Objetiva 73
4.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde:
Comitê de Qualidade 73
4.1.1.1 Apresentação 73
4.1.1.2 Justificativa 75
4.1.1.3 Objetivo 79
4.1.1.4 Operacionalização 80
4.1.1.5 Regimento Interno 81
4.1.2 Comissões Técnicas 85
4.1.2.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar - CCIH 86
4.1.2.2 Comissão de Ética Médica 107
4.1.2.3 Comissão de Ética de Enfermagem 118
4.1.2.4 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 125
4.1.2.5 Comissão Multidisciplinar de Bioética 135
4.1.2.6 Comissão de Verificação de Óbitos 140
4.1.2.7 Comissão de Aval de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único 147
4.1.2.8 Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia 166
4.1.2.9 Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral 171
4.1.2.10 Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e
Equipamentos 176
4.1.2.11 Comissão de Residência Médica 181
4.1.2.12 Comissão de Residência Multiprofissional 201
4.1.2.13 Comissão de Gerenciamento de Riscos 213
4.1.2.14 Comissão de Gerenciamento de Resíduos 223

1373
RUBRICA
PROTOCOLO

4.1.2.15 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA 329
4.1.2.16 Comissão de Ética em Pesquisa Científica 342
4.1.2.17 Comissão de Educação Permanente 356
4.1.2.18 Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais 374
4.2 Atividades Assistenciais: Aspectos Organiz. da Gestão Assistencial 376
4.2.1 Serviço de Farmácia 377
4.2.1.1 Ações Estratégicas 378
4.2.1.1.1 Implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica 379
4.2.1.1.2 Implantação do Sistema de Dose Unitária 381
4.2.1.1.3 Implantação da Prescrição Eletrônica 382
4.2.1.1.4 Desenvolvimento do Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia 383
4.2.1.2 Descrição de Finalidade e Atribuições do Serviço de Farmácia 384
4.2.1.2.1 Atribuições Gerais da Farmácia Hospitalar 385
4.2.1.2.2 Composição eAtribuições dos Recursos Humanos 386
4.2.1.3 Metodologia e Mecanismos de Controle 392
4.2.1.4 Levantamento dos Processos e Fluxos 394
4.2.2 Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME 398
4.2.2.1 Descrição de Finalidade e horários de atendimento do SAME 398
4.2.2.2 Atribuições Gerais do SAME 399
4.2.2.2.1 Unidade de Arquivo de Prontuários Médico 399
4.2.2.2.2 Descrição da Unidade de Estatística 401
4.2.2.3 Modernização do Serviço 403
4.2.3 Principais Indicadores de Desempenho 403
4.2.3.1 Metodologia 404
4.2.3.2 Indicadores, Parâmetros e Estabelecimento de Metas 407
4.2.3.3 Monitoramento de Outros Indicadores Selecionados 410
4.2.3.4 Sistemática de Aplicações de Ações Corretivas 416
4.2.3.5 Ações Estratégicas 417
4.2.4 Implantação do Programa de Humanização e Acolhimento 418
4.2.4.1 Projeto: Alianças-Ações Estratégicas 423

SES
374
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

4.2.4.2 Projeto: Acolhimento da Porta de Entrada 424
4.2.4.3 Projeto de Avaliação da Satisfação do Usuário 425
4.2.4.4 Projeto de Ouvidoria Hospitalar 427
4.2.4.5 Cronograma de Execução 428
4.2.5 Nutrição e Dietética 428
4.2.6 Protocolos Clínicos de Atendimento 430
4.2.6.1 Protocolos Clínicos de Atendimento por Tema 431
TEMA 01: Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Cranioencefálico Leve 433
TEMA 02: Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal 449
TEMA 03: Protocolo de Tratamento Primário das Fraturas Expostas 458
TEMA 04: Cuidados com o Paciente em Morte Encefálica ou Suspeita de Morte Encefálica 478
TEMA 05: Protocolo de Atendimento: Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora 495
TEMA 06: Urgências Vasculares 514
4.2.7 Manual de Normas e Rotinas 521
4.2.7.1 Exemplo de Manual de Normas e Rotinas 521
4.2.7.2 Manual de Normas e Rotinas 543
4.2.7.3 Normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar: Artigos, Roupas e Ambientes 556

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 666
5.1 Propostas de Regulamento e Regimentos Internos 666
5.1.1 Regulamento do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO 666
5.1.2 Regimento Interno do Corpo Clínico do HUGO 688
5.1.3 Regimento Interno dos Plantonistas 698
5.1.4 Regimento Interno do Serviço de Enfermagem do HUGO 701
5.2 Descrição do Organograma e sua Relação com o Modelo Gerencial 713
5.2.1 Apresentação 713

SES 3375 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

5.2.2 Descritivo do Organograma 715
5.3 Organização dos Serviços Assistenciais 720
5.3.1 Pronto Atendimento - P.A. 721
5.3.2 Unidade de Tratamento Intensivo - UTI 726
5.3.3 Traumatologia 729
5.3. 4 Clínica Médica 730
5.3.5 Clínica Cirúrgica 731
5.3.6 Centro Cirúrgico 733
5.3.7 Ambulatório 739
5.3.8 SADT 741
5.3.9 Hemoterapia 743
5.3.10 Serviço de Psicologia 754
5.3.11 Serviço Social 759
5.3.12 Serviço de Fisioterapia 760
5.3.13 Serviço de Fonoaudiologia 761
5.4 Mecanismos Estratégicos na Organização da Assistência 761
5.4.1 Organização das Unidades de Internação 761
5.4.2 Humanização na Gestão de Leitos 765
5.4.3 Melhoria na Atenção ao Usuário 766
5.4.3.1 Pesquisas: Nível de Satisfação do Usuário 767
5.4.4 Plano das Atividades de Urgência 768
5.5 Atividades de Regulação Assistencial 774
5.5.1 Modelo de Regulação Assistencial 774
5.5.2 A Gestão Estadual e a Regulação das Ref. Intermunicipais 775
5.5.3 A Gestão Municipal e as Referências Intermunicipais 776
5.5.4 Núcleo Interno de Regulação 777
5.5.4.1 Critérios Técnicos do Núcleo de Regulação 778
5.6 Transporte Inter- Hospitalar 779
5.7 Politica de Educação Permanente no SUS 786
5.7.1 Apresentação 786
5.7.2 A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS 791

SES
1376
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.7.3 Educação em Saúde 800
5.8 Relacionamento Interinstitucional 800
5.8.1 Introdução 800
5.8.2 Relação e Parceria Institucional 801
5.9 Projeto: Tecnologia da Informação - TI 802
5.10 Estabelecimento da Contra Referência com a Atenção Primária e com Outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde 803
5.10.1 A Relação da Proposta do Modelo Gerencial do IGES com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás 803
5.10.2 A Educação Permanente como Ferramenta Estratégica 803
5.10.3 O Estabelecimento da Contra Referência com a Atenção Primária e com Outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde 803
5.11 Organização da Gestão administrativa, Financeira e Geral 809
5.11.1 Gestão de Recursos Humanos 810
5.11.1.1 Integração do Trabalhador no HUGO 813
5.11.1.2 Segurança do Trabalho 815
5.11.1.3 Remanejamento Interno 815
5.11.1.4 Processo Seletivo e de Admissão 816
5.11.1.5 Normatizações e Regulamentações de Trabalho 817
5.11.1.6 Controle de Frequência 818
5.11.1.7 Desligamento de Trabalhadores 818
5.11.1.8 Cessão de Servidores 819
5.11.1.9 Demonstrativo dos Recursos Humanos em Atuação 819
5.12 Serviço de Manutenção Predial 847
5.12.1 Apresentação 847
5.12.2 Planejamento do Serviço de Manutenção Hospitalar 849
5.12.3 Sistema de Gestão dos Serviços de Manutenção Predial 850
5.12.3.1 Instalações Hidrossanitárias 851
5.12.3.2 Instalações Elétricas 855
5.12.3.3 Revestimentos de Paredes e Tetos 859
5.12.3.4 Revestimento Cerâmico e Rejuntes 860
5.12.3.5 Revestimento em Pedras Naturais 862

1377
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.3.6 Pisos Cimentados e Acabados em Concreto 865
5.12.3.7 Pintura (Interna e Externa) 866
5.12.3.8 Esquadrias 871
5.12.3.9 Forros 874
5.12.3.10 Divisórias 875
5.12.3.11 Impermeabilização 877
5.12.3.12 Sistema de Condicionamento de Ar 881
5.12.4 Sistemática de Implantação do Serviço de Manut. Predial 883
5.12.4.1 Planilhas para Planejamento e Controle da Manutenção Predial Hospitalar 885
5.12.5 Gerenciamento de Manutenção de Equip. Hospitalares 886
5.12.6 Controle Periódico 890
5.13 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações 892
5.13.1 Atividades de Compras e Suprimentos 894
5.13.2 Atividades em relação à Gestão de Contratos 895
5.13.3 Aspecto Legal 896
5.13.3.1 Base Legal de Licitações e Contratos 896
5.13.3.2 Contratos 900
5.13.4 Estabelecimento do Procedimento de Compras 901
5.13.5 Serviços Técnico-Profissionais Especializados 904
5.13.6 Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações 904
5.13.7 Serviços Terceirizados 905
5.13.7.1 Serviços Terceirizados Existentes 906
5.14 Descrição do Modelo de Gestão de Material e Patrimônio 906
5.14.1 Renovação e Reposição de Estoque 908
5.14.2 Recebimento dos Materiais 909
5.14.3 Sistema Eletrônico 911
5.14.4 Controle Patrimonial 912
5.14.5 Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado 913
5.14.6 Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais 915
5.14.6.1 Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais 916

SES
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.14.7 Inventários 917
5.15 Unidade de Faturamento 919
5.16 Compromissos e Metas de Produção 925
5.17 Comunicação Social no HUGO 930
5.17.1 Objetivos Específicos 931
5.17.2 Atribuições 931
5.17.3 Ações de Comunicação Interna 932
5.17.4 Ações de Comunicação Externa 932

6. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO CAMPO DE ATUAÇÃO DO CORPO TÉCNICO DA ORGANIZAÇÃO 934
6.1 Inserção Estadual do Corpo Técnico 934
6.2 Breve Histórico do Corpo Técnico e dos Membros da Proposta de Estrutura Diretivo do HUGO 937

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 946

ÍNDICE - VOLUME II

Anexo I
Compromissos e Metas de Produção 957

Anexo II
Uma Proposta de Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão 969

Anexo III
Planilhas: Dimensionamento de Pessoal e Planilha de Custos 991

Anexo IV
Estrutura Diretiva e Corpo Técnico 995

Anexo V
Proposta de Parceria IGES e AMIB

GERIR

1379
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

PROPOSTA TÉCNICA

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.**

2. MODELO GERENCIAL PROPOSTO

2.1. O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde - RAS

A **Constituição Federal de 1988** é uma conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária. Reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade, como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A **Constituição de 1988** incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, expressos nos artigos 196 a 200:

- o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- a integração da Saúde à Seguridade Social.

Apesar dos avanços propostos na nova legislação os interesses corporativos do setor privado e as divergências internas no Poder Executivo retardaram sua

2 SES 380 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

regulamentação. Apenas em setembro de 1990, a Lei n.º 8.080 — Lei Orgânica da Saúde - foi promulgada.

A **Lei n.º 8.080**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição.

Reafirma princípios e diretrizes como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, participação da comunidade, a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

Apesar da proposta aprovada pelo Congresso Nacional, o Presidente Collor efetuou um conjunto de vetos em dois eixos essenciais para a implantação do SUS: o da participação popular e controle social (Conselhos e Conferências de Saúde) e o do financiamento do SUS (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Também não foram incluídos dispositivos de regulação do setor privado, inclusive da atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

Esses vetos geraram intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias do Congresso e do Governo, o que resultou na **Lei n.º 8.142**, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle

SES
1391
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tiveram representação garantida no Conselho Nacional de Saúde.

A Lei n.º 8.142 dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, criando os Fundos de Saúde em cada instância de governo e determinando que os repasses de recursos sejam feitos automaticamente, de fundo a fundo.

O Decreto Nº. 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a **Lei 8080/90.**

O preceito constitucional do direito à saúde é um projeto nacional, de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo com justiça social. A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Esta deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a construção da cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e o conjunto da sociedade. A intersetorialidade alcança a sua máxima potência nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações.

O SUS não pode ser analisado de forma isolada do conjunto da política social e econômica. A garantia do direito à saúde exige um volume crescente de recursos para realizar os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, promoção, prevenção, a educação em saúde, entre tantas outras.

SES
FLS. 9382
RUBRICA
PROTOCOLO

Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis. Deve também ser flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos e com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

Ao mesmo tempo, é nítida a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referencia e contra referencia), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção primária articulada aos demais níveis).

Apesar desses esforços, o ajuste estrutural representado pela necessidade de redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor saúde, contribui pesadamente para a exclusão imposta a segmentos expressivos da população.

O **Brasil** vive uma situação de saúde caracterizada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças em que convivem as doenças infecciosas, as causas externas e as doenças crônicas, mas com um forte domínio relativo das condições crônicas.

O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha, em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, mais de 50 milhões de pessoas idosas.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo de doenças crônicas. A PNAD 2003, do IBGE, mostra que, em 2003, 77,6% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser

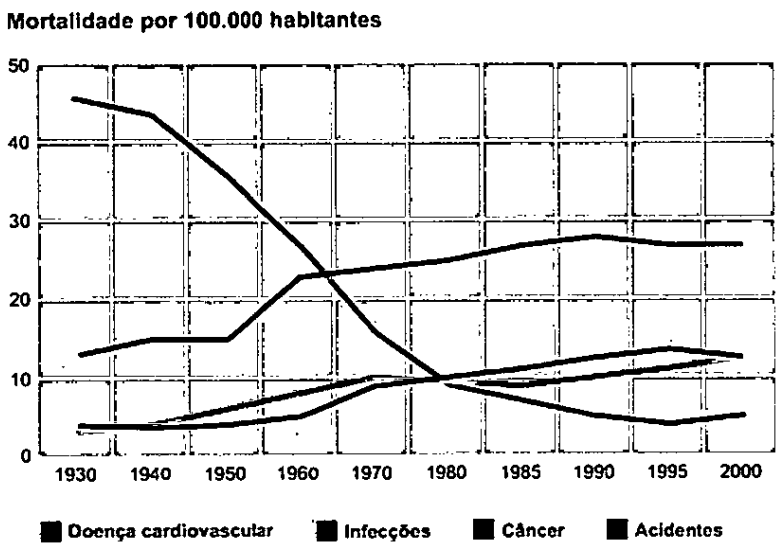
SES
1389
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles de mais de uma doença crônica. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, **Gráfico 1,** indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% e que este valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

Gráfico 1 - Evolução da Mortalidade Proporcional segundo Causas, Brasil, 1930 a 2003 (até 1970 dados só de capitais)



Fonte: BARBOSA SILVA ET AL (2003)

A mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis, quando se redistribui as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres: **Tabela 1**

SES
1384
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Tabela 1 - Mortalidade Proporcional por Categorias de Causas de Óbitos com Redistribuição das Causas Mal Definidas, por Região, Brasil, 2004

REGIÕES	PORCENTAGEM (%)
Norte	65,3
Nordeste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sudoeste	75,6
Sul	78,5

Fonte: MENDES, 2009.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituam as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

As **Redes de Atenção à Saúde** são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

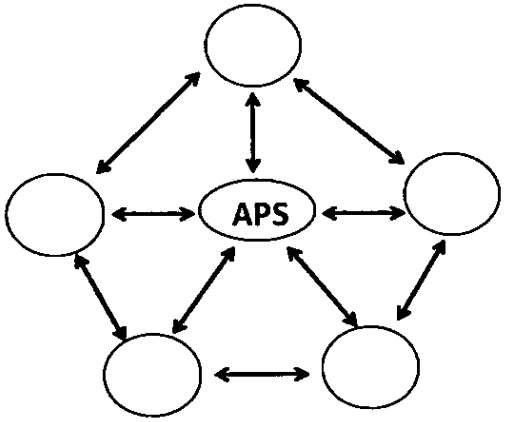
As diferenças entre as Redes de Atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da **Atenção Primária à Saúde - APS** e na **forma de regulação**, como mostra a **Figura 1**.

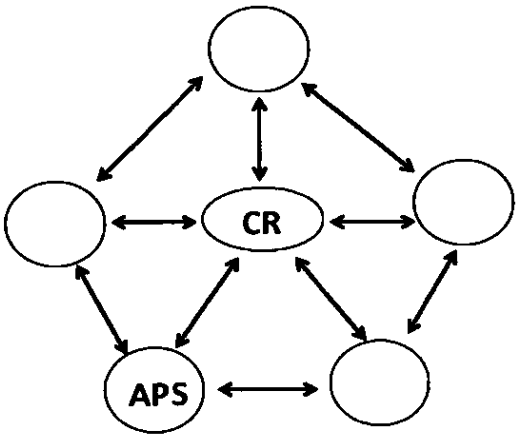
Nas **Redes de Atenção às Condições Crônicas** a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o Centro de Comunicação das RAS, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas **Redes de Atenção às Urgências e Emergências**, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de

SES
385
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

coordenação dos fluxos e contra fluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema. (MENDES, EUGENIO VILAÇA, 2011).

As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas





APS: Atenção Primária à Saúde

CR: Complexo Regulador

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

O aprimoramento do **processo de pactuação entre os gestores** e do relacionamento entre estes e os **Conselhos de Saúde** é fundamental para efetivar a **descentralização e a regionalização do SUS**, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **três esferas de governo** e o **Terceiro Setor**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

8
SES
1386
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a **qualidade e a integralidade** necessária para a atenção à saúde, são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

2.1.1 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, em consequência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O **aumento dos casos de acidentes e violência** tem forte **impacto** sobre o **SUS e o conjunto da sociedade**. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos "serviços" que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como **"porta-de-entrada"** do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desarticulados da atenção básica e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o

9 3387
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada "proliferação" de unidades de "pronto atendimento" que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de "consultas de urgência".

As doenças do aparelho circulatório representam a principal **causa de óbito** no País (32%) e as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita.

Síntese do Panorama:

- **Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:**

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos observar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição,

1388
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos.

- **Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos:**

Apesar da mudança na Constituição Federal, sendo a saúde considerada direito de todos e dever do estado, ainda temos a predominância do modelo técno-assistencial implementado, em especial, durante a ditadura militar. Assim, ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo, foi introjetado pela própria população.

- **Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:**

Por outro lado, a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente "preventivas e programáticas", em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

- **Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade:**

Tendo a rede de atenção se estruturado basicamente sobre os dois modelos extremos já mencionados, com pressão de oferta de alta complexidade por um lado e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade por outro, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a

11 FLS. 3389 RUBRICA PROTOCOLO

atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências. Assim, observando-se o território nacional, vemos uma rede de unidades de "pronto atendimento" que, funcionando nas 24 horas, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma "cadeia de manutenção da vida".

- **Má utilização das portas de entrada da alta complexidade:**

Por tudo isso, os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos.

- **Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências:**

Enquanto nos grandes hospitais os pacientes se amontoam em macas por falta de leitos hospitalares para sua internação ou, ainda pior, ocupam as salas de "emergência" onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva, nos hospitais de pequeno porte temos taxas de ocupação que, na média do território nacional, não atingem os 50%.

- **Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal:**

As urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS. Os prontos-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes. Com relação aos recursos humanos, destacam-se a

12 9390
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências.

Assim, nas portas de urgência se alojam ora profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho ora profissionais de idade já avançada que nelas encontram uma das poucas opções de complementação salarial ou, ainda, profissionais superespecializados que utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas.

- **Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores:**

O despreparo profissional mencionado acima está diretamente ligado a insuficiências da formação oferecida pelos aparelhos formadores, que obedecem ainda, majoritariamente, a lógica do mercado, sendo a atenção às urgências, como já mencionado, uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público.

- **Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde:**

Soma-se aos fatos já mencionados a não implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e o baixíssimo investimento em recursos humanos e em projetos de educação permanente, que geram descompromisso e desqualificação profissional progressivo.

- **Dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade da política nas pactuações:**

A estruturação histórica de um sistema marcado pela iniquidade de acesso fez com que a oferta de serviços se amontoasse nos grandes centros urbanos, atraindo a população de outros municípios menos distantes e deixando desassistidas grandes parcelas da população brasileira.

SES 13 1391 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Esse modelo estrutural tem gerado disputa entre os territórios e a formação de barreiras técnicas, operacionais e administrativas no sentido de coibir a migração dos pacientes em busca da atenção à sua saúde. Assim, faz-se necessário implementar ferramentas que estimulem e viabilizem a construção de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com financiamento e demais responsabilidades compartilhadas pelos governos federal, estaduais e municipais.

- **Incipiência nos mecanismos regionais:**

Os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra referência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados.

- **Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas:**

As propostas hoje implantadas como a PPI, o PDR e o PDI contemplam, pelo menos em parte, as novas necessidades estruturais, porém, os mecanismos de avaliação e controle da implementação destas normas é ainda incipiente, o que compromete em muito o seu sucesso.

- **Falta de regulação:**

Apesar da fragilidade dos mecanismos de avaliação e controle, ações de repressão de demanda e de ajuste linear a limites financeiros historicamente estabelecidos são bastante frequentes. Neste cenário, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, embora sejam ainda muito timidamente desenvolvidas.

1392
14 FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

O **Ministério da Saúde**, ciente dos problemas existentes e em parceria com as **Secretarias de Saúde** dos **estados** e dos **municípios**, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população. Em **2003**, implantou a **Política Nacional de Atenção às Urgências** avançando na construção do SUS, tendo como **diretrizes** a **universalidade**, a **integralidade**, a **descentralização** e a **participação social**, ao lado da **humanização**, a que todo cidadão tem direito. Em **2011** lança a **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011** que Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A realidade da Atenção das Urgências no estado de Goiás não difere da realidade conjuntural nacional. Nos dados que explicitam o Coeficiente de Mortalidade, para algumas causas selecionadas; a transição epidemiológica e a transição demográfica pode-se constatar a similaridade com a realidade nacional.

Um dos maiores desafios encontrados hoje no Sistema de Saúde refere-se à dificuldade da Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema. É preciso empreender esforços em todos os níveis do sistema, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Neste sentido, mais do que alcançar metas quantitativas numéricas de atendimento, a execução da **Qualificação da Atenção às Urgências** deve ser desenvolvida visando:

Ampliar a compreensão da saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial e dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

15 9393 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada.

O Sistema de Saúde precisa garantir atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada e organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das **linhas de cuidados** prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

A **organização** das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo os seguintes critérios:

- utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
- informatização dos processos.

16 9594 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

(CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidencias sobre o bom funcionamento do Sistema de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester

COR	TEMPO – ALVO EM MINUTOS
Vermelho	0
Laranja	10
Amarelo	60
Verde	120
Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

No âmbito dos serviços de atenção à saúde, o **SAMU** se caracteriza como o Componente Pré-Hospitalar Móvel do Sistema de Urgência, sendo igualmente responsável pela regulação dos atendimentos de Urgência Pré-Hospitalares e pela regulação e execução das transferências de pacientes graves inter-hospitalares na sua região de abrangência.

SES
17 9395
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente a vitima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clinica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Considera-se atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Na **Rede de Atenção às Urgências** o **Complexo Regulador** deve atuar como elemento ordenador e orientador do Sistema de Urgência e Emergência, que tem por função organizar a relação entre os vários serviços, qualificando e garantindo o fluxo dos pacientes no Sistema e a **Central de Regulação do SAMU** atua gerindo uma porta de comunicação aberta aos usuários, através da qual as solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e encaminhadas. Dessa forma exige-se, por parte dos profissionais, a construção de um arcabouço teórico-prático com ênfase nos atendimentos de urgência/emergência.

A capacitação contínua dos profissionais vinculados ao Sistema de Atenção às Urgências e dos profissionais que integram a equipe do SAMU pode ser considerada como um componente essencial para proporcionar a legitimação e a efetividade das ações. Nesse contexto, as diretrizes nacionais propõem a estruturação dos **Núcleos de Educação em Urgências** (NEU). O NEU se constitui em uma estrutura formalizada para executar a capacitação, a habilitação e a educação continuada dos recursos humanos.

18 396
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O **Componente Hospitalar** deve ser estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Deve ainda priorizar a necessária e premente integração com a Rede de Atenção á Saúde, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar.

A rede de atenção às urgências e às emergências deve ser construída utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde:

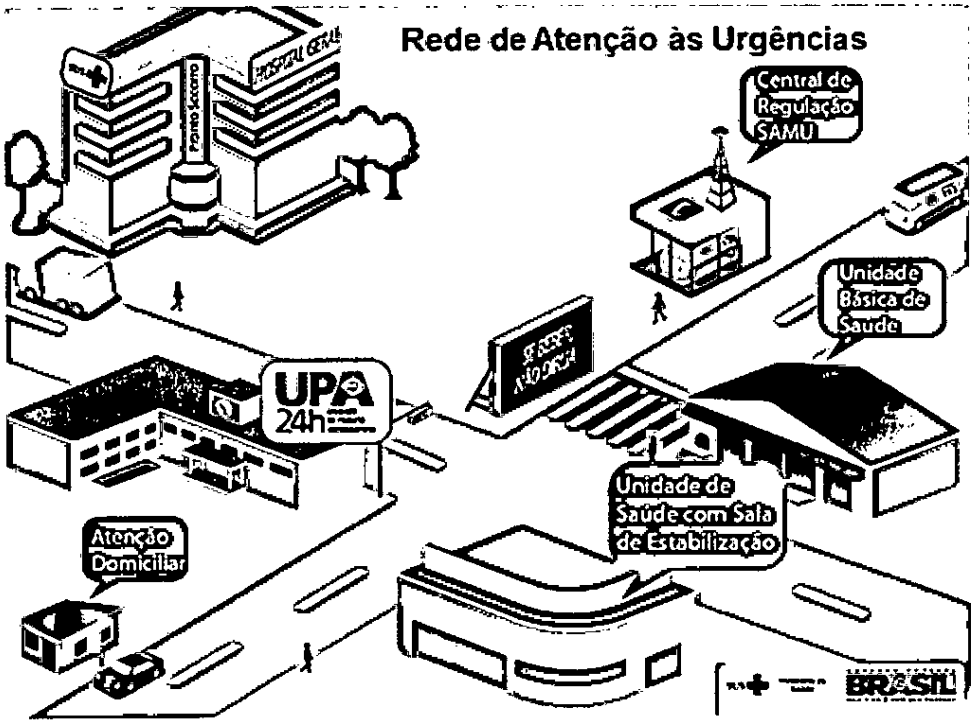
9392
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Primária	SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192	Município
	UBS / PSF	1° atendimento vermelho, laranja e amarelo. Atendimento verde e azul	Município
	Hospital Local	1° atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento azul, fora do horário da UBS Acolher azul	Município
	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1° atendimento vermelho e laranja Atendimento amarelo e verde Atendimento azul fora do horário da UBS Acolher azul	Município >200.000 habitantes
Secundária	Hospital Microrregional com UTI	1° atendimento vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento referenciado segundo protocolo Acolher azul	Microregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Orientar verde e azul	Microregião
	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja Orientar verde e azul	Macroregião
Terciária	Pronto Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macroregião
	Hospital Macroregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macroregião

Os princípios contemplados na estruturação dos pontos de atenção à saúde devem priorizar o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e a qualidade.

1398
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

REDE DE ATENÇAÕ ÀS URGÊNCIAS



2.1.2 O Contexto Atual no Estado de Goiás

Goiás, um dos 26 estados brasileiros, está situado na região Centro-Oeste do País, no Planalto Central brasileiro, ocupando uma área de 340.086 km². Sétimo estado em extensão territorial, Goiás tem posição geográfica privilegiada. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com Mato Grosso e envolve quase todo o Distrito Federal, exceto seu extremo sudeste.

Goiás possui 246 municípios. Goiânia, sua capital, é o núcleo polarizador da Região Metropolitana, aglomerado de 20 municípios que abriga mais de dois milhões de habitantes. Apesar de sediar grandes indústrias, é o setor de serviços o pilar de sua economia. A capital é um centro de excelência em medicina e vem consolidando sua vocação para o turismo de negócios e eventos. Além de apresentar bons índices de qualidade de vida, acima da média nacional, Goiânia ostenta o título de cidade com a área urbana mais verde do País.

SES 1399 FLS 21 RUBRICA PROTOCOLO

Segundo seus aspectos físicos, possui 03 regiões hidrográficas (a Região Hidrográfica Tocantins / Araguaia, Região Hidrográfica do São Francisco e a Região Hidrográfica do Paraná). Seu solo é predominantemente do grupo Latossolo. Seu relevo é de baixa declividade em sua maior parte, formado por terras planas (chapadões). O clima do Estado possui duas estações bem definidas, um período chuvoso e outro com baixos índices pluviométricos e sua vegetação predominante é o cerrado.

O desenvolvimento econômico e social goiano teve um incremento com a fundação da nova capital, Goiânia, em 1933, e com a criação de Brasília, em 1960. Em 1988, o norte do estado foi desmembrado, dando origem ao estado do Tocantins.

Além da agropecuária, nota-se o crescimento de indústrias da área alimentícia, farmacêutica, automobilística e ao avanço da exploração de minérios, sendo os principais: níquel, manganês, calcário, fosfato, amianto, e ainda ouro e esmeraldas.

O estado está a caminho de se tornar um dos líderes nacionais na produção de etanol. Goiás fechou o ano de 2010 com produção de 2,9 bilhões de litros de álcool, com 36 usinas de álcool e açúcar em atividade e há 22 usinas em processo de implantação.

Em 2009, o Produto Interno Bruto (PIB) de Goiás apresentou maior incremento desde 1995. Sua participação no PIB nacional passou para 2,6%, se mantendo na nona posição no ranking nacional. O crescimento real da economia goiana atingiu 0,9%.

.Quanto à demografia, a população de Goiás é de 6.003.078 habitantes, sendo o estado mais populoso do Centro- Oeste. Apresenta densidade demográfica de 17.65 habitantes por km². Goiânia é o município com a maior população seguido de Aparecida de Goiânia, Anápolis, Luziânia e Rio Verde. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2007 mostram que 89,52% residem na zona urbana e 10,48%, na zona rural. A população goiana

SES
1400
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

é composta predominantemente por mulheres, representando 50,31% da população, contra 49,69% da masculina.

Quanto ao quesito raça-cor, (**Tabela 2)** a composição étnica de Goiás, autodeclarada, está composta por maioria parda (50,01%), seguida de branca (41,68%), preta (6,53%) e amarela ou indígena (0,14%).

Tabela 2 – População Residente por Cor ou Raça, Goiás, 2010

COR OU RAÇA	POPULAÇÃO
Branca	2.502.119
Negra	391.918
Amarela	98.478
Parda	3.002.673
Indígena	8.533
Sem declaração	67

Fonte: IBGE, 2012 – Censo Demográfico 2010

A transição epidemiológica e a transição demográfica do estado apresentam similaridades com a brasileira.

De acordo com o Censo 2010, observa-se uma tendência de envelhecimento da população goiana. Comparando o Censo de 2010 com o de 2000, observa-se um incremento de 51,1% da população na faixa etária de mais de 40 anos. Esta tendência de envelhecimento da população goiana nestes últimos dez anos se deu principalmente pelo continuo declínio dos níveis de fecundidade, pela melhoria das condições de vida, refletindo numa maior expectativa de vida. Por outro lado houve redução de 0,6% da população de 0 a 19 anos. Em 2010, a população residente de 0 a 19 anos representava 32,9% da população; de 20 a 39 anos, 35,3%; de 40 a 59 anos, 22,5%; e a população acima de 60 anos era de 9,3%. A quantidade de idosos subiu 56,5% na ultima década, sendo que hoje a quantidade é superior à população de crianças com idade de até 04 anos.

Em 2010, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 73,48 anos (73 anos, 5 meses e 24 dias), um incremento de 0,31 anos (3meses e 22 dias) em

SES
FLS. 101
RUBRICA
PROTOCOLO

relação a 2009 e de 3,03 anos (3 anos e 10 dias) sobre o indicador de 2000. No estado de Goiás, a esperança de vida ao nascer, em 2009, foi de 73,9 anos.

A razão de dependência - peso da população em idade potencialmente inativa (0 a 14 anos e 65 anos ou mais) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade) - tem diminuído ao longo dos anos no Estado de Goiás, passando de 46,54% em 2006 para 45,44% em 2007.

Apresentaram como questões principais do estado: tendência de envelhecimento da população goiana nos últimos dez anos; aumento da expectativa de vida; redução da população de 0 a 19 anos.

Os 246 municípios goianos estão divididos entre 05 macrorregiões e 16 regiões de saúde e em fase final de debate um novo PDRI. Apesar do debate de redes avançado no estado a assistência é ainda voltada às condições agudas; fragilidade na organização da atenção primária; falta de integralidade na assistência; políticas públicas fragmentadas; fragilidade no apoio e diagnóstico terapêutico, com consequente falta de integralidade no atendimento; baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde; grande número de hospitais de pequeno porte e modelo fragmentado.

As Tabelas 3, 4 e 5 mostram o comportamento das principais causas de internação no estado de Goiás por residência e ocorrência, nos períodos de 2010 e 2011.

GERIR

24 SES 1482 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Tabela 3
Internações hospitalares por residência e CID10 - Goiás, 2010

Diag CID10 (capitulo)	Frequência	%
X. Doenças do aparelho respiratório	56.484	14,80
XV. Gravidez parto e puerpério	48.997	12,83
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	42.954	11,25
IX. Doenças do aparelho circulatório	39.611	10,38
XI. Doenças do aparelho digestivo	33.938	8,89
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas extemas	31.954	8,37
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	31.896	8,35
V. Transtornos mentais e comportamentais	22.775	5,97
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15.569	4,08
II. Neoplasias (tumores)	14.976	3,92
VI. Doenças do sistema nervoso	8.423	2,21
XXI. Contatos com serviços de saúde	8.146	2,13
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6.341	1,66
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4.648	1,22
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clín e laborat	4.594	1,20
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.186	1,10
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2.886	0,76
VII. Doenças do olho e anexos	1.551	0,41
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.323	0,35
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	415	0,11
XX. Causas extemas de morbidade e mortalidade	102	0.03
Total	**381.769**	**100**

GERIR

25 SES 1403 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Tabela 4
Internações hospitalares por residência e CID10 - Goiás, 2010

Diag CID10 (capitulo)	Frequência	%
X. Doenças do aparelho respiratório	40.339	14,63
XV. Gravidez parto e puerpério	36.508	13,24
IX. Doenças do aparelho circulatório	29.427	10,67
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	26.663	9,67
XI. Doenças do aparelho digestivo	25.158	9,13
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	22.306	8,09
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21.523	7,81
V. Transtornos mentais e comportamentais	18.958	6,88
II. Neoplasias (tumores)	11.745	4,26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9.636	3,50
VI. Doenças do sistema nervoso	6.151	2,23
XXI. Contatos com serviços de saúde	6.126	2,22
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5.112	1,85
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clín e laborat	3.782	1,37
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3.726	1,35
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.989	1,08
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2.173	0,79
VII. Doenças do olho e anexos	1.696	0,62
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.230	0,45
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	310	0,11
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	120	0.04
Total	**275.678**	**100**

1404
FLS
PROTOCOLO

Tabela 5
Internações hospitalares por ocorrência e CID10 - Goiás, 2010

Diag CID10 (capítulo)	Frequência	%
X. Doenças do aparelho respiratório	56.646	14,74
XV. Gravidez parto e puerpério	49.145	12,79
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	43.147	11,23
IX. Doenças do aparelho circulatório	40.004	10,41
XI. Doenças do aparelho digestivo	34.109	8,88
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	32.176	8,37
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	32.009	8,33
V. Transtomos mentais e comportamentais	23.119	6,02
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15.608	4,06
II. Neoplasias (tumores)	15.227	3,96
VI. Doenças do sistema nervoso	8.600	2,24
XXI. Contatos com serviços de saúde	8.212	2,14
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6.394	1,66
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4.690	1,22
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clín e laborat	4.615	1,20
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.214	1,10
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2.897	0,75
VII. Doenças do olho e anexos	1.607	0,42
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.356	0,35
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	416	0,35
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	102	0,03
Total	**384.293**	**100**

Fonte: Tabwin-Datasus

As causas de internações hospitalares de residentes em Goiás no ano de 2010 pouco diferiram em comparação as principais causas de internação em 2011.

As doenças do Aparelho Respiratório responderam, em 2010, por 14,80% do total de internações de residentes de Goiás. Acredita-se que tais internações podem ser em decorrência de mudanças bruscas de temperatura; baixa umidade do ar na maior parte do ano; desnutrição; poluição dos grandes centros; aglomeração de pessoas em determinados locais; uso do tabaco; especificidade das faixas etárias: criança e idoso; doenças ocupacionais.

27 1405
RUBRICA
PROTOCOLO

A gravidez, parto e puerpério responderam, em 201, por 12,83% do total de internações tendo em vista que a quase totalidade dos partos são hospitalares e a taxa de Cesárea é de 61,57%.

Em terceiro lugar, Algumas Doenças Infecciosas e Parasitarias responderam por 11,25% das internações. O baixo grau de escolaridade e as condições econômicas interferem no aumento dos índices destas doenças. As doenças do Aparelho Circulatório responderam por 10,38% das internações. Tal situação tem relação com a baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde, problemas culturais, tipo de alimentação, falta de atividade física, baixo desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Estas situações agravadas com o envelhecimento da população levam a quadros agudos de doenças crônicas e ao incremento de internações nas redes de urgência e emergência.

De acordo com os dados do Sistema de Mortalidade – SIM, observamos na serie histórica de 2006 a 2010 **(Tabela 6)** que as maiores causas proporcionais de óbitos no estado são: Doenças do Aparelho Circulatório, Causas Externas (Violências e Acidentes), Neoplasias e Doencas do Aparelho Respiratório.

28 1406
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Tabela 6
Frequência do óbito por CID10, Goiás, 2006-2010

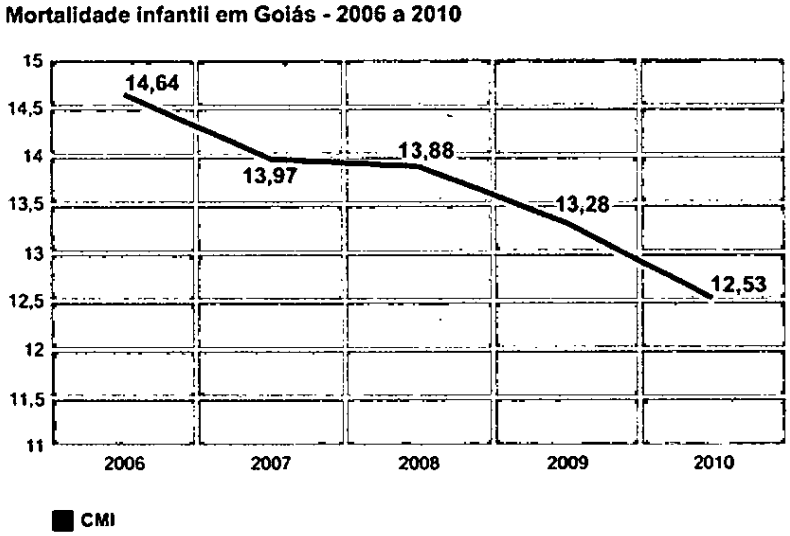
CAUSA (Cap CID10)	2006	2007	2008	2009	2010	Total	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.477	1.442	1.554	1.501	1.619	7.593	5,13
II. Neoplasias (tumores)	3.685	3.981	4.024	4.370	4.559	20.619	13,94
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	96	149	130	152	163	690	0,47
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.259	1.372	1.498	1.547	1.724	7.400	5,00
V. Transtornos mentais e comportamentais	290	312	326	267	324	1.519	1,03
VI. Doenças do sistema nervoso	471	498	532	566	658	2.725	1,84
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	1	1	1	3	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	4	3	3	2	16	0,01
IX. Doenças do aparelho circulatório	7.880	7.935	8.531	8.391	8.589	41.326	27,94
X. Doenças do aparelho respiratório	2.882	3.055	3.438	3.455	3.758	16.588	11,22
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.457	1.583	1.714	1.722	1.766	8.242	5,57
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	52	38	50	51	67	258	0,17
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	112	98	104	111	119	544	0,37
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	390	488	474	607	626	2.585	1,75
XV. Gravidez parto e puerpério	42	29	39	41	44	195	0,13
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	765	706	679	685	689	3.524	2,38
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	321	316	342	327	313	1.619	1,09
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clín e laborat	1.900	1.853	1.842	1.778	1.875	9.248	6,25
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.128	4.294	4.865	4.921	5.002	23.210	15,69
Total	**27.211**	**28.153**	**30.146**	**30.496**	**31.898**	**147.904**	**100**

Fonte: SIM

29
RUBRICA
PROTOCOLO

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) apresenta-se em declínio de 2006 a 2010 como mostra o **Gráfico 2.** Os dados de 2010 ainda estão em aberto podendo sofrer alterações.

Gráfico 2 – CMI – Goiás, 2006 – 2010 **Fonte: SIM**



O Estado conta com uma rede própria de serviços sob a sua gerência em Goiânia, mas sob gestão municipal. Esta rede constitui-se de:

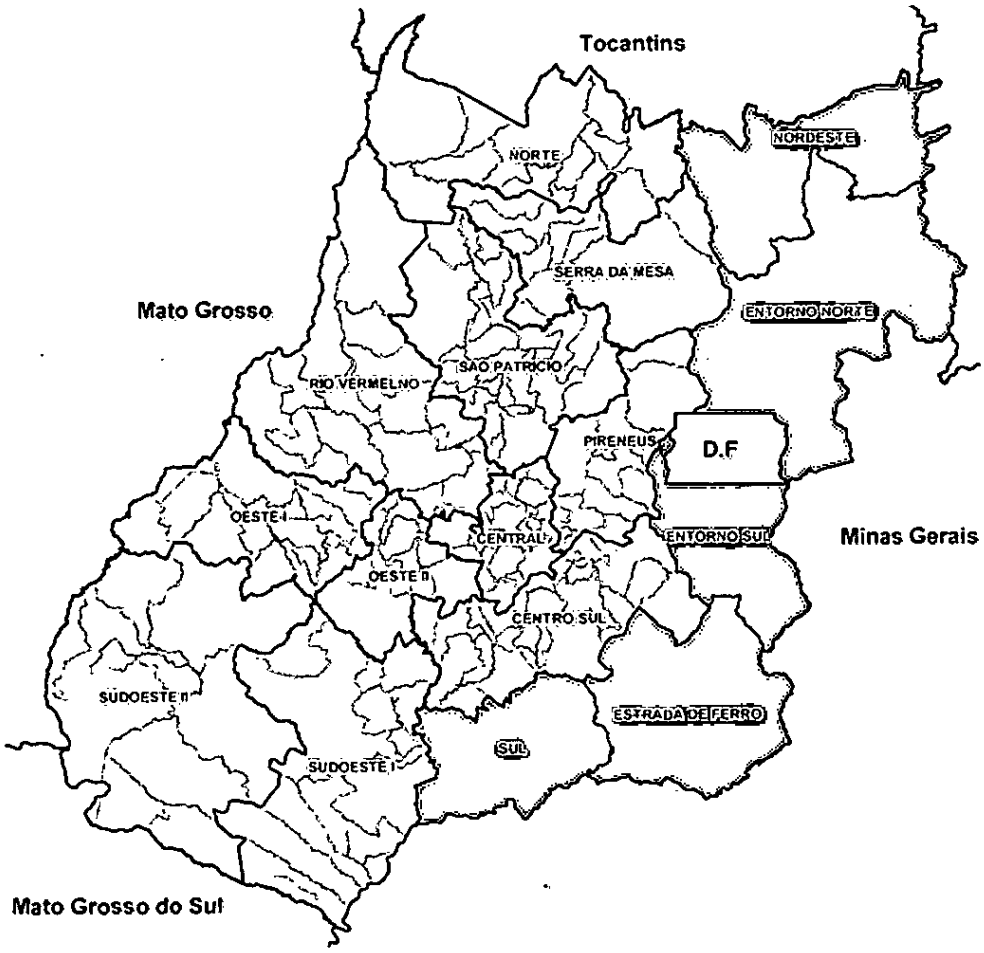
- 01 Hospital de Urgências / HUGO
- 01 Hospital Geral Especializado / HGG
- 01 Hospital de Referência em Doenças Infecto Contagiosas / HDT
- 01 Hospital Dermatologia Sanitária / HDS
- 01 Hospital de Medicina Alternativa / HMA
- 01 Hospital Materno Infantil / HMI
- 01 Centro de Odontologia Especializada
- 01 Laboratório de Saúde Pública / LACEN
- 01 Centro Integrado Médico Psicopedagógico / CIMP
- 01 Hemocentro / HEMOG
- 02 Maternidades / M.D. Íris e N. Sra. de Lourdes
- 01 Central de Medicamentos de Alto Custo

1408
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Em 2005, o Plano Diretor Regional (PDR) - GO foi revisto, quando foram instituídas as macrorregiões, frente à dificuldade de habilitação de serviços de alta complexidade, devido ao porte populacional das regiões anteriormente estabelecidas, que não alcançavam os parâmetros populacionais recomendados. Nesta revisão o Plano Diretor de Investimento (PDI) não foi atualizado.

A configuração atual do PDR contempla 05 Macrorregiões e 16 Regiões de Saúde, 15 Sedes Administrativas e 246 municípios, conforme **Tabela 7.**

Figura 4: Mapa da Regionalização no estado de Goiás



2.1.3 Descrição e Breve Analise do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO

O Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados

31 SES 5409 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

inquestionáveis para a população brasileira. Mas os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema público universal com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho; e da participação social.

As situações de saúde que se apresentam cotidianamente como urgências e os graves problemas observados na estruturação do sistema de atenção à saúde constituem-se na visão dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, como um grave e importante problema de saúde em nosso país, sendo prioritário desenvolver ações que efetivamente priorizem a área de Urgência, com o objetivo de proteger a vida e melhorar as condições de saúde da população.

Um dos problemas a ser enfrentado refere-se à distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravadas com a situação de maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população.

Outro desafio está no processo de trabalho extenuante que, associado a problemas de qualificação e capacitação e a outros conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento (carência de protocolização, acolhimento e triagem de risco), implicam em baixa resolubilidade da assistência e na desumanização das relações entre trabalhadores da saúde e o binômio paciente-família.

Reafirmando, a realidade da Atenção das Urgências no estado de Goiás não difere da realidade conjuntural nacional.

O **Hospital de Urgências de Goiânia, HUGO** - unidade pública vinculada à Secretaria da Saúde de Goiás - foi criado pelo Decreto 2.740, de 11 de junho de 1987 e estruturado pelo Decreto 3.522 de 19 de setembro de 1990. Em 12 de junho de 1991, a Lei Nº 11.460 alterou a nomenclatura inicial dada à Unidade para **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz,**

SES
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

homenagem ao médico pediatra que deixou seu nome ligado à Medicina goiana. Seus serviços foram disponibilizados à sociedade em dezembro de 1991.

O Hospital compreende uma área de 28.541,60 metros quadrados.

Referência no Planalto Central, único na área de urgências e emergências que atende todo o Centro-Oeste e outros Estados, sendo todos os seus leitos dedicados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital foi idealizado para prestar atendimento apenas em caráter de urgência e emergência.

Há mais de dez anos o Hospital tem dado suporte à comunidade que necessita de seus serviços, de maneira a corresponder às expectativas, atendendo às exigências que demanda o serviço de saúde. O esforço pode ser ilustrado com casos de atendimentos excepcionais ocorridos na Unidade, de alta complexidade, com resultados de destaque ao longo dos anos.

No ano de 2001, o **HUGO** iniciou o trabalho de microcirurgia, que engloba especialidades de ortopedia e cirurgia vascular, onde no mesmo ano foi reimplantado um braço de um jovem de 18 anos pelos médicos ortopedistas Dr. Sérgio José Lima e Dr. Ricardo Pereira.

Prêmios: Em 12 de dezembro de 2001, o Hugo recebeu o troféu do título de Hospital Regional do Ano para o Estado de Goiás, depois de vencer a quarta pesquisa anual do Prêmio Top Hospitalar da revista Guia de Fornecedores Hospitalares.

Missão - Prestar atendimento em urgências e emergências com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar a saúde física, mental e social do usuário.

Visão - Ser um hospital de referência nacional em atendimento às urgências e emergência, comprometido com a humanização e a qualidade dos serviços prestados, buscando sempre a total satisfação dos nossos clientes internos e externos.

33 9413 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

No **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO,** a Gestão Estadual de Saúde, com responsabilidade sanitária e institucional entende que este quadro exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade, em busca de uma atenção às urgências que além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo.

A Gestão Estadual de Saúde objetivando uma reflexão sobre o sistema de saúde, os seus principais problemas e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema, iniciou o processo de implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Planificação da Atenção Primária à Saúde.

O **Instituto de Gestão em Saúde,** doravante referido como **IGES,** considera um desafio participar dessa profunda transformação introduzida na Gestão Estadual de Saúde e estabeleceu um projeto com base em um diagnostico realizado a partir de coleta de dados de Sistemas de Informação; CNES e visita a Instituição Hospitalar.

Este diagnóstico preliminar possibilitou levantar fortalezas e nós críticos da Instituição Hospitalar e nortear as ações e atividades tanto para adequação quanto para direcionamento da gestão hospitalar.

Neste sentido, o **IGES,** vem apresentar uma **Proposta de Trabalho** de cooperação técnica e com atuação integrada.

A proposta elaborada visando a **Qualificação da Atenção às Urgências** através da implementação de um modelo gerencial, integrado com as políticas **da Gestão Estadual,** requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual** e com foco no Componente de Ação:

O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – **HUGO** será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências.

34 1479 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

O **IGES** se propõe ainda, Na **Qualificação da Atenção às Urgências** implementar um **Processo de Trabalho** voltado para:

- Apoiar a Gestão Estadual e Municipal na condução do SUS, no âmbito de seu território, de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
- Apoiar a participação e o controle social;
- Apoiar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da Atenção às Urgências;
- Apoiar a Gestão Estadual na implementação das Redes de Atenção á Saúde;
- Integrar o componente hospitalar ao Sistema Estadual de Saúde;
- Otimizar recursos e capacidades;
- Valorizar os trabalhadores e fomentar mudança das práticas;
- Implementar a Política de Humanização;
- Desenvolver ações de monitoramento e avaliação em colaboração com o estado.

O Modelo Gerencial, a ser implantado no **HUGO,** pelo **IGES** vai manter a **Missão** e **Visão** da Instituição Hospitalar.

A presente Proposta de Trabalho descreverá todos os aspectos sugeridos no **Roteiro de Elaboração** constante no **Chamamento Público nº 001/2012,** porém, visando trabalhar didaticamente e facilitar a compreensão e avaliação da referida proposta, esses aspectos foram distribuídos no corpo desta focando na organização dos conteúdos de forma mais sistematizada.

2.1.3.1 Identificação

CNES: 2338262

Tipo Unidade: Hospital de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária. Unidade de Referencia para atendimento de Urgência e Emergência de Média e Alta

35 1413 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Complexidade devidamente referenciado pelos Complexos Reguladores Estadual/Municipal.

Nível de Hierarquia: 08-Alta HOSP/AMB

Turno de Atendimento: Atendimento continuo de 24 horas/dia (plantão: inclui sábados, domingos e feriados).

Endereço: Avenida 31 de Março S/N

Bairro: Pedro Ludovico **CEP:** 74.820-200

Município: Goiânia- GO

2.1.3.2 Síntese do Diagnóstico

Classificação de Porte e Complexidade: Hospital Geral Tipo III com Atendimento de Urgência e Emergência. Classificado e com faturamento na Média Complexidade. UTI Tipo II.

Caracterização da Unidade

Tipo de Unidade: Pronto Socorro Geral

Esfera Administrativa: Estadual

Gestão: Municipal

Atividade Ensino/Pesquisa: Unidade Auxiliar de Ensino

Natureza da Organização: Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS).

Tipo de Prestador: Publica Estadual

Retenção de Tributos: Unidade Publica

Tipo de Atendimento: Ambulatorial; Internação; SADT; Urgência.

Fluxo de Clientela: Atendimento de demanda espontânea e referenciada

SES 1414 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

BOX 2 **Fonte: CNES**

PROFISSIONAIS SUS	
Categoria	Número
Médicos	385
Outros	383
NÃO SUS	
Especialidade: Medico	Especialidade: Medico
Anestesiologista	COOPANEST GO CNES 2334232

Dados Coletados: Estatutários, Comissão e Contrato Temporário: 1.500 funcionários.

Nó crítico: Dificuldades e déficit em RH em áreas administrativas, Núcleo Interno de Regulação, Faturamento. RH sem capacitação e ou Educação Permanente.

BOX3 **Fonte CNES**

NÍVEL DE ATENÇÃO	ATIVIDADE	GESTÃO
Ambulatorial	Atenção Básica	Municipal
Ambulatorial	Média Complexidade	Municipal
Ambulatorial	Alta Complexidade	Municipal
Hospitalar	Média Complexidade	Municipal
Hospitalar	Alta Complexidade	Municipal

Dados Coletados: Sistema não informa todos os procedimentos realizados. Escolhidos os procedimentos de maior complexidade para faturamento.

Nó crítico: Não existe uma série histórica sistematizada para apresentação visando correção de distorções. Classificado como Média Complexidade e realiza Alta Complexidade.

Hospital **Não Avaliado** Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde.

Classificação de Risco: A unidade, Pronto Socorro Geral estabelece Classificação de Risco: Modelo Manchester inadequadamente, pois não utilizada a cor Azul e Verde.

37 SES 1413 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

A justificativa para não utilizar a cor Azul e Verde: população esclarecida em relação ao perfil hospitalar.

Nó crítico: A Classificação de Risco: Modelo Manchester tem que ser aplicada na sua totalidade. Mesmo com população esclarecida o Pronto Socorro recebe casos que são de complexidade não compatível com o atendimento, pois a demanda é referenciada e espontânea.

Atendimento Ambulatorial: Atenção Básica e Média Complexidade.

Regulação: A Regulação Assistencial é municipal.

Dados Coletados: O médico, o SAMU e o Bombeiro regulam. Estabelecido Vaga Zero.

Nó crítico: O **HUGO** está na esfera Administrativa Estadual com regulação municipal. Não existe sistema de informação e controle efetivo da ocupação dos leitos. A Vaga Zero é utilizada sistematicamente. Não estão estabelecidos os fluxos assistenciais.

Leitos Hospitalares:

Dados Coletados: 234 leitos e utilização de 60 macas, sendo 30 macas no Pronto Socorro.

O CNES informa 234 leitos e destes 54 complementares.

38 1416 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

BOX 4 **Fonte: CNES**

DESCRIÇÃO E LEITOS EXISTENTES

ESPECIALIDADE CIRURGICO	Número de Leitos
BUCO MAXILO FACIAL	03
NEUROCIRURGIA	06
CIRURGIA GERAL	40
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	40
TOTAL	89

ESPECIALIDADE CLINICA	
NEUROLOGIA	06
CARDIOLOGIA	08
GERIATRIA	08
CLINICA GERAL	53
NEFROUROLOGIA	08
TOTAL	

PEDIATRICO	
PEDIATRIA CLINICA	04
PEDIATRIA CIRURGICA	04
TOTAL	

COMPLEMENTAR	
UTI ADULTO - TIPO II	*34
UNIDADE ISOLAMENTO	03
UNIDADE INTERMEDIARIA	17
TOTAL	

TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	
TOTAL GERAL	

* O CNES aponta 49 leitos de UTI ADULTO cadastrados no CNES e credenciados no SUS: 34.

Nó crítico:

234 leitos, 60 macas: Utilização de 294 leitos. Cadastrados no CNES e credenciados no SUS: 180 leitos.

39 1077 PUBLICA PROTOCOLO

Em relação aos leitos de UTI: 34 leitos, 30 macas: Utilização de 64 leitos. Cadastrados no CNES 49 e credenciados no SUS: 34 leitos.

* Não Informado adesão: **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011** que Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Utilizados 290 leitos contando com as macas e faturados 180 leitos.
- Utilizados 64 leitos de UTI e faturados 34 leitos.

Faturamentos SIH E SIA

Como a Gestão é municipal o teto financeiro do **HUGO** está no Teto Municipal que não repassa os valores ao estado.

Dados Coletados:

Faturamento no SIA: R$ 500.000,00 por mês.

Atendimento no Pronto Socorro: Urgência e Emergência; com nível de Atenção Básica; Média e Alta Complexidade. Consultas para egressos cirúrgicos.

Não possui cirurgião pediátrico.

Atendimento de Urgências para Hemofílicos e Sistema Prisional.

Faturamento no SIH: R$ 2.000.000,00 por mês.

40 SES 1418 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

BOX 5

Fonte: CNES

Instalações Físicas para Assistência:

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
INSTALAÇÃO:	QTDE./CONSULTÓRIO:	LEITOS/EQUIPOS:
CONSULTORIOS MEDICOS	10	10
ODONTOLOGIA	01	01
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	02	0
SALA DE CURATIVO	01	0
SALA DE GESSO	02	0
SALA DE HIGIENIZACAO	01	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	03	0
SALA REPOUSO OBSERVACAO – FEMININO	01	08
SALA REPOUSO OBSERVACAO INDIFERENCIADO	04	32
SALA REPOUSO DBSERVACAO – MASCULINO	02	16
SALA REPOUSO OBSERVACAO PEDIATRICA	01	08

41 SES 1419 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

BOX 6 **Fonte: CNES**

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
INSTALAÇÃO:	QTDE./CONSULTÓRIO:	LEITOS/EQUIPOS:
CONSULTORIOS MEDICOS	10	10
ODONTOLOGIA	01	01
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	02	0
SALA DE CURATIVO	01	0
SALA DE GESSO	02	0
SALA DE HIGIENIZACAO	01	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	03	0
SALA REPOUSO OBSERVACAO – FEMININO	01	08
SALA REPOUSO OBSERVACAO INDIFERENCIADO	04	32
SALA REPOUSO OBSERVACAO – MASCULINO	02	16
SALA REPOUSO OBSERVACAO PEDIATRICA	01	08

Box 7 **Fonte: CNES**

HOSPITALAR		
INSTALAÇÃO:	QTDE./CONSULTÓRIO:	LEITOS/EQUIPOS:
SALA DE CIRURGIA	10 *	0
SALA DE RECUPERACAO	01	08

Dados Coletados: *Apenas 07 salas de cirurgia em funcionamento

Serviços de Apoio:

Ambulância: Estado ou município ou do hospital.

Central de Esterilização de Materiais: Precárias condições. 02 autoclaves com apenas 01 em funcionamento.

Farmácia: Sistema com qualidade.

Lavanderia: precárias condições. Déficit de enxoval para o hospital.

42 SES 1420 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Limpeza e Desinfecção: Terceirizado. Empresa Coral

Segurança e Portaria: Terceirizado

Necrotério: Próprio.

Nutrição e Dietética (SND): Os profissionais nutricionistas são do **HUGO** e fazem a orientação e a dieta. O preparo das dietas- alimentações: terceirizado. Alimentação para os funcionários e pacientes. Custo: R$ 450.000,00 em média. Não incluído enteral e parenteral.

Por mês são servidas, em média, quase 62 mil refeições para pacientes, colaboradores e familiares/acompanhantes. Deste total, cerca de 28 mil são para pacientes, 23 mil para servidores e quase 11 mil para acompanhantes. **SAME:** Bom Sistema Estadual.

Serviço de Manutenção de Equipamentos: Sem manutenção preventiva ou corretiva.

Serviço Social: Próprio.

Gases Medicinais: Via Secretaria Estadual.

*Os 04 elevadores não funcionam e existe Rampa em condições precárias.

Gerador muito antigo. Quadro de força geral precário. Não suporta ligação de novos equipamentos.

Serviços Especializados: Equipamentos.

Serviço de Atenção em Saúde Bucal: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar. Atendimento de programa na UTI e nas urgências.

Serviço de Diagnostico por Imagem: Próprio e Terceirizado. Ambulatorial e Hospitalar. Existem 02 tomógrafos. As tomografias não são realizadas no **HUGO**. Ultrassom, Eco e Ressonância: CRER.

Raios-X de 100 a 500 MA: 06 existentes e 05 em funcionamento.

GERIR

43 1421 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Serviço de Diagnostico por Laboratório Clínico: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar segundo o CNES. Existem 02 empresas que realizam os procedimentos e comercializam os insumos.

Serviço de Diagnostico por Métodos Gráficos Dinâmicos: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Dispensação de OPM: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Endoscopia: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Hemoterapia: Terceirizado. Hospitalar. Agencia Transfusional.

Serviço de Fisioterapia: Próprio. Hospitalar

Serviço de Fonoaudiologia: Próprio. Hospitalar

Serviço de Psicologia: Próprio. Hospitalar

Serviço de Emergência Odontológica: 16 odontólogos. Atendem no Programa estabelecido na UTI de Higienização Oral.

Serviço de Suporte Nutricional: Próprio. Hospitalar

Serviço de Urgências: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Vigilância em Saúde: Próprio. Ambulatorial. Vigilância Epidemiológica.

Anatomo patológico: Municipal.

Transplante: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar. Ações para captação e doação de órgãos e tecidos.

Serviço de Hemodiálise: Próprio. Hospitalar. Não informado no CNES.

Radiologista: 02 para emissão de Laudos.

Comissões e Outros:

1422
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Em funcionamento:

CIPA.

Ética Médica: Bom Sistema e articulado ao CONEP.

Controle de Infecção Hospitalar.

Residência Médica: Comissão Estadual de Residência Médica. 29 vagas. Nas especialidades: Cirurgia Geral; Ortopedia; Cardiologia; Clínica Médica; Geriatria; Neurologia, * Medicina Intensiva.

*Processo em Tramitação.

Associação de Ensino e Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia - AEP/HUGO

A partir de 2009, foi fundada a Associação de Ensino e Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia, que é uma associação civil brasileira, sem fins lucrativos. Criada com o objetivo de promover a produção do conhecimento com aprimoramento profissional, promovendo a atualização profissional e pesquisas, visando o desenvolvimento da saúde e manter a capacitação permanente de profissionais aliado à congregação dos profissionais que venham a se dedicar à transferência de conhecimento e a evolução técnico-científica da área da saúde.

Além desses, induzir o desenvolvimento tecnológico da pesquisa em saúde pública, na perspectiva de promover a melhoria do desempenho do SUS por intermédio de projetos institucionais que resultem em produtos/tecnologias capazes de transformar o conhecimento produzido nas pesquisas em instrumento operacional na resolução de problemas de saúde, bem como capacitação permanente e qualificação dos profissionais de saúde, tanto lotados no Hugo como em outras unidades dos SUS e promover a melhoria das condições e também a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo **HUGO** aos seus clientes que é a razão de ser da Unidade Assistencial, tais como: melhoria das instalações físicas, equipamentos e tecnologias destinados ao bom desempenho dos profissionais do **HUGO**.

SES 1973 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Poderão solicitar inscrição como associados individuais, todos os profissionais de curso superior, de cursos técnicos, que atuem em saúde coletiva e afins, estudantes regularmente inscritos em qualquer das modalidades de pós-graduação em saúde coletiva, através de encaminhamento por parte do interessado, de formulário próprio dirigido à Associação

PNH: Política com funcionamento insatisfatório.

Ouvidoria: Bom funcionamento.

Projeto Educação Continuada

Implantado em 1997, criado com o objetivo de capacitar os servidores, tanto na área técnica como administrativa. Podemos citar como exemplos: cursos e treinamentos feitos em parceria com a Escola do Governo, Corpo de Bombeiros e outros, buscando continuamente a melhoria de conhecimento prático e teórico, com o objetivo de melhorar o atendimento ao usuário de maneira efetiva e humanizada, promovendo maior satisfação do trabalhador no desempenho de suas funções, a adaptação a novas situações, o melhor rendimento dos serviços prestados, a promoção de mudanças de comportamento com potencial crítico-criativo e a elevação do nível de assistência, desenvolvendo tecnologias próprias da área de saúde.

Trabalho voluntário:

Teve início no ano de 2002. A equipe de voluntários é composta por: uma coordenadora e dez líderes que conduzem as atividades das equipes de apoio espiritual, técnico e social. Atualmente o grupo de voluntários "*Amigos do HUGO*", conta com 60 (sessenta) participantes, que são encaminhados pelo Centro Goiano de Voluntariado da OVG, atendendo às normas gerais da Lei nº 9.608 de 18/02/1998. Atuam sempre em equipes. São pessoas solidárias, de diferentes segmentos da sociedade, dispostas a doar parte de seu tempo e de seu talento, que assumindo uma postura responsável e comprometida, desenvolvem um trabalho contínuo que merece toda admiração e respeito.

46 SES 1424
DS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Estas equipes contribuem diariamente na promoção do exercício consciente de cidadania e da solidariedade, fortalecendo o conceito de que cada um de nós pode colaborar com a melhoria da qualidade de vida das comunidades. Estão presentes na recepção, orientação e acompanhamento aos familiares na sala de acolhimento, nas oficinas de trabalhos manuais, realização de bazares, organização de eventos nas datas comemorativas e outras.

Todos os trabalhos são desenvolvidos em prol do bem estar físico e social dos usuários do Hugo e da missão da instituição. É notório que o apoio dado pelo voluntariado contribui muito para que a estadia do paciente no hospital seja mais humana e menos traumática possível. Qualquer pessoa pode ser voluntária.

2.2 Modelo Gerencial

O Modelo Gerencial Proposto: Qualidade e Integralidade do Cuidado.

A **qualidade** tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pelo **IGES** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

SES
47 123
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

No Século XX, várias transformações de ordem econômica, social, cultural e tecnológica foram observadas na sociedade, com reflexos nas organizações, o que provocou mudanças nas filosofias de administração, controle e gestão da produção de bens e serviços. As transformações nas organizações de saúde, principalmente as tecnológicas de custo elevado, nem sempre são acompanhadas de novas formas de gestão, capazes de promover a satisfação dos profissionais e de responder às demandas dos clientes.

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato dos usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas.

Há, portanto, um grande descompasso entre o que prevê as novas formas de gestão contemporânea e as formas de gestão adotadas pelos serviços de saúde.

Para os dirigentes da área de saúde mais comprometidos com a assistência à população, uma questão se coloca: como atender às necessidades dos usuários do serviço de saúde e dos trabalhadores, garantindo ao mesmo tempo, a sobrevivência da organização?

Algumas sinalizações, embora tímidas no campo prático, começam a aparecer, principalmente na área gerencial, e a rigidez dos modelos tradicionais vem sendo gradativamente substituída por novas formas, mais condizentes com o momento atual. Teorias da administração, principalmente nos componentes hospitalares estão sendo abarcadas: Administração Flexível, Integração Horizontal (Alianças Estratégicas ou Fusões) e Integração Vertical.

SES 48 1426 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão, mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde.

A velocidade das mudanças experimentadas pela sociedade, com reflexos claramente perceptíveis nas organizações, culminou com a adoção de princípios de Administração Flexível que pode ser compreendida como "o processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como: demanda de clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência" (MÉDICI & SILVA, 1993).

O novo modelo gerencial proposto pelo **IGES** é introduzido objetivando reverter práticas organizacionais baseadas na teoria clássica e visa uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

Para estabelecer este modelo gerencial proposto a prática do princípio da integralidade: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados é fundamental.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, 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 resultado dos somatórios de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira pactuada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas

SES
1427
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

também de disputa, vão compondo o que entendemos 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 (PINHEIRO, 1998), caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Para ilustrar estabelecer os cuidados de um paciente com diabetes internado com um quadro de descompensação:

- Cuidados iniciais do plantonista, que o recebe e interna a partir do pronto-socorro;
- Cuidados da enfermagem,
- Poderá ser visto pelo: cirurgião vascular, cardiologista, endocrinologista, nutricionista, assistente social e psicólogo;
- Realizará exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos.

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 (MERHY & CECILIO , 2002).

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. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe "como somatória 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" (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); 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.

50 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Nesta medida, 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 uma estratégia para a gestão hospitalar.

2.2.1 Características

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;
- Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica do hospital;
- O hospital apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;
- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital;
- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;
- As estruturas administrativas sofrem mudanças, se tornando mais leves e dotadas de flexibilidade;

51 SES 1929 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas;
- A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;
- O modelo objetiva organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional;
- São projetados com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão;
- Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas tem a sua interdependência garantida através de valores compartilhados e sistema de comunicação intensivo;
- Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário;
- A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica;
- A organização hospitalar prioriza a participação da gestão estadual e municipal, dos funcionários e da comunidade;
- As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada;

SES 1438 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- O modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde: Humanização da Atenção;
- O atendimento é priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.

2.2.2 Objetivo Geral

Organizar e qualificar a atenção às urgências, no **HUGO**, de modo que atenda à demanda espontânea e/ou referenciada e funcione como retaguarda às urgências de menor complexidade para os outros pontos de atenção pactuando com a Gestão Estadual e Municipal.

2.2.3 Objetivos Específicos

- Dar relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados;
- Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal;
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população;
- Dispor de recursos humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores;
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização e acolhimento dos usuários; a organização da atenção programada com base em riscos;
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas;

SES
193
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário;
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho;
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos;
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos;
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população;
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde;
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

2.2.4 Diretrizes Operacionais

Uma Política de Atenção às Urgências desintegrada das redes assistenciais e fragmentada compromete o conjunto do Sistema de Saúde.

A definição de uma política de atenção às urgências, tendo por base o princípio da integralidade, pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios sanitários, estabelecendo-se desse modo, sob o imperativo das necessidades humanas, visando adequar a oferta dos serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessária para a atenção à saúde são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade. A área de Urgência e

FLS. 1432
RUBRICA
PROTOCOLO

Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde.

Na parceria estabelecida com o **IGES**, uma das principais metas pactuadas será de conseguir avançar com uma prática abrangente e qualificada para a Atenção às Urgências, visando concretizar acessibilidade universal e resolutividade nas demandas assistenciais.

Um dos maiores desafios encontrados no Sistema de Saúde: A Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema; desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. O **IGES** quer avançar na pactuação e articulação com os outros pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde, com prioridade para a Atenção Primária à Saúde, Centro de Comunicação e ordenadora do Modelo de Atenção á Saúde.

As dificuldades para atingir essa meta são enormes porque o sistema enfrenta habitualmente insuficiência dos mais diferentes recursos na rede assistencial. Faltam profissionais preparados para a devida atenção, a rotatividade dos profissionais é elevada, faltam recursos financeiros para organizar a estrutura física, a assistência farmacêutica, etc.

O Perfil da Situação de Saúde deveria ser determinante na alocação de recursos e priorizar os problemas de saúde da população utilizando critérios de equidade. Os parâmetros da situação de saúde definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco, análise com base no gênero e em outras variáveis relevantes.

Diante das dificuldades deve-se reconhecer que os problemas não serão facilmente superados. Apesar disso é possível enfrentar muitos deles, o que pode permitir avanços na qualificação na qualificação da Atenção às Urgências, e para isso algumas diretrizes podem ser utilizadas.

Para que a parceria possa ser efetiva no que se refere à integração e à coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se

55 SES 1633 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre o Gestor Estadual e o **IGES**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada um, potencialize os recursos financeiros, e integrem as iniciativas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de articulação que possam lidar com os conflitos ainda presentes.

Deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual.**

O aprimoramento do processo de pactuação entre os parceiros e do relacionamento entre estes, os Gestores Municipais de Saúde e o Conselho de Saúde é fundamental para efetivar as ações propostas, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Em relação aos profissionais de saúde, propor e implementar planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS.

Apoio e a cooperação técnica com a Gestão Estadual para o desenvolvimento da educação permanente.

A intersetorialidade também é fundamental no processo. Como prática de ação, parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Na saúde torna-se mais fácil compreender esse conceito, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social.

Apoiar o Plano de Qualificação da Atenção às Urgências no âmbito do Hospital de Urgências de Goiânia com algumas diretrizes estabelecidas:

SES 56 1434 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Articular com a Gestão Estadual e Municipal para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos e do trabalho em equipe;
- Facilitar a participação e o acesso dos trabalhadores de saúde e do controle social na resolução dos problemas de saúde;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários;
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças;
- Desenvolver processos em colaboração com organizações governamentais e não governamentais, setoriais e extra setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis;
- Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança;
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência;
- Garantir que as atividades realizadas reforcem a ação da Gestão Estadual e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual e orientadas pelo **Princípio da Complementaridade**;
- Promover um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo;
- Avaliar a efetividade e a pertinência utilizando o *feedback* recebido da população que participou das atividades realizadas;
- Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para manejo e comunicação da informação a Gestão Estadual e ao Conselho Estadual de Saúde;
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços;
- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados;

57 SES 9435 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto;
- Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto.

O modelo proposto aborda, questões importantes como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ampliando, dessa forma, a oferta e a qualidade dos serviços prestados. Constitui-se, assim, em importante passo para o enfrentamento dos problemas gerenciais pelos quais passam os hospitais integrantes do SUS.

Gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção. A consequente eliminação de perdas, com o uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes, gera receita suficiente para que investimentos em humanização, hotelaria e infraestrutura passem a ser uma constante, criando, assim, uma perfeita identificação com a clientela.

Para alcançar objetivo de mudanças culturais em organizações de saúde deve-se dispor de capacidades e de conhecimentos críticos que são construídos dentro dos processos históricos de cada organização. Nenhuma transformação é obtida sem adoção de estratégias de ação que respeitem a história particular de cada organização.

2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado

O desenho de gestão construído sobre o princípio da **integralidade** e da **qualidade** do **cuidado** combina, de forma mais abrangente, as várias lógicas de coordenação do hospital, tornando-as mais explícitas para o coletivo gestor.

Iniciar o processo elegendo com a Gestão Estadual, uma linha de cuidado prioritária para ser implementada no primeiro ano. As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações nas quais equipes

58 SES 1436 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

multiprofissionais fazem parte desta composição, pela lógica horizontalizada do cuidado. Cada **unidade de produção de cuidado**, que pode ser atravessada por mais de uma linha de produção de cuidado, tem uma **coordenação unificada**, isto é, tem um coordenador responsável pela coordenação de todo o trabalho da equipe. Este **coordenador de unidade** pode ser um enfermeiro, um médico ou qualquer outro profissional de nível universitário.

Os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

- Facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Exemplo da importância desta atribuição é pensar o quanto uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação entre os profissionais: fazer a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite. Uma linha contínua e articulada de cuidados que vão sendo realizados em unidades de cuidado diferentes.
- Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
- Fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado. A lógica de coordenação das corporações respeitada, mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado.

Algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares em função da adoção de coordenação por linhas de cuidados.

Uma delas é a criação de uma **Diretoria Colegiada do Hospital** composta pelos: coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa. Com tal composição, pretende-se criar um espaço matricial de direção superior do hospital centrado na lógica da produção do cuidado, mas

599 SES 1737 FLS RUBRICA PROTOCOLO

contemplando sua necessária articulação com as lógicas de coordenação das profissões e de produção de insumos. Ao mesmo tempo, criam-se **Colegiados Técnicos** em cada linha de produção de cuidado, dos quais participam os coordenadores daquela linha, os coordenadores ou gerentes das unidades assistenciais atravessadas pela linha e "convidados" para a discussão de temas ligados ao cuidado.

Por exemplo, das reuniões do Colegiado Técnico da linha de cuidado da atenção à maternidade, participam os coordenadores da linha (um profissional médico e um profissional enfermeiro), os gerentes do ambulatório (onde se faz o pré-natal), o gerente do bloco obstétrico, a gerente do alojamento conjunto, o gerente do CTI neonatal e o gerente do CTI de adultos, mas poderão ser convidados o gerente do laboratório ou do banco de sangue ou da nutrição e dietética para discutir e deliberar sobre todas as questões específicas afetas ao cuidado (rotinas, fluxos, protocolos de atendimento, etc.). Como os dois coordenadores de linha presentes à reunião fazem parte da direção superior do hospital (Diretoria Colegiada), cria- se um arranjo institucional que facilita a "conexão", de processos decisórios (referentes à micropolítica do hospital) autônomos, descentralizados e agilizados com a direcionalidade mais geral pretendida pelo hospital.

Trabalhando com a concepção do hospital como uma "estação" de uma intricada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, ajudar na criação e estabilização de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços- pontos de atenção visando à integralidade do cuidado.

Uma linha de cuidados cirúrgicos, por exemplo, lida com pessoas que "vêm de algum lugar" e depois "deverão ir para outro lugar". Todo o processo de acesso à agenda do bloco cirúrgico, o pré-operatório, o ato cirúrgico e o acompanhamento pós-operatório compõem um contínuo de equipes, profissionais e responsáveis que estão dentro, mas também fora do espaço físico restrito do hospital. Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar uma melhor articulação entre estas várias "estações

60 9438
ELS
RUBRICA
PROTOCOLO

cuidadoras". Isto vale para todas as linhas. A assistência ao parto, por exemplo, só pode ser pensada na sua integralidade quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado se inicia (pré-natal), mas continua após o parto (cuidados com a puérpera e com o recém-nascido, anticoncepção, etc.) e assim por diante. A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das "estações" e ou " pontos de atenção" da rede de cuidados. Nesta medida, reiteramos, que o papel do hospital no "sistema de saúde" não pode se restringir a fazer contra referência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidado, espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as "estações" produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra hospitalares, em particular com a Secretaria Estadual de Saúde; com o conselho que congrega os Secretários Municipais de Saúde, COSEMS-GO; com as Coordenações de Regiões de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. Importante também a negociação com outros atores das políticas públicas no desenvolvimento da intersetorialidade. Este fato agrega novas tarefas para os coordenadores de linhas de produção do cuidado que, com toda a certeza, não são simples e desprovidas de dificuldades, mas possíveis de realização.

Objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria Colegiada do hospital deve criar e implementar um **Conselho Gestor** com participação das instâncias e atores acima citados. Como no primeiro ano será trabalhada apenas uma Linha de Cuidado, com prioridade para Traumatologia, definida em articulação com a Gestão Estadual e em consonância com o Perfil do **HUGO,** a Diretoria Colegiada do hospital estará ainda formada nos moldes tradicionais da estrutura hospitalar e o Conselho Gestor será criado por esta diretoria tradicional.

61 9759 FLS RUBRICA PROTOCOLO

O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a integração com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Será implementado nos primeiros dois meses da parceria. Na sua criação, o **IGES** e a **Gestão Estadual,** trabalharam na elaboração conjunta do Regimento Interno.

2.2.6 Ações Estratégicas

Ampliar a compreensão da saúde na perspectiva da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial, e em razão do impacto causado pelo crescente número de acidentes e da violência urbana dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

Desenvolver Projetos que promovam a Melhoria da Qualidade da Atenção no **HUGO**.

Os Projetos de Melhoria da Qualidade da Atenção serão desenvolvidos com objetivos voltados a resolução dos nós críticos diagnosticados na instituição. Serão construídos na perspectiva da Melhoria da Qualidade da Assistência; Melhoria da Qualidade da Gestão e Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos.

Fundamental reafirmar que a Organização Social, **IGES**, no processo de **publicização** realiza procedimentos gerenciais que devem estar orientados pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual.**

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

62 140 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Ao aportar o conceito das Redes de Atenção à Saúde este pressuposto avança na articulação da instituição hospitalar com o Sistema de Saúde. O Complexo Regulador atua como o Centro de Comunicação da Rede de Atenção às Urgências.

2.2.6.1 Melhoria da Qualidade da Assistência

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população ao **HUGO** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos.

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos.

2.2.6.2 Melhoria da Qualidade da Gestão

A Melhoria da Qualidade da Gestão desenvolvida na perspectiva de fortalecimento da Governança com instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuação com a Gestão e com o controle social.

Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde.

63 1441
RUBRICA
PROTOCOLO

Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças: do modelo fragmentado para as Redes de Atenção à Saúde.

2.2.6.3 Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos

Estabelecer estratégias que reorientem a Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.

"Acredito que para podermos intervir em um processo de desenvolvimento social é necessário, mais do que conhecer, compreender de forma comprometida. É necessário desenvolver com o grupo com o qual se vai atuar uma postura generosa e aberta, que propicie um mútuo acolhimento para que, juntos, facilitador e grupo, componham um trabalho." Raniere Pontes de Souza

64 1442
RUBRICA
PROTOCOLO

3. AREA DE ATIVIDADE

Apresentação

Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.**

Objetivando a coerência no modelo gerencial proposto, não serão trabalhadas atividades fragmentadas e sim o hospital como uma estação produtora de cuidados, inserido no Sistema Estadual de Saúde e com os componentes estruturantes de uma rede.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais e o **IGES**: Horários e distribuição semanal dos locais de atendimento; readequação de espaços que não se encontram em funcionamento; incrementos e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

O **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO,** como organização de alta complexidade, abriga distintos pontos de atenção à saúde: pronto atendimento, ambulatório, clínicas de internação, centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo. O Centro de Comunicação e ordenador é o Complexo Regulador.

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção: campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

Os Sistemas Logísticos são soluções tecnológicas, ancoradas em tecnologias da informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e usuários nas redes: cartões de identificação de usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários.

65 SES 9643 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

A internação do paciente dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. Na inexistência eventual de leito vago, regular os pacientes através da Central de Regulação, para os demais serviços de saúde SUS. Evitar Vaga Zero.

Ações Estratégicas

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população ao **HUGO** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos.

Implementar as ações definidas.

3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos; no Sistema de Apoio e Diagnóstico Terapêutico, no Sistema Logístico e no Sistema de Governança.

3.1.1 Pontos de Atenção

- **Pronto Atendimento**

O **HUGO** disponibilizará atendimentos de Urgência 24 horas por dia,

66 1444
RUBRICA
PROTOCOLO

ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos não programados que ocorram de forma espontânea, por livre demanda da população, ou preferencialmente de forma referenciada.

Deverão estar disponibilizados:

Unidade de Trauma: com 10 Box de Reanimação, 12 leitos de Emergência Clínica; 32 Leitos de Observação em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24 horas, não caracterizando internação hospitalar e uma Sala de Classificação de Riscos. Totalizando 54 leitos.

A Porta Hospitalar de Urgência deverá ser reorientado, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização e através do Acolhimento com Classificação de Risco, Classificação de Manchester, já colocada na presente proposta.

- **Ambulatório**

Possui atualmente 21 salas.

No **HUGO** através das atividades de Residência Médica, serão disponibilizadas consultas ambulatoriais a pacientes: egressos cirúrgicos do próprio hospital; de clínica médica; cardiologia e ortopedia, observada sua capacidade operacional.

Serão disponibilizados procedimentos de enfermagem e ações do serviço social, fisioterapia e psicologia, odontologia.

Além das consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições medicas, orientam pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clinico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporciona-los assistência imediata. O ambulatório deve se articular com o Sistema Estadual de Saúde para estabelecimento da contra referência dos usuários. Os usuários devem retornar para os pontos de atenção da Atenção Primaria á Saúde, respeitando

67 SES 1445 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

os seus territórios sanitários. Este fluxo estará sendo estabelecido a partir do **Conselho Gestor**.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionamento das 07h00 às 17h00, no mínimo, em dois turnos, de segunda à sexta-feira.

Deverão ser organizadas **no período de 30 dias**, reuniões com a Gerência Médica, equipe da residência médica e residência multiprofissional objetivando definir funcionamento do ambulatório, com horários de funcionamento e estabelecer a ocupação dos consultórios e especialidades segundo as demandas e necessidades.

Rever com os profissionais de Odontologia, o atendimento ambulatorial e a atenção dispensada na Unidade de Tratamento Intensivo.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

- **Clínicas de Internação**

O **HUGO** funcionará com capacidade operacional para leitos distribuídos nas enfermarias de Clínica Médica, Cirúrgica e Traumatologia, mediando à demanda por esta atenção e respeitando a capacidade operacional, evitando a utilização de macas para internação.

Traumatologia:

Localizado no **4º andar,** com 69 leitos. Na Traumatologia 1 são 17 enfermarias, com 34 leitos. Na Traumatologia 2 são 15 enfermarias, com 35 leitos.

68 SES 1446 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Clinica Médica e Clinica Cirúrgica:

As referidas clinicas estão localizadas no **5º andar,** com 68 leitos distribuídos por especialidades.

Na Clinica Médica: 30 leitos

Escolta SSP-GO: 4 leitos

Clinica Médica: 08 leitos

Neurologia: 06 leitos

Cardiologia: 08 leitos

Geriatria: 4 leitos

Na Clinica Cirúrgica: 38 leitos

Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular: 38 leitos

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual

- **Unidade de Tratamento Intensivo**

São duas UTIs localizadas no **2º andar** e uma UTI Neurológica localizada no Pronto Atendimento.

UTI 1: 10 leitos

UTI 2: 20 leitos

UTI Neurológica: 14 leitos

69 1447 RUBRICA PROTOCOLO

Total: 44 leitos

Serão trabalhadas estratégias de adequação da capacidade instalada mediando à demanda por esta atenção e a capacidade operacional. Serão desenvolvidas ações necessárias para adequar o financiamento trabalhando com incentivos para novos leitos de UTI. Credenciamento no SUS de leitos de UTI já cadastrados no CNES. Credenciamento no SUS de leitos de UTI não cadastrados no CNES, mas já utilizados.

Incrementos de 06 leitos de UTI Neurológica.

- **Centro Cirúrgico**

Utilização de 07 Salas de Cirurgia e readequação de 03 salas sem uso atualmente e utilização da sala de Recuperação Pós-Anestésica –RPA, com 08 leitos.

As salas deverão estar preparadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto em todos os dias da semana.

Como descrito no ambulatório serão desenvolvidos estudos e debates objetivando organizar o Centro Cirúrgico contemplando as demandas assistenciais do Sistema Estadual de Saúde de Goiás.

Neste sentido após em um período de 30 dias serão definidos os Horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia por especialidades.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal das salas de cirurgia, readequação das 03 salas que não se encontram em funcionamento e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

70 SES 1448
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

3.1.2 Sistema de Apoio

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: SADT**

No **HUGO** serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos em regime de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatorial.

Envolve os exames de patologia clínica, os exames de imagem e outros exames de apoio terapêutico.

Na parte 2 desta proposta já estão descritos os SADTs próprios e os terceirizados.

A Divisão de Imagiologia está localizada no Pronto Atendimento e possui 13 salas.

Fortalecer e aperfeiçoar o Apoio Diagnóstico e Terapêutico próprio e renegociar os terceirizados e definir os horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

Serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a todos os pacientes atendidos, mas com Classificação da Prioridade da Urgência estabelecida para o Pronto Atendimento, Internação e Ambulatorio.

- **Serviço de Hemoterapia:**

Caracterizado como Agencia Transfusional. Fortalecer e otimizar o apoio com estruturação para coleta de sangue e desenvolvimento de estratégias para o Banco de Sangue. Trabalhar com estabelecimento de voluntários para a coleta.

- **Assistência Farmacêutica:**

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade. Esta comunidade de usuários do **HUGO**.

71 SES 1449 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Aporta, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento de medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, á atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação dos medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

Programar para o primeiro trimestre: Prescrição Eletrônica e Programa de Dose Única.

- **Sistemas de Informação:**

Aprimorar os Sistemas de Informação: Trabalho voltado ao faturamento e ao registro dos procedimentos hospitalares. Retroalimentação do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar.

Utilizar os Sistemas de Informações estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Traduzir os dados em informação clara e útil ao Conselho Estadual de Saúde.

Pactuar com a Gestão Estadual os procedimentos para disseminar informação aos meios de comunicação e ao público em geral.

Utilizar as informações geradas para fins de mudanças e corrigir distorções.

3.1.3 Sistema Logístico

- Cartão de Identificação dos Usuários: No SUS está representado pelo Cartão SUS.

- Prontuário Eletrônico: Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros

72 SES 1450 F.S. RUBRICA PROTOCOLO

da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo. As informações completas do quadro clinico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento medico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Medico e Estatístico – SAME.

- Regulação: O Complexo Regulador é o centro de comunicação e ordenador da Rede de Urgência: Regulação Assistencial e estabelecimento de fluxos assistenciais.

- Sistema de Transporte Sanitário: envolve o transporte de urgência e emergência, para procedimentos eletivos, o transporte de exames e o transporte de resíduos sólidos.

3.1.4 Sistema de Governança

Arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes da rede. Gera um excedente cooperativo entre os atores sociais. É diferente das gerencias dos pontos de atenção.

O IGES pretende trabalhar com este foco na articulação com os gestores de saúde.

74 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelos hospitais é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação o **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições de forma sistêmica e global.

Considerando a necessidade de adotar medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – **HUGO**, o presente projeto terá como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar.

A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa.

Os incrementosna eficiência e eficácia nos processos de gestão são necessários para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio.

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante de esforços do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem persistentemente investindo em palestras de sensibilização, na criação e consensos de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético.

75 SES 1453 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

4.1.1.2 Justificativa

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde consolida-se a partir de seus cinco componentes:

- Os Pontos de Atenção à Saúde. Em um hospital existem vários pontos de atenção: Pronto Socorro; Centro Cirúrgico, UTI, Unidades de Internação;
- O Centro de Comunicação localizado na Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção às Condições Crônicas e no Complexo Regulador nas Redes de Atenção às Condições Agudas;
- Os Sistemas de Apoio que aportam a Assistência Farmacêutica, o Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Informação em Saúde;
- Os Sistemas Logísticos que aportam o Cartão de Identificação dos Usuários, Prontuário Eletrônico, Central de Regulação e Sistema de Transporte Sanitário;
- O Sistema de Governança.

Os Pontos de Atenção à Saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços de saúde objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde;
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência;

FLS. 153
RUBRICA
PROTOCOLO

4. ÁREA DE QUALIDADE

4.1 Qualidade Objetiva:

A Qualidade Objetiva está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital.

4.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde: Comitê de Qualidade

4.1.1.1 Apresentação

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a **qualidade**. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de desempenho nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários (Dlugacz, Restifo & Greenwood (2004).

O **Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar** vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995. A Portaria GM/MS n.º 538, de 17 de abril de 2001 reconhece a Organização Nacional de Acreditação, ONA, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar.

A organização hospitalar é considerada um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligada, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, neste processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente.

O processo de acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela

76 SES 1454
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;
- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

A melhoria da saúde das pessoas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focados na promoção e na manutenção da saúde. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde é necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a sensibilidade cultural são dois conceitos emergentes centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam de ser discutidas com as pessoas usuárias de forma a que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas e a organização dos hospitais

77 1455
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

como suporte às equipes de Atenção Primária à Saúde, para o cuidado das pessoas portadoras de patologias de maiores riscos ou complexidades, são fundamentais.

A atenção efetiva é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e sumarizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de auto responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos Sistemas de Atenção à Saúde.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

78 1456 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Os serviços hospitalares, que se beneficiam de economias de escala, devem ser concentrados, pois são recursos mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, na medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde.

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon, 1997).

Outro fator importante para o desenvolvimento da instituição hospitalar é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados.

Portanto, o desenho de redes de atenção à saúde faz-se, sobre os territórios sanitários, combinando, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos.

Na construção de Redes de Atenção à saúde devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

79 9657 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva, e dessa forma, obter ganhos de escala e, consequentemente, maior produtividade.

A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor.

No desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde e como consequência nas instituições hospitalares os dois conceitos se aplicam.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma a que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá também, na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

Estas diretrizes e o processo para Acreditação Hospitalar, Certificação de Qualidade, reforçam e justificam a necessidade de implementar no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz -**Hugo**, o Projeto de **Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde.**

4.1.1.3 Objetivo

Adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pelo Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - **HUGO**, através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar oportunamente pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

SES 80 1458 FLS PÚBLICA PROTOCOLO

4.1.1.4 Operacionalização

Estabelecer como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar.

Implantar o **Comitê de Qualidade** no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - **HUGO**, conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

O Comitê de Qualidade deverá:

- Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis do hospital;
- Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Politica de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
- Sugerir ações de melhoria;
- Elaborar o planejamento anualmente.

O Planejamento do Comitê de Qualidade deve aportar programas de melhoria da capacidade institucional nas seguintes áreas da Unidade:

I. Serviços Profissionais e Modelo Organizacional para as atividades Assistenciais;
II. Serviços de Atenção ao Paciente e apoio às famílias;
III. Serviços de Apoio ao Diagnóstico;
IV. Serviço de Apoio Técnico e Logística;
V. Serviço de Apoio Administrativo e Infraestrutura;
VI. Ensino e Pesquisa;
VII. Liderança e Modelo Organizacional das atividades de Administração;
VIII. Produtividade das áreas assistenciais e administrativas;
IX. Acompanhamento de Custos;
X. Informatização das áreas assistenciais e administrativas;
XI. Novos Produtos e Parcerias;

81 SES 1459 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

XII. Qualidade Assistencial e Gerencial.

4.1.1.5 Regimento Interno

Comitê de Qualidade do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

ARTIGO 1º

Considerando o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995 e a necessidade de Implantar o Comitê de Qualidade para desenvolver estratégias e adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pela Instituição através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar em futuro próximo pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

CAPÍTULO II - DO OBJETIVO

ARTIGO 2º

Implantar o Comitê de QualidadeHospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

ARTIGO 3º

I. Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis da instituição;
II. Avaliar e aprovar as decisões do Comitê da Qualidade;
III. Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Politica de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
IV. Sugerir ações de melhoria;

82 SES 1460 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

V. Elaborar o planejamento anualmente.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 4º

I. O Comitê de Qualidade estará subordinado a Direção Geral do **HUGO** e será composto por representantes das Unidades dos Colegiados Técnicos, Diretor Administrativo, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem e Responsável da qualidade no hospital.
II. O Comitê de qualidade será representado pelo Presidente que terá mandato de dois anos, a partir da data da nomeação, podendo ser reeleito.

Parágrafo 1º: O perfil para ocupar o cargo: Profissional de nível superior com especialização voltada á gestão da qualidade.

Parágrafo 2º: Em caso de férias e afastamento do presidente, o cargo será assumido pelo Vice Presidente. No caso de afastamento do Vice Presidente será realizada a indicação por parte do Presidente de um dos membros do Comitê.

CAPÍTULO V - DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 5º

Compete ao Presidente:

I. Representar o grupo interna e externamente à Instituição;
II. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
III. Articular o Comitê com as Comissões Técnicas;
IV. Prestar contas das atividades do Comitê anualmente.

Compete ao Vice Presidente:

I. Auxiliar os trabalhos da presidência;
II. Receber, organizar e distribuir as correspondências;
III. Secretariar as reuniões e elaborar as atas.

83 SES 1461 FLS. ROBRICA PROTOCOLO

CAPÍTULOVI - DAS REUNIÕES

ARTIGO 6º

I. O Comitê de Qualidade se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.

II. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas.

III. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 7º

Considerando que a Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos e,

Considerando a adoção pelo Ministério da Saúde do "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar", que estabelecem os itens a serem avaliados, de forma explícita e objetiva, no desenvolvimento do processo de Acreditação, e

Considerando a existência da Organização Nacional de Acreditação – ONA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, integrado por entidades de caráter nacional, representando entidades prestadoras de serviço de saúde, compradoras de serviços de saúde e privadas que se pautam por princípios que regem o direito público, que tem por objetivo geral a promoção e o desenvolvimento do processo de Acreditação no país.

84 SES 1462
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Parágrafo único - Reconhecer a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.

ARTIGO 8º

I. Os membros do Comitê têm assegurado o livre trânsito em todas as dependências do hospital, independente de autorização prévia, desde que esta atitude implique em trabalhar ações relacionadas na busca da qualidade hospitalar.
II. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Qualidade, por metade mais um dos votos.
III. Este regimento deverá ser aprovado por metade mais um dos membros do Comitê de Qualidade e encaminhado à Diretoria do Hospital para homologação.

ARTIGO 9º

O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Cronograma 1 - Comite de qualidade

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Criação do Comitê de Qualidade		☐												
3	Reuniões mensais do Comitê			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Apresentação de relatórios				☐			☐		☐			☐		☐
5	Visitas: orientações para Acreditação Hospitalar				☐				☐				☐		
5	Certificação do HUGO													☐	

85 963
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

4.1.2 Comissões Técnicas

Apresentação

As Comissões Técnicas representam ferramentas gerenciais importantes no desenvolvimento técnico de uma Unidade Hospitalar e são formadas visando estabelecer políticas e padrões de funcionamento de diversas áreas.

As comissões com focos temáticos podem ser permanentes e devem ter também como **objetivo** estudar, analisar, opinar, assessorar e emitir parecer sobre matéria que lhe for atribuída, obedecendo às diretrizes traçadas pela Diretoria Geral.

O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - **HUGO**, como já descrito anteriormente, já possui algumas Comissões Técnicas em funcionamento, porém a presente Proposta de Trabalho pretende estabelecer e ou reorientar o funcionamento das Comissões Técnicas Permanentes na organização do hospital.

Buscando contemplar o disposto no Instrumento de **Chamamento Público nº 001/2012** serão apresentadasa seguir a descrição de todas as Comissões Técnicas que o **IGES**buscará implementar (as já existentes) e, também, aquelas que pretende implantar no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - **HUGO**.

O **HUGO** deverá dispor das seguintes comissões técnicas:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Comissão de Ética Médica e de Enfermagem
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários
- Comissão Multidisciplinar da Bioética
- Comissão de Verificação de Óbitos
- Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único
- Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia
- Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

86 FLS. 1464 RUBRICA PROTOCOLO

- Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e equipamentos.
- Comissão de Residência Médica
- Comissão de Residência Multiprofissional
- Comissão de Gerenciamento de Riscos
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- Comissão de Ética em Pesquisa Cientifica
- Comissão de Educação Permanente
- Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais

As Comissões serão constituídas e registradas em Ata de Constituição:

Ata de Instalação da Comissão.....
Ata número.....da reunião realizada aos ..... dias do mês de.....do ano de..... no **HUGO**, com a presença .....tendo como pauta a Instalação da Comissão..... . Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião .....da qual eu,....., na qualidade de secretário(a), lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais membros.

4.1.2.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar - CCIH

Descrição da Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar, está intimamente ligada a todos os setores da estrutura e representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas na assistência.

SES 87 1465 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como finalidade promover as ações necessárias, a serem desenvolvidas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – **HUGO**.

A proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **HUGO,** vai se basear em três ações principais: Normativa, Vigilância Epidemiológica e Educativa.

Na Ação Normativa, são fortalecidos os princípios e as regras a serem seguidos por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

Na Vigilância Epidemiológica, os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, os profissionais da CCIH podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares, e qual é a população de maior risco. Com os dados transformados em informações, a CCIH propõe medidas que visam minimizar o problema.

As Ações Educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCIH. Os profissionais estarão em constante atualização e ou capacitação, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão verificar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, a difusão e multiplicação dos novos conhecimentos para os outros profissionais do hospital, através de palestras, cursos, seminários, oficinas ou comunicação impressa. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões e o contato diário com os demais profissionais do hospital, quando as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

SES
1466
88 FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Ainda serão responsabilidades da CCIH a padronização e controle do uso de antimicrobianos, a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o **Programa de Controle de Infecções Hospitalares**, o qual constará dos seguintes itens:

- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção no hospital;
- Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;
- Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
- Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;
- Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Gestão Estadual de Saúde;
- Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.

Atribuições Gerais

- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitar os recursos humanos da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Fazer uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e

89 546
RUBRICA
PROTOCOLO

aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- 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;
- Elaborar, implantar 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 isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar e articular com as Comissões Técnicas do HUGO, com prioridade: Comitê de Qualidade;Comissão de Ética Médica e Enfermagem;Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único; Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- 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;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar aGestão Estadual do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação

90 SES 1468 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária da Gestão Estadual do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Constituição Básica

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – **HUGO**- representa o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e são os responsáveis pela execução das ações de controle de infecção no estabelecimento de saúde, devendo atender a lei nº. 9.431 de 06 de Janeiro de 1997, Portaria Nº. 2616 do Ministério da Saúde de 12 de Maio de 1998 e Instrução Normativa nº. 04 de 24 de fevereiro de 2010. Um dos membros, preferencialmente, deve ser o enfermeiro. Devem possuir carga horária diária específica para a execução dessas atividades e Ato de Constituição e Nomeação da CCIH pelo Diretor Geral.

Desta forma a CCIH será composta, no mínimo, dos seguintes membros:

- Diretor (a) Geral
- Diretor (a) Administrativo
- Diretor (a) de Enfermagem
- Farmacêutico (a)
- Bioquímico (a)
- Infectologista

Perfil do Cargo

A CCIH será presidida por um dos representantes da própria comissão indicado pelo Diretor Geral do Hospital.

Os membros executores constituem o serviço de infecção hospitalar devendo o Chefe possuir as seguintes qualificações:

1469
91 FLS.
PROTOCOLO

- Médico com especialização em Moléstias Infecciosas de preferência com especialização em administração hospitalar.

Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar,doravante denominada sob a sigla de CCIH, do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – **HUGO** é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa n°4, de 24 de fevereiro de 2010.

Artigo 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções hospitalares.

Parágrafo 1º - Considera-se programa de controle de infecções hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas á redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Parágrafo 2º - Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital eque se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

Parágrafo 3º - A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I

ESTRUTURA

92 SES 1470 FLS. 9 RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 3º - A estrutura da CCIH compreende:

I. Grupo Executor;
II. Grupo Consultor.

Artigo 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável á eficiência da CCIH, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Artigo 5º - Os membros executores são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

SEÇÃO II

COMPOSIÇÃO DO GRUPO EXECUTOR DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 6º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Artigo 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCIH.

Composição do Grupo Executor:

Parágrafo Único - As indicações serão detécnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, com experiências anteriores em controle deinfecção hospitalar.

Artigo 8º - As indicações para integrar a CCIH serão apresentadas à coordenação executiva do **IGES.**

Parágrafo1º - O Presidente e o Vice-Presidente da CCIH serão indicados e designados pela Diretoria do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.**

93 SES 1471 RUBRICA PROTOCOLO

Parágrafo 2º - O Presidente e o Vice-Presidente serão membros natos da CCIH.

SEÇÃO III

COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSULTORES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 9º - Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa.

SECÇÃO IV

FUNCIONAMENTO

Artigo 10º – A CCIH terá como sede uma sala do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**onde o grupo executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por semana e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria do Hospital, coordenador ou a requerimento de um de seus membros.

Parágrafo 1º - As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando estiverem relacionados à criação e ou alterações nas normas e rotinas.

Parágrafo 2º - Os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Artigo 11º- A CCIH observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 12º - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte;

I. verificação da presença do Presidente;

94 1472 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

II. assinatura da Ata da reunião anterior;
III. leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;
IV. organização da pauta da próxima reunião;
V. ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VI. distribuição de tarefa aos membros;
VII. comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo 1º - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequencia estabelecida neste artigo.

Parágrafo 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.

Parágrafo 3º - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 13º - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Artigo 14º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 15º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos,

95 SES 1473 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Artigo 16º - À CCIH compete:

I. Estabelecer diretrizes para o desenvolvimento do programa de controle de infecção hospitalar, **no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.**
   a. a.Controle de MRSA;
   b. b.Prevenção de transmissão aérea;
   c. c.Treinamento em Serviço dos profissionais do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.**

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle dasinfecções hospitalares;

III. Elaborar programa de controle das infecções hospitalares com projetos de pesquisa multidisciplinares na linha de infecções hospitalares em pacientes crônicos;

IV. Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;

V. Elaborar, rever e atualizar normas, que visem auniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares;

VI. Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VII. Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII. Elaborar normas para promover educação do pessoal do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO** na área de infecção hospitalar;

IX. Elaborar e divulgar relatórios contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço e referente a todo **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO:**
   a. taxa de infecção hospitalar por patologia;
   b. taxa de infecção hospitalar por paciente;
   c. estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;

SES
1474
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

d. taxas de infecções hospitalares por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
e. Taxa de consumo por antimicrobianos;

X. Elaborar semestralmente, relatório: coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções hospitalares, e aos antimicrobianos padronizados;

XI. Promover medidas de contenção de surtos infeciosos que venham a ocorrer no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**(área de internaçãoe ambulatorial), propondo medidas a serem executadas;

XII. Emitirparecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção hospitalar;

XIII. Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;

XIV. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção hospitalar;

XV. Estabelecer normas referentes à problemática de infecção hospitalar nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;

XVI. Examinar, proceder e monitorar a adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;

XVII. Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**;

XVIII. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

Artigo 17º - Ao Diretor do Hospital compete:

I. Constituir formalmente a CCIH.

II. Nomear os componentes da CCIH por meio de portaria.

SES 1475 RUBRICA PROTOCOLO

III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH.

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH.

V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**, e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa.

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção Hospitalar.

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

VIII. Fomentar a educação permanente e acapacitação dos recursos humanos dohospital.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - Ao Presidente atribui dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I. representar a CCIH 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 membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VI. promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 19º - Aos membros da CCIH atribui:

98 SES 1476 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

I. estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe 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 20º - À Secretária da CCIH atribui:

I. assistir as reuniões;
II. encaminhar o expediente da CCIH;
III. preparar o expediente da CCIH;
IV. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
V. providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCIH, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;
VI. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
VII. transcrever o 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 CCIH a pauta das reuniões;
XI. organizar dados e arquivos.

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE CONSULTORES

Artigo 21º- Competências gerais dos Consultores:

I. Participar das reuniões da CCIH;

99 SES 1477 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

II. Articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação de controle das infecções hospitalares no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz –HUGO.**

III. Implementar no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**o programa de controle das infecções hospitalares adotados pela CCIH;

IV. Articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções hospitalares;

V. Estender todas as decisões tomadas nas reuniões às áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares á vida funcional do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**;

VI. Emitir relatório para a CCIH quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Artigo 22º- Competências específicas dos Consultores:

Representante da Direção:

I. Contribuir para manter o Diretor Geral, no que diz respeito às ações de prevenção e controle das infecções hospitalares;

II. II.Colaborar com a CCIH na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Representante do Setor de Biossegurança:

I. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;

II. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de Biossegurança visando a prevenção das infecções hospitalares;

III. Monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCIH.

100 SES 1478 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Representante do Serviço de Farmácia:

I. Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;
II. Auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o Grupo Executor;
III. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCIH;
IV. Comunicar diariamente à CCIH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;
V. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;
VI. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares;
VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da Farmácia.

Representante do Serviço de Monitoramento de Custos:

I. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normastécnicoadministrativas visando o monitoramento de custos na prevenção/tratamento das infecções hospitalares.

Representante do Serviço de Vigilância em Saúde:

II. Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCIH;
III. Avaliar e monitorar, periodicamente e sistematicamente, o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
IV. Contribuir na investigação e controle de surto de infecção hospitalar, emitindo parecer;
V. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

101 FLS. 1479 RUBRICA PROTOCOLO

Representante do Serviço de Metodologia Epidemiológica:

I. Auxiliar na escolha e orientação quanto à formulação dos desenhos de estudos epidemiológicos realizados pela comissão executora em seus estudos;
II. Organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos no hospital que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
III. Organizar arquivos de dados sobre os microorganismos e seu perfil de suscetibilidade antimicrobiana que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

Representante da Central de Esterilização:

I. Estabelecer as normas e rotinas da Central de Material e Esterilização;
II. Estabelecer as rotinas do processo de validação da esterilização, mantendo os registros continuamente atualizados;
III. Apresentar mensalmente à CCIH dados relativos ao acompanhamento da Monitorização da esterilização;
IV. Comunicar à CCIH as falhas nos equipamentos de esterilização, verificadas pela manutenção preventiva ou corretiva;
V. Responsabilizar-se pela manutenção da qualidade e controle do processo de esterilização;
VI. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas na Central;
VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador da Central de Material.

Representante do Serviço de Microbiologia:

I. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;

102 SES 1480 RUBRICA PROTOCOLO

II. Validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microorganismos;
III. Responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos microorganismos, e valida-lo;
IV. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos microorganismos;
V. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;
VI. Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
VII. Produzir e emitir diariamente para a CCIH o relatório de todos os microorganismos identificados.
VIII. Comunicar à CCIH e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimentode bactérias multi-resistentes em material clínico;
IX. Auxiliar na identificação de possíveis surtos.

Representante do Serviço de Manutenção e Atividades Gerais:

I. Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, bem como do controle de vetores;
II. Contribuir para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;
III. Contribuir para monitorar a qualidade da roupa hospitalar;
IV. Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
V. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;
VI. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos diferentes ambientes do Hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;
VII. Responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;

103 1482 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

VIII. Contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;

IX. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;

X. Responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

Representante do serviço de Engenharia:

I. Notificar formalmente e antecipadamente à CCIH sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;

II. Responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;

III. Contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;

IV. Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIH parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção hospitalar;

V. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

Representantes das Coordenações de Internação, Ambulatório e Laboratório:

I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar.

II. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Coordenação.

104 SES FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Representante do Serviço de Enfermagem:

I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar.
II. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares.
III. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades clínicas e central de material.
IV. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor.
V. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - **HUGO**
VI. Monitorar, sempre que necessário, a qualidade da água do sistema de tratamento da hemodiálise quanto à presença de microorganismos e endotoxina; bem como o funcionamento das máquinas de diálise.

Representante do Serviço de Orçamentação e Administração de Material:

I. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiânia, Hugo.
II. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS, MANDATO, REUNIÃO.

Artigo 23º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

105 SES 1494 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 24º - As funções dos membros da CCIH poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para o **HUGO**, a critério do**IGES.**

Artigo 25º - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 26º - A Direção do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – **HUGO** - poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Artigo 27º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente

Regimento Interno será dirimido pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pela Direção do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - **HUGO**.

Artigo 28º - O presente Regimento Interno poderá se alterado, mediante proposta da CCIH, submetido àDireção do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – **HUGO.**

Artigo 29º - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

FLS. 1485
RUBRICA
PROTOCOLO

Cronograma Comissão - infecção hospitalar

AÇÕES ESTRATÉGICAS	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
Organização	Reestruturar as competências da CCIH														
	Operacionalizar a CCIH														
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar														
	Permitir o acesso direto da CCIH em de cada serviço/unidade														
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais														
	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar														
	Desenvolver cursos de formação / orientações para o corpo de funcionários														
	Promover investigação sobre infecções hospitalar														
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da infecção hospitalar														
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica														
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfetantes)														
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos														
Registro e Monitorização	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar														
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica														

107 SES 1486 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários	
	Informar os órgão competentes de saúde acerca da evolução das estratégias	
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções hospitalares	
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção do Hospital	

4.1.2.2 Comissão de Ética Médica

Descrição da Finalidade

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

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

Organização e Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da comissão é definido pelo número de médicos que atuam na unidade.

108 SES 1497 FLS RUBRICA PROTOCOLO

A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim. Pode participar da comissão qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Superintendente Medico, etc. No caso de um membro da comissão assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da Comissão enquanto durar o impedimento.

Todos os médicos que atuam na instituição, independente de sua inserção, têm direito a voto, conforme assegurado pela Resolução CFM n.º 1.445/94 – Diretrizes Gerais para o Regimento Interno. Os candidatos a membro de Comissão devem seguir os critérios definidos no regimento interno do corpo clínico e no regimento da Comissão, obedecidas as diretrizes do CRM/CFM.

Dessa forma, cada instituição pode elaborar o Regimento Interno da sua comissãode acordo com as peculiaridades, incorporando necessidades que não estão definidas na proposta de regimento modelo, sem, entretanto, deixar de obedecer às diretrizes do CRM/CFM.

Fica facultado ao estabelecimento onde atuarem médicos plantonistas, a prorrogação da eleição por uma semana, a fim de possibilitar que todos os profissionais possam exercer o direito de voto. Nesse caso, a urna e a lista de presença deverão ser guardadas em local seguro e inviolável, sempre sob a supervisão de um membro da Comissão Eleitoral.

A Comissão Eleitoral será escolhida pela Comissão de Ética que estiver cumprindo o mandado, com no mínimo dois membros, um presidente e um secretário, que se responsabilizará pela apuração e resultados do pleito. Cada chapa concorrente poderá indicar um representante para acompanhar os trabalhos eleitorais. Na instituição que ainda não possuir Comissão de Ética Médica, caberá ao responsável técnico indicar os membros da Comissão Eleitoral.

A convocação das eleições será realizada por meio de edital, concedendo um prazo mínimo de 15 dias para as inscrições das chapas.

109 SES 1488 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Atribuições Gerais

Atribuições da Comissão:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;
- Proceder àsindicância, a pedido de interessados, médicos, delegacia do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Perfil do Cargo

O Presidente daComissão deverá pertencer ao corpo médico do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO, eleito por seus pares em eleição direta.

O Regimento Interno desta Comissão irá seguir o MODELO do CRM/CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

Regimento Interno: MODELO do CRM/CFM

Capítulo I – Das Definições

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

1489
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

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

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

Capítulo II – Da Composição, Organização e Estrutura

Artigo 3º – As Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Artigo 4º – As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

I. nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
II. nas instituições que possuírem de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove)médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
III. na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
IV. na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6(seis) membros efetivos e igual número de suplentes.
V. na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;
VI. nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedoras localizadas no mesmo município onde atuem, em que cada uma possua de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética

SES 1480 Fls RUBRICA PROTOCOLO

Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se às disposições acima quanto à proporcionalidade.

Artigo 5º – Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos queexercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único– Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Artigo 6º – O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses.

Artigo 7º – Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único– Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Artigo 8º – Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Artigo 9º – Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes

Capítulo III – Da Competência

Artigo 10º – Compete às Comissões de Ética:

I. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do

SES 1492 Fls PROTOCOLO

médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

II. comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;

III. comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

IV. comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V. comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI. instaurar sindicância, instrui-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII. verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX. elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;

X. atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI. manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;

XII. fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

XIII. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV. promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;

1492
RUBRICA
PROTOCOLO

XVI. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII. orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Artigo 11º – Compete aos membros da Comissão de Ética:

I. eleger o presidente e secretário;

II. comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III. desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução;

IV. garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 12º – Compete ao presidente da Comissão de Ética:

I. representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;

II. convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

III. convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

IV. solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

V. encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

VI. nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Artigo 13º – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

I. substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

1693
RUBRICA
PROTOCOLO

II. colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
III. secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
IV. lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
V. manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Capítulo IV – Das Eleições

Artigo 14º – A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que com- põem o Corpo Clínico do estabeleci- mento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9o do presente Regimento.

Artigo 15º – 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.

Artigo 16º – Os candidatos a comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Artigo 17º – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma se- mana.

Artigo 18º – O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência deorganizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

SES
1494
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 19º – 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.

Parágrafo único:Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Artigo 20º – A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Artigo 21º– O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Artigo 22º– Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 23º– Homologados os resulta- dos, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V – Do Funcionamento

Artigo 24º – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Artigo 25º– Os atos da comissão de ética médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

SES 1495 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 26º– Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "*voto de Minerva*" em caso de empate.

Artigo 27º– As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Artigo 28º– A sindicância será instaurada mediante:

I. denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
II. denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
III. deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
IV. solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
V. determinação do Conselho Regional de Medicina.

Artigo 29º– Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando- os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Artigo 30º– Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Artigo 31º– O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 32º– Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

SES 1496 FLS RUBRICA PROTOCOLO

***Parágrafo único*:** Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Artigo 33º– Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Artigo 34º– Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "*ad referendum*" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

***Parágrafo* 1º**: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

***Parágrafo*2º:** Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 35º– Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

Capítulo VI – Das Disposições Finais

Artigo 36º– As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

***Parágrafo*1º**: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem a presente regulamentação.

Artigo 37º– Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Artigo 38º– Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

118 FLS 3497 RUBRICA PROTOCOLO

Comissão - Etica médica

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012 ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	2013 JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento														
2	Divulgação de Normas Complementares														
3	Elaboração de Relatórios														
4	Desenvolvimento de Atribuições														
5	Identificação e classificação dos processos														
6	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação														
7	Informar os cidadãos usuários														
8	Informar os órgão competentes de saúde acerca da evolução das estratégias														
9	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional - atividades														

4.1.2.3 Comissão de Ética de Enfermagem

Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético, bem como garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

Constituição Básica

A Comissão será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO e terá como atribuições a fiscalização do exercício

SES 1498 RUBRICA PROTOCOLO

ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente.

Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, ficando a presidência ao Enfermeiro.

Atribuições Gerais

Atribui à Comissão de Ética de Enfermagem:

- Divulgar os compromissos da Comissão de Ética de Enfermagem;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas do exercício profissional, colaborando assim para com o Conselho Regional;
- Promover e fomentar a participação em congressos, feiras e seminários que objetivam a análise e discussão colegiada sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho regional, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ética profissional;
- Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na Instituição, sempre que necessário;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;

- Averiguar as denúncias ocorridas, notificando ao Conselho Regional todas as infrações éticas detectadas;
- Trabalhar junto à equipe de enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento ético-profissional, bem como sobre as implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- Solicitar assessoria da Câmara de Ética do COREN-GO, sempre que necessário.

Perfil do Cargo

O Presidente da CEE deverá pertencer ao corpo de enfermagem do **HUGO**, eleito por seus pares em eleição direta, não devendo estar exercendo a função de direção ou chefia de enfermagem, estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não apresentar condenação de qualquer natureza, devendo estar em dia com todas as suas obrigações junto ao COREN-GO.

Regimento Interno

Capítulo I: Da Definição

Artigo 1° - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do Serviço de Enfermagem do Hospital de Urgênciasde Goiânia – Hugo, é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

Capítulo II: Das Finalidades

Artigo 2° - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 168/93, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

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

Artigo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I. fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem da instituiçãoatravés da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.
II. divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
III. colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

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

Artigo 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Instituição será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem titular e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem suplentes.

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

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

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

Capítulo III: Das Competências

Artigo 8º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do HUGO tem por competência:

I. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do Exercício Profissional da Enfermagem;

122 1501 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

II. Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o Exercício Profissional;

III. Assessorar a Coordenação dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

IV. participar de estudos e projetos visando orientar os clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões Éticas;

V. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética;

VI. Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões Éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário;

VII. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;

VIII. Averiguar as denuncias ocorridas e notificar ao COREN-GO as infrações éticas detectadas;

IX. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO sempre que necessário;

X. Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN – GO.

Capítulo IV: Das Eleições

Artigo 9° - Os membros da Comissão de Ética serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Artigo 10° - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, comporta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

SES 3502 RUBRICA PROTOCOLO

Parágrafo 1° - Nas instituições que ainda não possuem a Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Coordenação dos Serviços de Enfermagem na Instituição.

Parágrafo 2° - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem.

Parágrafo3° - A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas.

Parágrafo4° - Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Artigo 11° - Somente poderão votar os profissionais regulamente inscritos no COREN-GO e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Artigo 12° - A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Artigo 13° - As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição até 02 (dois) fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Artigo 14° - Não serão computados as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Artigo 15° - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN-GO.

Capítulo IV: Das Disposições Gerais

1503
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 16º - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade.

Parágrafo 1° - As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato.

Artigo 17º- A ausência não justificada em mais de 03(três) reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Artigo 18º - A Coordenação dos Serviços de Enfermagem da Instituição garantirá ascondições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão deÉtica de Enfermagem.

Artigo 19º - A coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética.

Artigo 20º - Os casos omissos serão resolvidos pelo COREN - GO.

Artigo 21º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

125
3504
RUBRICA
PROTOCOLO

COMISSÃO - ETICA DE ENFERMAGEM

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012 ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	2013 JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento	■		■		■		■		■		■		■	
2	Divulgação do Código de Ética		■		■			■			■			■	
3	Elaboração de Relatórios	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	Desenvolvimento de Atribuições	■						■						■	
5	Promoção e Participação de Eventos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	Elaboração de Orientações aos Pacientes		■		■		■		■		■		■		■
7	Informar os cidadãos usuários	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8	Informar os órgão competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			■		■		■		■		■		■	
9	Monitoração de Denuncias e situações internas	■			■			■			■			■	

4.1.2.4 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Descrição da Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

Possibilita que a equipe de saúde possa levar a efeito sua responsabilidade de assegurar qualidade ótima na prestação de cuidados ao paciente.

A Comissão garante ainda, que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos pré-estabelecidos de complementação física (documentação anexa devidamente preenchida) e pertinência clínica (relevância ao caso específico).

SES
1505
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O Corpo Médico, por meio da Comissão, é responsável pela emissão de documentação adequada dos eventos médicos e dos registros dos demais membros da equipe, bem como conduzir revisão retrospectiva para apurar adequadamente a complementação dos registros de pacientes que já receberam alta, internados ou não.

A Comissão assessora o Diretor Geral no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento dos registros produzidos na assistência integral ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Consideram-se como registro produzido na assistência integral ao paciente, todas as informações a ele pertinentes, tomadas por qualquer membro da equipe de saúde e arquivadas em qualquer meio: papel, meio óptico, meio magnético, associações destes ou outros que venham a ser utilizados para esse fim.

Organização e Constituição Básica

Comissão multiprofissional constituída por profissionais de nível superior que atuem nas unidades afins do **HUGO**, com regimento próprio que defina o número de componentes, funções específicas, periodicidade de reuniões, forma de nomeação. As reuniões desta devem ser registradas em ata.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

Será composta por membros inclusive seu Presidente, designados pelo Diretor Geral, assim distribuído:

- 2 (dois) representantes da enfermagem;
- 2 (dois) representantes do corpo clínico;
- Responsável pelo Corpo Clínico;
- Médico responsável pelo Serviço de Anatomia Patológica;
- Responsável pelo Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;
- Médico responsável pelo serviço de Imagem;

SES
1506
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 1 (um) representante do Apoio Diagnóstico;
- 1 (um) representante do Apoio Terapêutico;
- Responsável do Serviço de Arquivo Médico;
- Responsável pela Unidade de Informações Estratégicas;
- Responsável pelo Serviço de Infecção Hospitalar e ou Presidente da CCIH.

Um membro desta Comissão, designado pelo Diretor Geral, será o Presidente, o qual será escolhido, preferencialmente, entre aqueles que já serviram à Comissão, em período não inferior a um ano. É desejável que o mesmo exerça suas funções em mandato de 2 anos consecutivos; prazo esse não prorrogável.

O Presidente poderá utilizar-se de subcomissões ou equipes de trabalho (interinas) onde estejam presentes pelo menos um membro da Comissão, um representante do Corpo Clínico e outro do Pessoal do Hospital objetivando desenvolver projetos especiais ou grupos de trabalho. Essas subcomissões poderão ter representação do Serviço de Assistência Social, Farmácia, Nutrição e outros, dependendo dos objetivos a serem atingidos.

Atribuições Gerais

Atribuições Gerais da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

- Elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes, destacando-se as referentes a: registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; formas e meios utilizados para o registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente e arquivamento e conservação das informações relativas aos pacientes.

SES 1507 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à guarda e à organização das informações relativas à assistência a pacientes.
- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em sistemas de informações sobre assistência a pacientes no âmbito hospitalar.
- Estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares.
- Desenvolver novos sistemas de informações sobre pacientes e a modificação dos sistemas já existentes, em quaisquer meio, condicionados à prévia aprovação da Comissão.
- Desenvolver e recomendar por escrito, ao Diretor Geral, as normas, padrões e critérios usados para medir a extensão em que se deve registrar acuradamente, os documentos de relevância clínica, a complementação, fatos médicos e pontualidade de registros no prontuário.
- Desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima.
- Transmitir a informação ao pessoal médico, incluindo-se os residentes e estudantes de medicina após inspeção, revisão e concordância com as práticas acima, as quais também se adaptam aos padrões e planos da Diretoria Geral.
- Inspecionar os prontuários de pacientes que receberam alta do Hospital no mês antecedente. Este procedimento é feito em base de avaliação, para com todos os prontuários, objetivando classificação dentro dos critérios de complementação e pontualidade.
- Inspecionar em todos os prontuários de pacientes que receberam altas dentro das seguintes categorias:diagnóstico incerto,discordância profissional quanto ao diagnóstico e falecimento.
- Estudar, registrar e transmitir a informação coletada, ao Diretor Geral, para traçar o trabalho clínico por meio de registros estatísticos sobre o tipo e resultado da dispensa de cuidados, tais como:Frequência de

SES 1509 FLS RUBRICA PROTOCOLO

consulta,Porcentagem de necropsias executadas,ocorrência de infecções e outras complicações.

- Rever prontuários julgados inaceitáveis para os padrões e critérios pré-estabelecidos, quer quanto a complementação, quer quanto a impontualidade de registro.
- Registrar em impresso resumo estas revisões com as ações tomadas e recomendações ao Diretor Geral, para ações saneadoras.
- Rever todos os impressos solicitados como parte permanente do prontuário. Esta revisão inclui prevenção de duplicação, uniformidade de apresentação e tamanho.
- Desenvolver uma lista de abreviações e símbolos, que aprovados poderão passar a fazer parte do prontuário.
- Recomendar ao Diretor Geral, ação disciplinar quanto aos prontuários que: Se encontramabaixo do padrão e critério estabelecido;Apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos.

Regimento Interno

CAPITULO I – DA MISSÃO

Artigo 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

I. O Paciente:como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência no **HUGO**; para um diagnóstico e tratamento mais seguros. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente
II. A Equipe de Saúde:como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado.
III. O Ensino e a Pesquisa:como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo

SES
1509
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

saúde-doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico).

IV. O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde- pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades; etc.

CAPITULO II - DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante noHUGO, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros Clínicos e técnicos utilizados na Unidade.

CAPITULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - À Comissão de Prontuários compete:

I. Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;
II. Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
III. Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;
IV. Analisar os impressos e sugerir modificações;
V. Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Artigo 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Artigo 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente,

SES
1510
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Artigo 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPITULO V - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
   a. Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
   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 do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
   d. Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção de competência.
   e. Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.
   f. Tipo de Alta.
II. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
III. Assessorar a Direção do Hospital, em assuntos de sua competência.
IV. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem do Hospital, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

132 SES 3511 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

V. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
VI. Desenvolver atividades de caráter técnico – cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

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

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade.

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente.

Parágrafo único **-** As atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia.
II. Receber e protocolar os processos e expedientes.
III. Lavrar a ata das sessões/reuniões.
IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
V. Organizar e manter o arquivo da comissão.
VI. Preparar a correspondência.
VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço.

133 SES 1512 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado

CAPITULO VI - DOS MEMBROS

Artigo 11º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

I. Presidente (representante médico);
II. Membros Titulares (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissionalde nível universitário);
III. Membros Suplentes (03 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionaisda equipe multiprofissionalde Nível Universitário);
IV. Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

Artigo 12º - Ao Presidente compete:

I. Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
II. Coordenar as reuniões da Comissão;
III. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
IV. Representar a Comissão;
V. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
VI. Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Artigo 13º- Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

I. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;
II. Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;
III. Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

SES 1513 FLS RUBRICA PROTOCOLO

IV. Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

V. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário;

Artigo 14º - Ao Membro representante apoio administrativo compete:

I. Redigir ata de reunião de forma clara;

II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

III. Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPITULO VII – DAS FUNÇÕES

Artigo 15º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Artigo 16º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo adeliberaçãoda maioria.

Artigo 17º - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Artigo 18º - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltasconsecutivas.

Artigo 19º - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Artigo 20º - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Artigo 21º - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução nº

SES 1514 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

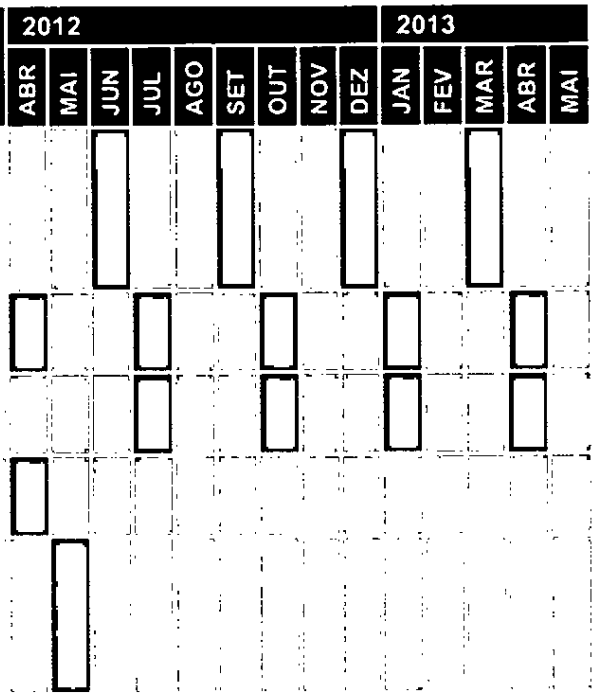
1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso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

CAPITULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22º - O presente Regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

COMISSÃO - ANALISE PRONTUÁRIOS

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES
1	Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros
2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas
3	Realizar Análise dos relatórios e dados fornecidos pela comissão
4	Levantamento de funções e requisitos de arquivamento
5	Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados



4.1.2.5 Comissão Multidisciplinar de Bioética

Descrição da Finalidade

O Comitê de Bioética será formado por um grupo multidisciplinar, com profissionais das mais diversas formações (psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, assistência social, fonoaudiologia, nutrição, dentre outros) e procurará analisar casos clínicos, em todos os seus aspectos e contextos, que

1515
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

apresentem dilemas éticos. Este grupo fará as reflexões e deliberações sobre as temáticas propostas, com embasamentos teóricos adequados e aprendidos, e emite o seu parecer ao nível de recomendações.

Constituição Básica

O Comitê Multidisciplinar de Bioética do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO será constituído por profissionais das áreas das ciências da saúde, humanas e sociais e pelo menos um representante da comunidade atendida pelo Hospital.

Regimento Interno

CAPÍTULO I - Do Regimento

Artigo 1º - O Comitê Multidisciplinar de Bioética doHospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO, doravante denominado também de Comitê de Bioética, respeitando o Estatuto e Regimento do Hospital e a legislação que regula a instituição, atuará de acordo com o estabelecido neste Regimento Interno.

CAPITULO II - Do Comitê

Artigo 2º - O Comitê de Bioética será um grupo multidisciplinar que se caracteriza por agregar profissionais de diversas áreas do conhecimento com as seguintes propostas:

I. 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;
II. Evidenciar,a Bioética, como um espaço não normativo, mas como um espaço de cooperação na avaliação da complexidade gerada pelas demandas, tanto éticas quanto morais, desencadeadas com o avanço

137
1516
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

técnico da medicina, que conferiu ao profissional de saúde um fo[illegible] poder de interferência na vida humana.

CAPITULO III - Dos Objetivos

Artigo 3º - O Comitê de Bioética do hospital tem por finalidades:

I. 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 profissões ligadas à área da saúde como conflitos de conduta, quando pelo menos dois caminhos técnicos 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).
II. 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.
III. 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 socioeconômicos 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

138 SES 1517 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 4º - O Comitê de Bioética terá a composição e coordenação a seguir descrita:

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 subsequente à aprovação de seu funcionamento.

CAPÍTULO V – Das Diretrizes e Metodologia

Artigo 5º - O Comitê de Bioética terá como diretrizes principais:

I. Ser um órgão consultivo e auxiliar, atuando junto aos profissionais e estudantes que mantém contato com pacientes;
II. Constituir um espaço de apoio aospacientes e familiares diante de conflitos éticos e decisórios.

Artigo 6º - A metodologia e a dinâmica de trabalho deverão compreender:

I. a clara apresentação dos fatos médicos envolvidos na situação formulando dilema(s), afastando conflitos pessoais ou legais;
II. 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;
III. 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

Artigo 7º - As reuniões do Comitê de Bioética serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês no sentido de favorecer a educação continuada e atualização dos membros componentes.

SES
1519
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 8º – 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 9º - As reuniões do Comitê serão realizadas com a presença mínima de um terço dos seus componentes.

Capítulo VII - Da Ética e da Privacidade

Artigo 10º - 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 11º- Não haverá remuneração para seus componentes, porém será configurado motivo justificado de afastamento do trabalho o horário destinado à reunião do grupo.

Capítulo IX – Das Disposições Finais

Artigo 12º– Os casos não contemplados neste regimento serão analisados e decididos em reunião do Comitê.

Artigo 13º- A proposta de Regimento Interno do Comitê de Bioética do será apresentada, apreciada e votada em reunião de seus membros.

SES
1519
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

COMISSÃO – BIOÉTICA

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento														
2	Criação da Comissão Multidisciplinar de Bioética														
3	Oferecer consultoria a todos os profissionais e pacientes, ou seus representantes, quando necessitarem que um conflito de natureza moral seja equacionado														

4.1.2.6 Comissão de Verificação de Óbitos

Descrição da 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 direção Geral do Hospital.

Constituição Básica

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro e com representantes entre os seguintes serviços:

- Anestesiologista
- Unidade de Terapia Intensiva
- Patologia
- Pronto Atendimento
- Serviço de Clínica Médica
- Serviço de Cirurgia
- Especialidade definida a critério da Diretoria
- Serviço de Enfermagem
- Serviço de Assistência Social
- Serviço de Psicologia
- Serviço de Faturamento

SES
1520
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Atribuições Gerais

Compete à Comissão de Verificação de Óbitos a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

Regimento Interno

Capítulo I - DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - As finalidades da Comissão: Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Capítulo II - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Artigo 4º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil no hospital:

- Anestesiologista
- Unidade de Terapia Intensiva
- Patologia
- Pronto-Atendimento
- Serviço de Clínica Médica
- Serviço de Cirurgia

SES
1521
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Especialidade definida a critério da Diretoria
- Serviço de Enfermagem
- Serviço de Assistência Social
- Serviço de Psicologia
- Serviço de Faturamento

Artigo 5º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital.

Artigo 6º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

Artigo 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 8º - O presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

Capitulo III - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Artigo 10º-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.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

SES
1522
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 12º - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - 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.

Paragrafo único **-** Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais capacitados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º- As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 15º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 16º- Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, sempre que necessário, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico ou Clínico, Presidente ou Vice Presidente.

Artigo 17º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

Capitulo IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - São atribuições da Comissão de Óbitos:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativosaos óbitos que lhe forem enviados;
II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

SES
1523
FLS:
RUBRICA
PROTOCOLO

IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

IX. Zelar pelo sigilo ético das informações;

X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de

XI. Ética Médica ou outro serviço interessado;

XII. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;

XIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

XIV. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 19º - São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Indicar seu Vice-Presidente;

III. Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

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

V. Fazer cumprir o regimento.

Artigo 20º - 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.

145
1524
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 21º - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;
II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
V. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
VI. Preparar a correspondência;
VII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Capitulo V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

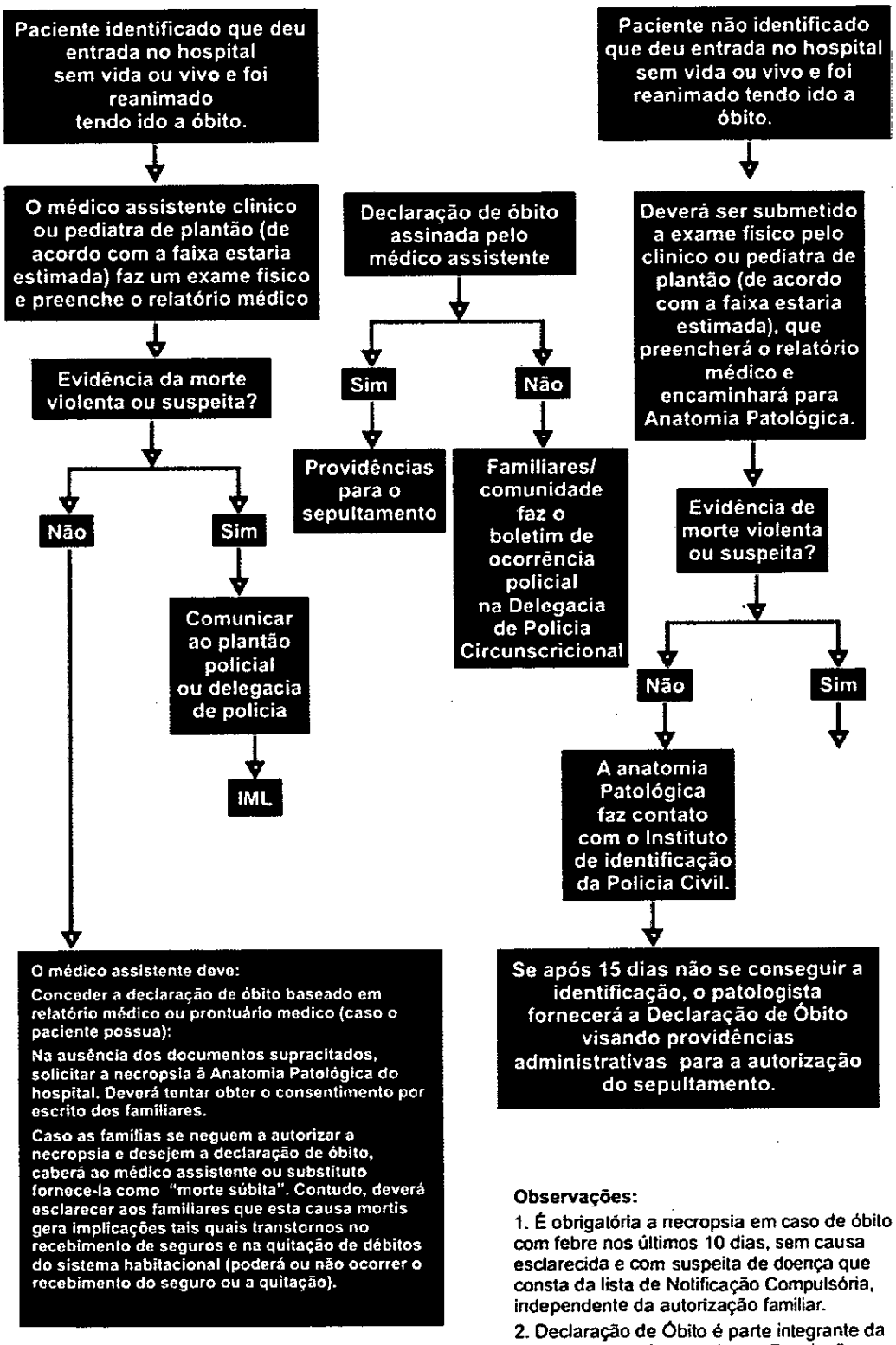
Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com as diretorias do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Artigo 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Artigo 24º - O presente regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

1525
RUBRICA
PROTOCOLO

Fluxograma: Procedimentos Relativos à Declaração de Óbitos:



Observações:

1. É obrigatória a necropsia em caso de óbito com febre nos últimos 10 dias, sem causa esclarecida e com suspeita de doença que consta da lista de Notificação Compulsória, independente da autorização familiar.
2. Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica, conforme Resolução CFM nº 1799/2005.

SES 1526 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

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

COMISSÃO - VERIFICAÇÃO OBITOS

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	■			■				■		■			■	
2	Reuniões	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3	Apreciação de Meta Pré-determinadas			■			■			■			■		
4	Assessoramento Diversos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5	Elaboração de Relatórios	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6	Encaminhamento de Relatórios	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.2.7 Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único.

Descrição da Finalidade

Comissão responsável pela discussão de normas e rotinas do Protocolo de Reprocessamento (procedimentos que permitem a reutilização de materiais após sua esterilização) e definição de medidas a serem tomadas de acordo com as normas vigentes que são estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A Comissão também estabelece a lista de materiais definidos como de uso único e que são proibidos de serem reprocessados. Todas essas medidas contribuem para garantir a segurança de pacientes e profissionais do Hospital.

Os mecanismos de controle de infecção foram evoluindo ao longo do tempo e os processos de limpeza foram aperfeiçoando-se, adquirindo critérios técnicos fundamentados no modo de transmissão das doenças e nos princípios de assepsia.

1527
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

A Comissão interage com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, com a Central de Material e Esterilização, Serviço de Higienização e Limpeza e Serviço de Processamento de Roupas (Lavanderia) quanto à:

- Indicação e Avaliação dos produtos que serão utilizados nas atividades destes serviços, em função da eficiência e eficácia, considerando a documentação exigida pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- Participação no processo de elaboração e atualização dos Manuais Operacionais Padrões para estes setores, visando assegurar o cumprimento das normas decontrole de infecção hospitalar;
- Orientação técnico-científica dos supervisores, de forma a garantir a implantação das normas e rotinas elaboradas para estes setores;
- Participação do programa de treinamento destas equipes de forma a garantir o cumprimento das normas e rotinas.

Constituição Básica

A Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único será composta por equipe contendo, no mínimo, profissionais indicados pela Direção do Hospital, das seguintes unidades: Diretoria, SCCIH, Farmácia, Enfermagem,Suprimentos, Engenharia Clínica e Unidade de Saúde do Trabalhador.

O Regimento Interno

O Regimento Interno da referida Comissão deverá ser elaborado em parceria com a CCIH. Deverá ser elaborado com os seguintes Princípios e Diretrizes:

I. Conceitos de Assepsia e Antissepsia

1. Assepsia:

É o conjunto de medidas que permitam manter um ser vivo ou meio inerte, isento de bactérias.

528
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Procedimento Asséptico: procedimento realizado com o emprego de um conjunto de medidas utilizadas para impedir a penetração de micro-organismos (contaminação) em local que não os contenha.

2. Antissepsia:

É o processo de eliminação ou inibição do crescimento dos microrganismos na pele emucosas. Realizada através de antissépticos bactericidas (destrói as bactérias nas formas vegetativas) ou bacteriostáticos (inibem o crescimento das bactérias).

Refere-se à desinfecção de tecidos vivos com antissépticos:

- Antissepsia cirúrgica das mãos: é o processo que remove e destrói microrganismos transitórios, e reduz a flora residente das mãos dos profissionais que atuarão no campo operatório;
- Degermação: remoção ou redução de bactérias da pele por limpezas mecânicas e agentes químicas (antisséptico com sabão);
- Cuidados na Conservação dos antissépticos: proteger as soluções da exposição à luz solar direta ou à temperaturas elevadas; fracionar as soluções em pequenos frascos, possibilitando individualização do uso e consumo rápido do produto; estabelecer rotinas de troca (esvaziamento, limpeza e desinfecção) de almotolias reenvasáveis, identificando-as com tipo de antisséptico e data do envase.

II. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos:

A Central de Material e Esterilização – CME será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos.

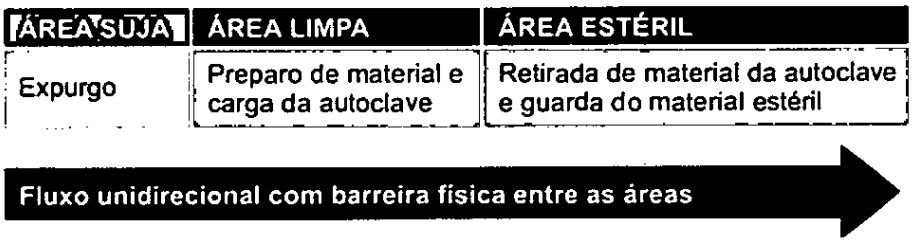
Portanto, todos os instrumentais cirúrgicos a serem utilizados nos procedimentos realizados na instituição, deverão ser esterilizados por este setor.

1. Dinâmica e Fluxo na Central de Material e Esterilização:

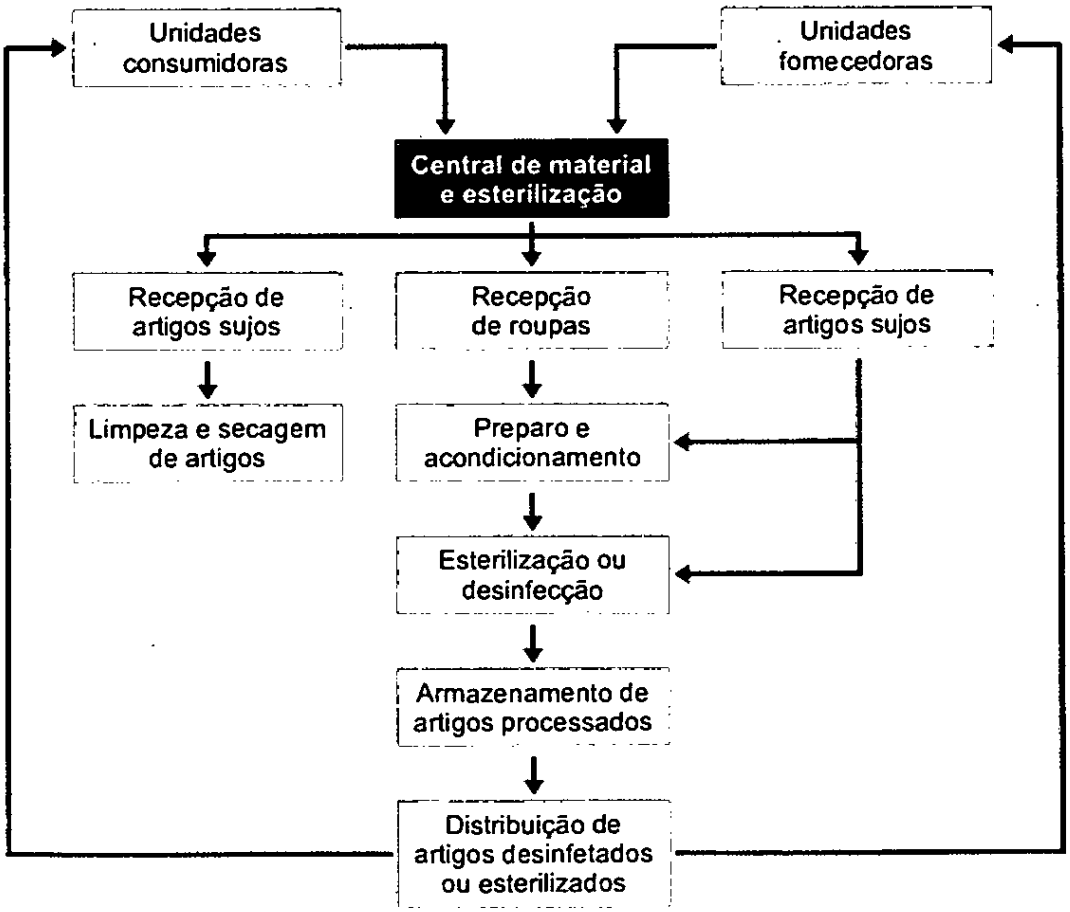
150
SES
1529
RUBRICA
PROTOCOLO

A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, comotambém impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

Fluxograma 01
Fluxo unidirecional da CME



Fluxograma 02
Fluxo unidirecional dos artigos na CME



1530
RUBRICA
PROTOCOLO

2. Processo de Limpeza: O processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies, deve ser realizado imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

- Sabão Neutro: facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza.
- Sabão Enzimático: remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos.
- Desincrustante: proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

3. Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos artigos (exceto os microorganismos esporulados).

3.1. Tipo de Desinfecção:

- Baixo Nível: é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa microrganismos resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;

  * Álcool 70%: desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível.*

- Médio Nível (Intermediário): tem ação virucida, bactericida para formavegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;

1531
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

* Hipoclorito de sódio a 1%: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;

- Alto Nível: destroem todas as bactérias vegetativas,microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos.

  * Glutaraldeído: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;

  * Ácido Peracético: desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível*;

3.2. Critérios de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de artigos, segundo Spaulding, 1968:

- Artigos críticos: penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;
- Artigos semicríticos: destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);
- Artigos não críticos: artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

4. Esterilização:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes.

4.1 Reprocessamento: É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção, esterilização.

Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o artigo; identificação do artigo que foi

1532
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

reprocessado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

4.2 Reesterilização:

É o processo de artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida;

4.3. Tipos de Esterilização:

- Esterilização Física / Autoclave: Processo de esterilização que utiliza altas temperaturas de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia.

Devem ser esterilizados por este processo todos os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);

- Esterilização Química: É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termossensíveis.

Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);

- Esterilização Físico-Química / Óxido e Etileno: é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termossensíveis que não podem passar por esterilização química).

4.4. Validade da Esterilização:

- Papel Crepado: 30 dias;
- Papel grau cirúrgico: 02 anos (ou de acordo com a validação do fabricante);

154
1533
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Tecido: 07 dias (em autoclave);
- Saco plástico / tecido: 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);
- Tecido: imediato (esterilização química de material cirúrgico).

5. Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos).

Os artigos de uso único não são passíveis de reesterilização e, portanto sua reutilização é proibida (Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nkº 2605/2006 ANVISA/MS).

5.1. Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;
- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial;

5.2. Lista de Produtos Médicos de Uso Único: *(Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).*

- Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
- Aventais descartáveis;
- Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
- Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade);
- Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;

155 SES 1534 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Bolsas de sangue;
- Bomba centrífuga de sangue;
- Bomba de infusão implantável;
- Campos cirúrgicos descartáveis;
- Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
- Cateter de Balão Intra-aórtico;
- Cateter epidural;
- Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
- Cateter para oxigênio;
- Cateter para medida de débito por termodiluição;
- Cateter duplo J, para ureter;
- Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
- Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
- Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
- Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
- Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
- Compressas cirúrgicas descartáveis;
- Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
- Dique de borracha para uso odontológico;
- Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
- Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
- Drenos em geral;
- Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
- Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise,de irrigação e aspiração oftalmológicas;
- Esponjas Oftalmológicas;
- Expansores de pele com válvula;
- Extensões para eletrodos implantáveis;
- Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
- 34 Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
- Filtros de linha para sangue arterial;
- Filtros para cardioplegia;

SES 1535 RUBRICA PROTOCOLO

- Filtros endovasculares;
- Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
- Geradores de pulso implantáveis;
- Hemoconcentradores;
- Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
- Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
- Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
- Lancetas de hemoglicoteste;
- Lentes de contato descartáveis;
- Luvas cirúrgicas;
- Luvas de procedimento;
- Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
- Oxigenador de bolhas;
- Oxigenador de membrana;
- Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
- Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, digestiva,neurológica, odontológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular.
- Punch cardíaco plástico;
- Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiotomia;
- Sensor débito cardíaco;
- Sensores de Pressão Intra-Craniana;
- Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico
- Sondas de aspiração;
- Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo bouché;
- Sondas retais;
- Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
- Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;

SES
1536
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
- Cúpula isoladas para transdutores de pressão sanguínea;
- Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
- Tubo de coleta de sangue.

6. Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

- Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não armazená-los em baixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;
- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dosque irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;
- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);
- Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;
- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O2);
- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;
- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverão ser encaminhados ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);
- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; Se contaminados deverão ser desprezados;

158
SES
1537
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:
  - Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);
  - Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril(enfermeiro ou médico);
- Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado;
- Armazenaradequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsitode material estéril pelo hospital, quando buscá-los na CME;
  - Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso):

    * Horário de Funcionamento do Expurgo: 10 h – 11h30; 13h – 14h; 16h – 18h; 24h – 1h; 05h 30 – 06h40.

    * Coleta de Material:

      - Unidades de Internação (comadres, compadres e bacias): 10h e 17h;
      - Centro Cirúrgico: 10h, 13h, 16h e 17h.

SES 1538 FLS RUBRICA PROTOCOLO

BOX 1

ARTIGO	INTERVALO DE TROCA	OBSERVAÇAO
Aparelhos de teste de função pulmonar ("pulmãozinho")	Quando houver risco de contato com secreção	Lavar com água e sabão, enxaguar e secar; Proceder fricção com álcool a 70%.
Ambús	Após cada procedimento e a cada 24h para o mesmo paciente.	Lavar com água e sabão, enxaguar e secar; Desinfecção por 10 min. de imersão em Ácido Peracético.
Umidificadores de O2 (de parede)	Após cada paciente e a cada 24h	Lavar com água e sabão, enxaguar e secar; Desinfecção por 10 min. de imersão em Ácido Peracético
Kits para aerossóis	A cada procedimento	Lavar com água e sabão, enxaguar e secar; Desinfecção por 10 min. de imersão em Ácido Peracético.
Cateter nasal e sonda de Aspiração Cânula de intubação	Descartável	-
Máscara de 02 (macronebulização)	Após cada paciente e a cada 24h	Lavar com água e sabão, enxaguar e secar; Desinfecção por 10 min. de imersão em Ácido Peracético.

160 SES 1539 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

BOX 2

TIPO DE CATETER	TEMPO DE PERMANÊNCIA	OBSERVAÇAO
Intracath	Sem troca programada ou quando com sinais de infecção do local de inserção	Se inserido em emergência, com quebra de técnica asséptica, remover em até 48 horas. Passar outro.
Percutâneo (PICC – Cateter central de inserção percutânea periférica)	Sem troca programada. (estima-se de 06 a 08 semanas)	-
Intracath com acesso por Flebotomia	Adultos 04 a 05 dias. Crianças, na suspeita de complicações.	Frequentes complicações, devendo ser evitado.
Cateter venoso central para Hemodiálise	Sem troca programa (03 semanas para FAV)	Colocado para aguarda a Fístula. Arterio- Venosa/FAV.
Cateter venoso central de Implante Cirúrgico.	Sem troca programada	-
Cateter de Swan Ganz (monitorização hemodinâmica)	07 dias	O risco de infecção aumenta a partir do 5º dia.
Cateter Arterial Periférico	96 horas (04 dias)	Trocar também transdutor, colher sangue por esse acesso.
Cateter venoso periférico em adultos (jelco, abocath).	72 horas (03 dias) rodízio da punção	Quando inserido em situação de emergência, com quebra de técnica asséptica, remover em até 48 horas.
Cateter venoso periférico em crianças	Trocar o cateter apenas se ocorrer complicação, como flebite.	Lavar com água e sabão, enxaguar e secar; Desinfecção por 10 min. De imersão em Ácido Peracético.

161
SES
1540
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

BOX 3

MATERIAL	INTERVALO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Equipo (macrogotas, microgotas) Polifix, torneirinha (three-way)	72 horas	Trocar em intervalo menor se houver sujeira visível
Equipo PVC.	72 horas	Utilizar máscara e luva estéril para manipular o sistema. Manter a ponta protegida
Equipo para bomba de infusão e/ou para dieta enteral.	72 horas	Intervalo recomendado pelo fabricante, devido desgaste do látex.
Equipo para administração de soluções lipídicas, NPP ou hemoderivados.	A cada infusão	Infundir emulsões em até 12 horas, e NPP em até 24 horas a partir da instalação.
Equipo para administraçã intermitente de medicamentos (ex. antibióticos)	Trocar a cada dose, ou a cada 24 horas ou menos.	É questão não resolvida na literatura. Se for manter o equipo deixar o frasco vazio da medicação anterior para proteger o sistema até a próxima medicação.

SES 1541 RUBRICA PROTOCOLO

BOX 4

MATERIAL OU EQUIPAMENTO	TEMPO DE TROCA	OBSERVAÇÃO
Sonda Vesical de Demora	Sem troca programada	Trocar todo o sistema se obstrução do sistema ou tubo coletor, violação ou contaminação do sistema, mau funcionamento do cateter, sinais de infecção urinária, febre sem outro foco, sondagem em outro hospital sem rótulo e/ou sinais de infecção.
Sonda Nasoentérica	Sem troca programada	Interromper a nutrição enteral o mais precocemente possível. A sonda pode ser desinfetada para o mesmo paciente (desprezar se observado incrustamento de sujidade).
Sonda Nasogástrica	Sem troca programada	Uso breve (esvaziamento ou lavagem gástrica). Para dieta preferencialmente SNE.
Comadres e Compadres	A cada 24h	Se presença de fezes ou secreções nas comadres encaminhar ao expurgo, fornecendo outra estéril para o paciente.
Jontex	A cada higiene corporal e sempre que necessário	Atentar para a fixação do jontex, evitando garroteamento do pênis.
Vidro de Diurese	A cada paciente ou a cada 24h	Colocar data no vidro antes de entrega-lo ao paciente.
Bandejas e Cubas	A cada 24h e sempre que necessário	Durante o serviço diurno.
Seringas Descartáveis	A cada uso	Trocar a seringa a cada: preparo e administração de medicamentos; limpeza de SNG ou SNE.

Os materiais com rotina de troca a cada 24h serão trocados pelo plantão diurno no período vespertino, às 16 horas.

III. Limpeza, desinfecção de ambientes:

163 SES 1542 RUBRICA PROTOCOLO

1. Classificação das Áreas Hospitalares:

Para facilitar o discernimento entre a necessidade de limpeza ou desinfecção, o ambiente hospitalar foi classificado de acordo com o risco de contaminação em áreas:

- Críticas, Semicríticas e Não-Críticas.

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:

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

1.2. Áreas Semicríticas:

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

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

164 SES 1543 RUBRICA PROTOCOLO

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.

1.4. Frequência da Limpeza:

- Em áreas críticas, duas vezes ao dia (ao iniciar os plantões) e quando necessário;
- Em áreas semicríticas uma vez ao dia e quando necessário;
- Em áreas não críticas uma vez ao dia e quando necessário;

2. Limpeza e Desinfecção de Ambiente:

É importante diferenciar os termos limpeza e desinfecção, para evitar confusões que possam comprometer o processo de desinfecção.

- Limpeza/lavagem: é a remoção de sujidade do piso, de paredes, teto, mobiliário e equipamentos, utilizando-se água e detergente. Esse processo é fundamental para que a desinfecção se processe adequadamente. A limpeza mecânica com detergente elimina 80% dos microrganismos e os desinfetantes químicos eliminam cerca de 90% a 95% destes.
- Desinfecção: é o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos.

SES
1544
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1. Tipos de Limpeza:

- Limpeza Concorrente: é realizada diariamente, ou quando necessário, em todas as unidades, inclusive na presença de pacientes.
- Limpeza Terminal: é realizada após alta, óbito ou transferência do paciente. Tem por finalidade a redução da contaminação do ambiente, bem como a preparação segura e adequada para receber um novo paciente.

2.2. Tipos de Desinfecção:

- Desinfecção Concorrente: é realizada após contaminação com material orgânico (fezes, urina, vomito, sangue, secreções), antecedendo a limpeza das superfícies.
- Desinfecção Terminal: é realizada após limpeza terminal quando da alta, óbito ou transferência do paciente.

2.3. Soluções para Desinfecção de Superfície

Álcool a 70% (Usado pela Equipe de Enfermagem).

- O álcool a 70% é utilizado na Desinfecção Concorrente ou Terminal da unidade do paciente, devendo ser realizada pelo pessoal da enfermagem;
- Na desinfecção terminal da unidade do paciente o álcool a 70% deverá ser usado após limpeza terminal realizada pelos funcionários do SHL;
- O álcool a 70% é utilizado para desinfecção de equipamentos, bancadas, macas, superfícies metálicas e etc.

Hipoclorito de sódio a 1%

- É utilizado na desinfecção terminal e Concorrente de pisos, paredes e banheiros, não devendo ser utilizado em artigos metálicos;
- É utilizado na desinfecção terminal após a limpeza terminal;
- O Hipoclorito é utilizado na Desinfecção Concorrente ou Terminal das Áreas Críticas e Semicríticas.

1545
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

COMISSÃO - USO E REUSO DE MATERIAIS

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012 ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	2013 JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento														
2	Criação da Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único														
3	Implementação do Regimento Interno														
4	Auditoria de Limpeza, Desinfecção e Esterilização														
5	Implementação de Indicadores														
6	Auditoria de Indicadores														

4.1.2.8 Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia

Descrição da Finalidade

Integrar e articular todos os departamentos do hospital no que concerne ao uso e manipulação de sangue e seus derivados e coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue bem como investigação e auditorias pertinentes, com os seguintes objetivos:

- Monitorar atividades hemoterápicas do **HUGO**, conforme dispositivos legais;
- Promover integração entre Hemoterapia, demais setores e profissionais;
- Educar as equipes e profissionais para o bom andamento do serviço;
- Proporcionar segurança ao paciente e às equipes;
- Produzir, disponibilizar e distribuir todas as informações necessárias sobre Hemoterapia.

Constituição Básica

A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Clínico

SES
1596
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Medico Hematologista, Medico Intensivista, Medico da Clinica Cirúrgica e Enfermeiro.

Regimento Interno

CAPÍTULO I: CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGOé de natureza técnica científica permanente.

Artigo 2º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia tem por finalidadecoordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue ehemoderivados no hospital, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II: ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I: COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Artigo 3º - 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. (um) representantes da área de Hematologia e Hemoterapia
II. (um) representante da Comissão Ética de Enfermagem
III. (um) representante da Comissão Ética deMédica
IV. (um) representante do **IGES**

Artigo 5º - O Presidente será um dos representantes da área de

SES 1547 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Hematologia e Hemoterapia do **HUGO**.

Artigo 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros da Comissão.

Artigo 7º - O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único – As designações serão referendadas pelo Conselho

Deliberativo.

Artigo 8º - O Diretor Clínico, por indicação da Comissão, poderá promover a substituição dos integrantes da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia.

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 de Urgências de Goiânia.

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 infraestrutura necessária.

169 SES 1548 FLS RUBRICA PROTOCOLO

SEÇÃO II

FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia 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.

Parágrafo 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 quórum em cada sessão antes de cada votação.

Parágrafo 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Parágrafo 4º - As deliberações da Comissão de Hemoterapia serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

Parágrafo 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.

Parágrafo 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.

Parágrafo Único – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, para execução de suas atividades poderá instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional.

SES 1549 RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo 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 Intra-hospitalar de Hemoterapia ou por membro designado.

Artigo 16º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronogramae sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 17º – 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.

COMISSÃO – HEMOTERAPIA

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012 ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	2013 JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Implementação de novas rotinas para a coleta e descarto das bolsas transfundidas com segurança														
2	Elaboração de impresso específico para reserva de Hemocomponentes e compatibilidade sanguínea														
3	Treinamento continuado para os colaboradores da Agência Transfusional, bem como todos os profissionais do HUGO														

155
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

4.1.2.9 Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

Descrição da Finalidade e Competências

Atuar como órgão consultivo e deliberativo sobre insumos e condutas em Terapia nutricional.

I. Compete a Comissão de Suporte Nutricional Enteral:

- 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.

II. Compete Comissão de Suporte Nutricional Parenteral:

- 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.

1551
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Constituição Básica

A constituição da comissão contemplará no mínimo um profissional das categorias relacionadas: Médico Clínico, Pediatra, Gastrocirurgião, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo.

Poderão participar também outros profissionais da direção do **HUGOe** da Coordenação Executiva do **IGES.**

Regimento Interno

Capitulo I - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 1º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 2º - O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído.

Artigo 3º - 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. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 4º - 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.

Paragrafo único - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 5º - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos, sempre que necessário, que exijam discussões emergentes ou

SES 1552 FLS RUBRICA PROTOCOLO

urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

Capítulo II - ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º - São atribuições da Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral:

I. Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;
II. Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN (Serviço de Terapia Nutricional) ou demais serviços ligados a assistência do paciente em TN (Terapia Nutricional), promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;
III. Avaliar os insumos de TN (Terapia Nutricional), 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;
IV. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
V. Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;
VI. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o
STN;
VII. Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;

Artigo 8º - São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;
II. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;

PROTOCOLO 155 FLS RUBRICA

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;
IV. Fazer cumprir o regimento.

Artigo 9º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Paragrafo único - São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;
II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
VI. Preparar a correspondência;
VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Capítulo III - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 11º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto entrará em vigor após sua aprovação.

SES 1554 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

COMISSÃO - ENTERAL E PARENTERAL

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Implantar um sistema de controle uso de dietas														
2	Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitem de Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral (TN)														
3	Criar programas de educação continuada visando capacitar recursos humanos direta ou indiretamente envolvidas com a aplicação do procedimento.														
4	Estabelecer auditorias periódicas, a serem realizadas por um dos membros da Comissão, visando a verificação do cumprimento e do registro dos controles e avaliação da TN														
5	Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.														
6	Possibilitar treinamento dos profissionais envolvidos; Coletar dados e criar indicadores que facilitem a avaliação do desempenho desse grupo; e atender exigências legais														
7	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas														

SES 1555 Fls RUBRICA PROTOCOLO

4.1.2.10 Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos.

Descrição da Finalidade

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos é uma comissão permanente, de assessoramento e de orientação normativa, estando operacionalmente vinculada a Direção Técnica do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e Equipamentos utilizados no HUGO, garantindo o que é utilizado no hospital estãode acordo com asregulamentaçõesda Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Material Médico – Hospitalar: os artigos de consumo implantáveis, órteses, próteses, artigos descartáveis, produtos químicos, instrumental médico cirúrgico de pequeno porte, e todo aquele que forem utilizados e seguirem com o paciente ou forem descartados após o uso.

Material Permanente: todo materialque tiver como característica a perenidade e que possa em razão de sua estrutura receber no seu corpo placa de número de Patrimônio estando dentro deste conceito como exemplo, móveis, automóveis, computadores, aparelhos médicos, etc.

A comissão de Padronização de Materiais / Medicamentos e Equipamentos visa identificar e simplificar materiais, reduzindo variedades, eliminando excessos e alcançandoeconomicidade. A diversidade em relação aos tipos, qualidade e ao grande número de fornecedores e fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha, o controle de qualidade e administração destes, acarretando aumento de custo.

Vários segmentos têm-se preocupado com o estabelecimento de atividades que proporcionem o **uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar**. A política do uso racional de medicamentos deve ser implementadaacompanhada de elaboração de revisão de uma padronização de medicamentos. O processo

177 SES 1556 FLS RUBRICA PROTOCOLO

de seleção de medicamentos em um hospital deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional, eficiente e de menor custo.

Constituição Básica

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos será composta por equipe contendo, no mínimo, profissionais indicados pela Direção do Hospital,das seguintes unidades: Diretoria, SCCIH, Farmácia, Enfermagem,Suprimentos, Engenharia Clínica e Unidade de Saúde do Trabalhador e por profissionalindicado pela Coordenação Geral do **IGES.**

Regimento Interno

Capítulo I - COMPETENCIAS

Artigo 1º. Os membros da Comissão desenvolverão seus trabalhos com o auxílio dos técnicos das unidades relacionadas aos medicamentos, insumos, equipamentos e mobiliários sob avaliação, desenvolvendo, se o caso, ações conjuntas com estes.

Artigo 2º.São competências exclusivas da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários:

2.1. Padronizar os medicamentos pelo princípio ativo, conforme Determinação.

Brasileira e de valor terapêutico comprovado, excluindo-se sempre que possível às associações.

2.2. Padronizar as formas farmacêuticas, apresentações e dosagens, considerando:

- A comodidade para administração a pacientes,
- A facilidade para cálculo de dose a ser administrada e,
- A facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses.

2.3. Padronizar materiais de consumo hospitalar sempre pela descrição genérica e detalhada do item;

SES 1557 FLS RUBRICA PROTOCOLO

2.4. Assegurar a qualidade considerando o menor custo diário e total do tratamento, resguardada a qualidade, bem como a facilidade na aquisição, armazenamento, dispensação e controle;

2.5. Elaborar a lista de medicamentos, materiais de consumo hospitalar e equipamentos médico-hospitalares padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

2.6. Rever e atualizar periodicamente a lista de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares padronizados;

2.7. Analisar a relação custo/benefício nos processos de inclusão e exclusão de medicamentos e produtos afins da padronização;

2.8. Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos a medicamentos e materiais incluídos ou excluídos da padronização;

2.9. Estabelecer critérios para a inclusão e exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares na padronização;

2.10. Auxiliar nafármacovigilância dos medicamentos, juntamente com as áreasenvolvidas, visando obter dados farmacológicos e clínicos relativos aos novosmedicamentos ou agentes terapêuticos propostos para uso no hospital;

2.11. Avaliar impacto financeiro da inclusão ou exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos nas despesas hospitalares;

2.12. Estabelecer o uso de Protocolos de Consenso Clínico para medicamentos e materiais de alto custo, quando necessários.

Capítulo II - COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 3º. Os membros e o coordenador da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários serão indicados pela Diretoria do Hospital, nomeados através de Portaria, da Coordenação Executiva do **IGES** para mandatos de 02 (dois) anos, renováveis por mais 01 (um) período.

SES
1558
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Parágrafo único - A Coordenação da Comissão caberá ao representante da Diretoria do HUGO.

Artigo 4º - A Comissão realizará reuniões fixas bimestrais, ou sempre que necessário através de convocação extraordinária contendo a data da reunião e pauta.

Parágrafo único - Será lavrada Ata de toda reunião realizada, arquivadas em pasta própria.

Artigo 5º. As solicitações de padronização de medicamentos, insumos, equipamentos ou materiais devem ser efetuados através de impresso próprio.

Artigo 6º. A Coordenação da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários definirá o prazo para emissão de pareceres, seguindo critérios de prioridade e complexidade.

Capítulo III - DISPOSIÇOES GERAIS

Artigo 7º. O parecer exarado pela Comissão de Padronização de Medicamentos,

Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários será encaminhado para a Diretoria Técnica ou Administrativa para ratificação.

Artigo 8º. O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação.

SES 1559 FLS RUBRICA PROTOCOLO

COMISSÃO – PADRÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTO MEDICO

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012 ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	2013 JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Verificar a margem de segurança do estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores e secundários e outros														
2	Verificar o registro de detecção, avaliação, o provenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos;														
3	Verificação da prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição														
4	Inspecionar a quantidade, condições do uso, período de funcionamento e suficiência dos equipamentos, para suprir a demanda do Hospital de Urgência de Goiânia														
5	Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico.														
6	Garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.														

SES
1560
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

4.1.2.11 Comissão de Residência Médica

Descrição da Finalidade

A Residência Médica é um treinamento em serviço, sob preceptoria, que qualifica em especialidades, após duração media de 02 anos, os profissionais médicos.

Público Alvo: Médicos Residentes.

O HUGO continuará a cumprir seu papel na formação de recursos humanos para atuação na área da Saúde.

Os Programas de Residência Médica - PRM são reconhecidos pelo Ministério da Educação-MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e estão funcionando:

Número de vagas por especialidade

ESPECIALIDADES	NÚMERO DE VAGAS
Clinica Medica	10
Geriatria	4
Neurologia	2
Cardiologia	2
Ortopedia	4
Cirurgia Geral	5
* Medicina Intensiva	2
TOTAL	29

* O processo encontra-se em tramitação.

SES
1561
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Equipe de Preceptores: carga horária 20 horas

ESPECIALIDADES	NÚMERO DE VAGAS
Clinica Medica	5
Geriatria	4
Neurologia	2
Cardiologia	5
Ortopedia	13
Cirurgia Geral	13
Medicina Intensiva	1
TOTAL	43

Os preceptores são médicos selecionados e contratados pela SES-GO, preferencialmente mestre, doutor ou especialista em sua área profissional.

Constituição Básica

A Comissão de Residência Médica - COREME é formada por um coordenador geral, os supervisores dos diversos Programas de Residência Médica, e o representante dos médicos residentes, eleito pelos próprios residentes.

Os requisitos para Residência Médica e o número de vagas já estão aprovados no HUGO.

Regimento Interno

CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO

Artigo 1º - A Residência Médica é uma modalidade de Ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, regime de 60 (sessenta) horas semanais, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, para o exercício de uma determinada especialidade.

I. O programa de residência a que se refere o Artigo 1º e a concessão do título de especialista deverá obedecer rigorosamente à Lei no. 6.932 e às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e às normas da Lei de Residência Médica.

Artigo 2º - Os programas da Comissão de Residência Médica do HUGO obedecem rigorosamente à Lei no. 6.932, de 07/07/81 – atividades de médico residente, às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, e aos Regulamentos estabelecidos pela Comissão Estadual de Residência Médica e Secretaria de Estado da Saúde.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

Artigo 3º - Oferecer Programas de Residência Médica/PRM aos graduados em Medicina pelas escolas médicas do país e do exterior reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura/MEC, conforme Resolução CNRM nº 04/2007.

Artigo 4º - Desenvolver o aprendizado teórico-prático em especialidades médicas,conforme as normas pertinentes e atividades necessárias ao atendimento assistencialdemandado pelos usuários do SUS.

Artigo 5º - Desenvolver atividades teóricas – complementares: sessões anátomoclínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínica-radiológicas, sessões clínicas laboratoriais, cursos, palestras e seminários com temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística.

CAPÍTULO III – DA COORDENAÇÃO

Artigo6º - A residência do Hugo é coordenada pela Diretoria Geral e Comissão de Residência Médica – COREME, sendo esta composta por:

- Coordenador
- Vice Coordenador
- Secretário
- Supervisores das Clínicas
- Representantes dos Residentes

I. A COREME será formada por membros do corpo clínico da respectiva Unidade, de elevada competência ética e profissional, portadores de

184 SES 1563 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes.

II. A COREME será coordenada por um dos seus membros, integrante do corpo clínico da respectiva Unidade, eleito por seus pares, em escrutínio direto e secreto, e representa os médicos residentes perante a Diretoria Geral do Hugo, à Coordenação Nacional da Comissão de Residência Médica e à Comissão Estadual de Residência Médica, com mandato de 2 (dois) anos, podendo haver recondução por mais 2 dois) anos.

III. As eleições deverão ser realizadas entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias antes do término do mandato.

IV. Os Supervisores e Preceptores são membros docentes responsáveis pela orientação dos médicos residentes no cumprimento do Programa de Residência Médica/PRM, e os representam perante a Chefia da Clínica e ao COREME.

V. Os Supervisores são indicados pelo Chefe da Clínica em conjunto com as Diretorias, Geral e Técnica, da respectiva Unidade, e aprovados pela COREME.

VI. Os Preceptores são indicados pelos Supervisores das Clínicas e aprovados pela Diretoria Geral do Hugo e pela Coordenação da COREME.

VII. A representação dos médicos residentes será obrigatoriamente por residentes integrantes dos programas, tendo 1 (um) representante por clínica de cada ano, escolhidos por seus pares, em escrutínio direto e secreto, organizado pelos próprios médicos residentes. O mandato será de 01 (um) ano.

VIII. A eleição dos representantes dos médicos residentes deverá ser no 1º dia do início do Programa.

CAPÍTULO IV - DOS PROGRAMAS

Artigo 7º - A COREME/Hugo oferece vagas nas especialidades de Clínica Médica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Ortopedia, Cirurgia Geral e Medicina Intensiva que está em processo de tramitação.

SES 1564 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 8º - As especialidades e o quantitativo de vagas oferecidas, em cada especialidade serão amplamente divulgados pela COREME no Edital da Seleção para a Residência Médica através de publicação de cartazes, Internet e em jornal de grande circulação da cidade, para que ocorra a comunicação entre os Centros Universitários regionais e do país.

Artigo 9º - Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica do HUGOcontará com o número de Preceptores na proporção de 02 (dois) para 03 (três) Residentes, conforme normas da CNRM.

Artigo 10º - Para inclusão de novas especialidades no Programa de Residência Médica do HUGO, a COREME deverá encaminhar a programação e demais informações necessárias à Comissão Estadual de Residência Médica para análise e posterior encaminhamento a CNRM, para as providências cabíveis.

Artigo 11º - O ensino por meio de treinamento prático no primeiro ano de residência deverá abranger áreas de conhecimentos básicos em clínica médica correlata à especialização escolhida, reservando-se os anos subsequentes para dedicação exclusiva à especialidade propriamente dita.

Artigo 12º - A duração dos programas nas especialidades obedece às normas estabelecidas pela CNRM.

Artigo 13º - Com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes, em determinadas especialidades, a COREME e Diretoria Geral do HUGO, poderá firmar convênios com outras Instituições, ou se utilizar os já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, observadas as normas da CNRM, sendo requisitos mínimos à Instituição Conveniada:

I. estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades;
II. dispor de leitos na proporção mínima de 05 (cinco) para cada Residente, na especialidade, e possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;

SES
1565
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

III. dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoria da residência em convênio;
IV. dispor de condições de atendimento nos setores de radiologia, anatomia patológica e patologia clínica;
V. dispor de Enfermagem especializada, Serviços de Arquivo Médico eEstatística (SAME) e Arquivo Nosológico Organizacional;
VI. o reconhecimento da Instituição, para efeito de Convênio, será baseado no relatório de Inspeção Prévia, realizada através da Comissão de Preceptores designada pela COREME para esse fim, em comum acordo com as partes convenientes.

Artigo 14º - Os programas devidamente organizados pelos coordenadores serão encaminhados à Comissão de Residência Médica – COREME e após a apreciação à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para credenciamento.

I. Os programas deverão mencionar, obrigatoriamente:
   a. número de médicos residentes previstos na área ou especialidade;
   b. programas de Residência Médica;
   c. número e nome de Coordenadores e Preceptores com as respectivas cargas horárias dedicadas ao programa e sua qualificação;
   d. número de leitos, de salas de ambulatório, média de pacientes por dia no setor de emergência e em cada área ou especialidade;
II. programação didático-complementar prevista, inclusive a programação atual do corpo clínico (discutir outras com preceptores);
III. acervo da biblioteca e/ou convênios;
IV. proposta de Regimento Interno;
V. declaração do coordenador do Programa de Residência Médica de possuir conhecimento pleno das Resoluções da CNRM.
VI. proposta de convênio com Escola Médica.

187
SES
1566
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

CAPÍTULO V – DA MANUTENÇÃO

Artigo 15º - O Programa de Residência Médica será mantido por dotação orçamentáriada Secretaria de estado da Saúde do Estado de Goiás, doações e verbas diversas daAssociação de Residência Médica do HUGO.

I. a remuneração dos médicos residentes será através de bolsa de estudos, sob a responsabilidade exclusiva da SES-GO, pelo prazo de duração da residência, nos valores determinados pela Comissão Nacional de Residência Médica. – CNRM.

CAPÍTULO VI - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 16º - Compete a Comissão de Residência Médica/COREME:

I. planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
II. reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou 03 (três) de seus membros
III. deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
IV. deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
V. promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
VI. julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
VII. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regimento;
VIII. contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;
IX. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES.

CAPÍTULO VII - DAS ATRIBUIÇÕES:

1567
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 17º - São atribuições do Coordenador:

I. estabelecer pautas e executar as deliberações da COREME;
II. presidir as reuniões da COREME;
III. deliberar com a maioria absoluta de seus membros presentes, lavrando-se a ata, inclusive no caso de falta de quórum, dela constando o nome dos membros que comparecerem;
IV. elaborar Programa Anual de Atividades, bem como relatório anual de atividades realizadas, quando solicitado;
V. planejamento, a coordenação e a supervisão da seleção dos candidatos ao Programa de Residência Médica;
VI. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
VII. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
VIII. manter o chefe da clínica, o COREME e a Diretoria informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;
IX. elaborar relatórios de avaliação trimestral sobre o aproveitamento dos médicos residentes, encaminhando-os a COREME, para análise e outras providências;
X. expedir os certificados de residência médica, juntamente com a Diretoria Geral do HUGO;
XI. organizar e realizar o exame seletivo dos candidatos à seleção para Residência Médica em conjunto com a COREME da Unidade, conforme normas da CNRM/MEC;
XII. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
XIII. o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades do Programa de Residência Médica;
XIV. a aplicação das sanções disciplinares, na forma da lei;

SES 1568 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

XV. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente regulamento;

XVI. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;

XVII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;

XVIII. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES-GO;

XIX. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes.

Artigo 18º - São atribuições do Vice - Coordenador:

I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias da COREME;

II. substituir o coordenador nas suas faltas ou impedimentos;

III. auxiliar o coordenador em suas diversas atribuições;

IV. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 19º - São atribuições do Secretário da COREME:

I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;

II. redigir as atas das reuniões;

III. substituir o vice coordenador em suas faltas ou impedimentos;

IV. participar com o coordenador na fiscalização dos programas e atividades dos residentes;

V. auxiliar o coordenador em suas diversas atividades;

VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

VII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 20º - São atribuições do Supervisor das Clínicas:

I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;

II. organizar as escalas de plantões mensais e encaminha-las até o 25º dia de cada mês;

SES 1569 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

III. manter o chefe da Clínica informado das atividades desenvolvidas pelos residentes;

IV. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;

V. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;

VI. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;

VII. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;

VIII. convocar a COREME para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;

IX. controlar a frequência dos médicos residentes;

X. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente à COREME, ao final de cada estágio;

XI. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes; XII - supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;

XII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função; XIV - cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo21º- São atribuições do Preceptor:

I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;

II. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;

1570
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

III. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;

IV. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;

V. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;

VI. convocar no mínimo três preceptores para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;

VII. controlar a frequência dos médicos residentes;

VIII. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente a COREME, ao final de cada estágio;

IX. avaliar os médicos residentes, no mínimo de três em três meses; (Resolução CNRM 02/2006 Artigo 13 § 1º);

X. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;

XI. realizar outras atividades compatíveis com a função;

XII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Artigo 22º - São atribuições dos Médicos Residentes:

I. eleger um representante de cada ano dos programas para integrarem a Coordenação da COREME;

II. eleger o representante entre os representantes eleitos dos médicos residentes que atuará como membro integrante da Associação de Residência Médica do Hospital de Urgências de Goiânia - Hugo, o qual deverá ser submetido à aprovação da Diretoria Geral e COREME;

III. cumprir e fazer cumprir o regulamento da AMR/SES, e colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente;

IV. defender os interesses dos médicos Residentes junto a COREME;

1571
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

V. participar de congressos da Associação Nacional dos Médicos Residentes/ ANMR;

VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

CAPÍTULO VIII – DO PROCESSO SELETIVO

Artigo 23º - O processo seletivo será coordenado pela COREME, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acompanhamento da CEREM/GO e da Coordenação da Comissão de Residência Médica da SES.

Artigo 24º - A admissão do candidato no Programa de Residência Médica/PRM será feita mediante seleção pública, realizada de conformidade com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, Regulamento da SES/GO, e este Regimento.

Artigo 25º - Serão aceitas inscrições de médicos brasileiros ou estrangeiros com vistopermanente no país, graduado em Faculdade ou Escola de Medicina oficializada no Brasil.

I. No caso de candidato no exterior apresentar diploma convalidado no Brasil pelo órgão oficial competente.

Artigo 26º - O Edital da seleção pública, após a aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica, será divulgado nos site da Secretaria de Estado da Saúde, da Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás, publicado, obrigatoriamente, noDiário Oficial do Estado de Goiás, e se necessário em jornal de grande circulação do Estado, observado o prazo de até 15 (quinze) dias da data de início da inscrição.

Artigo 27º - O candidato à residência médica apresentará no ato da inscrição:

I. requerimento neste sentido, à Comissão de Residência Médica/COREME da Unidade, com a informação da especialidade pretendida, do nome da Instituição de Ensino em que concluiu o curso de graduação em Medicina e o ano de conclusão;

1572
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

II. cópia autenticada do Diploma de médico ou Declaração da Secretaria da Faculdade de Medicina onde está cursando o último período do curso de medicina (6º. Ano);
III. os médicos formados no exterior deverão apresentar ainda o Certificado de Revalidação de Diploma;
IV. duas fotos 3X4, recentes;
V. comprovante original do pagamento da taxa de inscrição;
VI. cópia autenticada dos documentos: Carteira de Identidade; CPF; CRM. VII - opção quanto à especialidade que pretende seguir.

Artigo 28º - Para o preenchimento das vagas serão considerados:

I. número de vagasoferecidas pela especialidade;
II. opção prévia;
III. caráter classificatório.

Artigo 29º - O número de vagas estará condicionado às disponibilidades oferecidas pelo HUGO, nos seguintes itens:

I. disponibilidade financeira;
II. capacidade didática;
III. relação mínima de 05 (cinco) leitos por residente.

Artigo 30º - A avaliação dos candidatos será realizada em duas etapas eparticiparão da segunda etapa aqueles classificados na primeira fase.

I. 1ª fase prova escrita, de caráter eliminatório, pontuada conforme estabelecido pela CNRM/MEC;
II. 2ª fase prova prática, subjetiva ou entrevista, a critério da supervisão, de caráter classificatório, conforme estabelecido pela CNRM/MEC;

Artigo 31º - A avaliação escrita versará sobre temas básicos e gerais de Medicina, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Preventiva, procurando estabelecer proporcionalidade no número de questões das especialidades acima.

1573
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 32º- Da prova de seleção:

I. esta constará de prova de suficiência escrita e múltipla escolha;
II. a prova de suficiência escrita versará sobre conhecimentos médicos gerais e básicos nas áreas de clínica médica, neurologia, cardiologia e terapia intensiva na mesma proporção de questões;
III. o exame de suficiência será eliminatório e classificatório, com a nota mínima para aprovação igual a 05 (cinco);
IV. em caso de empate na prova de seleção, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
    a. melhor currículo escolar;
    b. maior número de questões corretas na especialidade;
    c. maior idade

CAPITULO IX - DA CLASSIFICAÇÃO

Artigo 33º - Serão classificados os candidatos que obtiverem 50% da nota máxima atingida na primeira fase.

Artigo 34º - Serão selecionados para a segunda fase, os candidatos classificados na primeira fase correspondente a três vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, considerando todos os candidatos que obtiverem a mesma nota do último selecionado.

I. No caso de empate na avaliação escrita, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
    a. maior número de acertos na prova escrita da especialidade pretendida;
    b. Idade, sendo privilegiada a de maior ordem cronológica.

CAPÍTULO X - DA ADMISSÃO

Artigo 35º - Os candidatos classificados serão admitidos na qualidade de médicos residentes, observada a ordem de classificação, de acordo com o número de vagas oferecidas pela Unidade, em cada especialidade e a opção do candidato.

SES 1574 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 36º - Em caso de desistência, o candidato deverá comunicar a COREME, por escrito, e após, o presidente da COREME poderá convocar novo candidato, observada a ordem de classificação.

Artigo 37º - Caso o candidato não efetue sua comunicação de desistência no prazo de 24 horas úteis, será considerado desistente e o coordenador, da COREME poderá convocar novo candidato, da mesma especialidade, observando a ordem de classificação.

Artigo 38º - Após o início do Programa de Residência Médica/PRMocandidato classificado que não comparecer ao serviço até 72 horas, sem justificativa, será eliminado do programa, e o presidente da COREME convocará outro candidato da mesma especialidade, obedecendo à ordem de classificação.

Artigo 39º - Em caso de disponibilidade de vagas, após o início das atividades do PRM, o presidente da COREME poderá convocar outro candidato da especialidade, em até 60 dias obedecendo à ordem de classificação. Após esta data não será permitida a admissão de novo candidato.

Artigo 40º - Em caso do não preenchimento do quantitativo de vagas ofertadas em uma determinada especialidade, e havendo procura por algum candidato classificado em outra especialidade, sendo de interesse do serviço e da Unidade, a COREME poderá analisar a solicitação, aprová-la ou não, ou ainda realizar nova seleção;

CAPÍTULO XI – DAS TRANSFERÊNCIAS

Artigo 41º - A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da existência de vaga, bolsa, da concordância das COREME das Instituições de origem e destino, bem como da concordância das CEREM dos estados envolvidos.

1575
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 42º - É vedada a transferência dos médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma Instituição.

Artigo 43º - Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados damesma especialidade em outras instituições. (Resolução CNRM nº 03/07).

I. os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM;
II. as instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do Programa de Residência Médica;
III. o certificado será expedido pela instituição de destino; Artigo Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

CAPÍTULO XII – DOS DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 44º - Será assegurado ao médico residente 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso, por ano de atividade.

Artigo 45º - Remuneração através de Bolsa de Estudos, de valor igual ao determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Artigo 46º - A representação dos médicos residentes na COREME será provida, obrigatoriamente, por residentes integrantes do Programa, escolhidos por seus pares em escrutínio direto e secreto, na proporção de 20% de seus membros, cujo mandato será exercido pelo prazo de 1 ano;

Artigo 47º - A eleição referida no artigo anterior será realizada conforme estabelecido pela Resolução CNRM no. 02, de 07/07/05, e dentre os representantes dos médicos residentes um será escolhido como Coordenador.

SES 1536 F.S. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 48º - Assistência Médica prioritária na Rede Estadual de Saúde durante a Residência Médica, estendido ao cônjuge e filhos.

Artigo 49º - Licença paternidade por 05 (cinco) dias consecutivos.

Artigo 50º - Licença por luto de 05 (cinco) dias consecutivos (pai, mãe, irmãos, cônjuge e filhos). Artigo Licença casamento por 05 (cinco) dias consecutivos.

Artigo 51º - A médica residente a partir do 8º (oitavo) mês de gravidez poderá solicitar licença de suas atividades pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias, sem prejuízo da bolsa).

CAPÍTULO XIII – DOS DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 52º - A carga horária do médico residente será de, no máximo, 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão;

I. cabe ao médico residente cumprir integralmente os termos dispostos no respectivo contrato de concessão da bolsa de estudos, no Regimento Interno da COREME, no Regulamento Interno da Unidade de Saúde da qual faz parte, além das normas expedidas pela CNRM.
II. o cumprimento da carga horária pelo Médico Residente, estabelecida em contrato, será controlado nos mesmos termos estabelecidos para os ocupantes de cargo efetivo; na categoria de médicos, nos termos do Artigo 56, da Lei no. 10.460/88 – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Goiás e suas Autarquias devendo ser comprovado diariamente através do registro de comparecimento utilizado na unidade.

Artigo 53º - Comparecer na hora determinada de todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde foi designado.

Artigo 54º - O médico residente deverá acompanhar o paciente de sua Clínica, quando da realização de exames fora das instalações do Hugo, após a avaliaçãoprévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staff e/ou Preceptor daClínica.

SES
1577
Fls.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 55º - Usar uniforme adequado (calça, camisa ou jaleco, sapatos, meias e cintos brancos) e manter os cabelos presos.

Artigo 56º - Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Hugo, COREME e Instituições conveniadas.

Artigo 57º - Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas as suas anotações.

Artigo 58º - O Médico Residente, ao ausentar-se do Hugo para rodízio em outra Instituição deverá solicitar a COREME o ofício de encaminhamento e fichas de frequência e avaliação em formulário próprio da COREME.

Artigo 59º - Ao retornar do rodízio deverá comparecer a COREME munidos das fichas citadas no Artigo57º, devidamente preenchida e assinadas pelos responsáveis do serviço.

Artigo 60º - Cooperar quando solicitado na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas na unidade.

Artigo 61º - É vedado ao médico residente, se funcionário público estadual, a percepção do vencimento e das vantagens do respectivo cargo, cumulativamente com o benefício da bolsa de estudos, pelo prazo de duração da residência, assegurando sê-lhe, todavia o direito de opção.

Artigo 62º - No período de Residência Médica, o médico residente que vier a ser nomeado para exercer cargo em comissão terá que optar entre um e outro, assim como, no caso de médico residente, cuja carga horária do programa exceder 40 (quarenta) horas semanais e pretender celebrar contrato por tempo determinado com esta pasta ou qualquer outro órgão da administração pública.

Artigo 63º - Em quaisquer casos, a interrupção do programa não exime o médico residente de, posteriormente, completar a carga horária total da atividade prevista para o aprendizado, conforme estabelecido no Artigo 7º da Lei nº 6.932/81.

SES 1578 R.S. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 64º - No período de residência, o médico residente ficará impedido de ser nomeado e/ou assinar contratos na qualidade de funcionários em qualquer Instituição. A infração deste artigo incorrerá no desligamento da Residência.

Artigo 65º - Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento.

CAPÍTULO XIV – DAS PENALIDADES

Artigo 66º - O médico residente estará sujeito ao regime disciplinar do Hugo. As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo preceptor, ouvido o coordenador e COREME, que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo em ordem crescente de gravidade.

I. as penalidades disciplinares serão de:
   a. advertência verbal;
   b. advertência por escrito;
   c. suspensão;
   d. eliminação.
II. a Comissão de Residência Médica – COREME – deverá ouvir as partes interessadas por si ou por seus representantes.
III. na ocorrência de aplicação de qualquer penalidade tratada neste artigo, poderá o interessado interpor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, pedido de reconsideração.
IV. se a Comissão de Residência Médica – COREME – opinar pela eliminação, o Residente será suspenso de suas atividades, até o encerramento do processo.
V. havendo posições antagônicas entre a Coordenação e a COREME com respeito à aplicação da penalidade, será ouvida a Comissão Regional de Residência Médica.
VI. as denúncias de transgressões ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para apreciação pelas Comissões de Ética Médica das Unidades Assistenciais.
VII. à falta considerada grave será aplicada suspensão ou eliminação do Residente.

SES
1579
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

CAPÍTULO XV – DAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Artigo 67º - No decorrer da Residência Médica, os residentes serão avaliados na forma definida pelo respectivo programa, com avaliações anuais e apresentação de monografias a critério do supervisor da especialidade.

Artigo 68º - As avaliações deverão dar prioridade às atuações dos residentes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a especialização em serviço.

Artigo 69º - Semestralmente, os residentes opinarão por escrito sobre a execução dos programas cumpridos.

CAPÍTULO XVI – DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Artigo 70º - A promoção do médico residente dar-se-á em decorrência das avaliações realizadas pelos coordenadores e preceptores.

Artigo 71º - A promoção à residência da especialidade dar-se-á após a avaliação do Programa cumprido na área obrigatória.

Artigo 72º - A exclusão dar-se-á em caso de reprovação.

Artigo 73º - Até o dia 15 de dezembro os coordenadores e preceptores encaminharão à Comissão de Residência Médica – COREME – o resultado das avaliações dos Residentes que estarão concluindo o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificado.

Artigo 74º - Os médicos residentes terão direito a um Certificado quando completarem o Programa de Residência Médica.

Artigo 75º - O Certificado será registrado em livro de protocolo, assinado pelo Presidente da COREME e Diretor Geral.

CAPÍTULO XVII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

SES 1580 PROTOCOLO

Artigo 76º - O presente Regimento entra em vigor na data da aprovação pela COREME e Diretoria Geral do Hugo podendo sofrer modificações em sua composição por desistência de seus membros e outros impedimentos.

Artigo 77º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Estadual de Residência Médica.

COMISSÃO – RESIDÊNCIA MÉDICA

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	planejamento, execução e avaliação do Programa de Residência Médica	■	■	■											
3	Propostas de Modificações				☐	☐									
4	Elaboração de normas para avaliação do desempenho			☐			☐			☐			☐		
5	Apreciação de Propostas de Penalidades	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Elaboração de Relatório Anual		☐	☐											☐

4.1.2.12 Comissão de Residência Multiprofissional

Descrição da Finalidade

Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalarconstitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

Constituição Básica

- Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- Representante por Área Profissional que compõe o Programa;
- Representante das Disciplinas Teóricas Integradas

SES 1581 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Representante dos Supervisores que atuam no Programa;
- Representante de Preceptores que atuam no Programa;
- Representante dos Residentes;
- Representante do Gestor local;

Regimento Interno

Capítulo I: CARACTERIZAÇÃO

Artigo 1º - A Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com o artigo 1º da Portaria Interministerial nº 506 de 24 de abril de 2008.

Parágrafo 1º - Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos no modelo tripartite com a participação de gestores locais, serviços e academia, em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde, de acordo com o § 1º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

Parágrafo2º - Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão ser constituídos pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, de acordo com a § 2º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

203 SES 1582 RUBRICA PROTOCOLO

Capítulo II: OBJETIVOS E COMPETENCIAS

Artigo 2º - Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar têm como objetivos fundamentais: aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

Artigo 3º – Compete à Comissão de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar- COREMU, o planejamento, coordenação, supervisão, avaliação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, bem como deliberar sobre os eixos temáticos a serem oferecidos anualmente, de acordo com o artigo 2, alínea I a XII da Portaria Interministerial nº 45/12/01/2007.

Artigo 4º - Cada Área Profissional indicará um Supervisor, Tutor (es) e Preceptor (es) para cada Eixo Temático que compõe o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar.

Parágrafo único - Por peculiaridades da cada Área Profissional envolvida nos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, as diferentes funções poderão ser desempenhadas por um mesmo profissional.

Artigo 5º - As propostas de introdução de novos eixos temáticos, ampliação ou modificação deste Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar deverá ser encaminhada à COREMU que após análise e deliberação, às apresentarão à Direção Geral do Hugo para aprovação.

Capitulo III: OBRIGAÇOES E DIREITOS DOS RESIDENTES

Artigo 6º - Na admissão ao Programa os residentes receberão uma cópia deste Regulamento, juntamente com o Regimento Interno do Hugo.

Parágrafo único - Cada residente receberá semestralmente a programação de suas atividades para o período correspondente.

204 1583 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 7º - Ao residente do Programa será concedida bolsa garantida pelo artigo 16, § 1º da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

Parágrafo 1º - O residente terá direito a alimentação durante todo o período de Residência e alojamento, quando possível, para aqueles que preencherem os pré-requisitos determinados pela COREMU.

Parágrafo 2º - O residente deve inscrever-se na Previdência Social a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do artigo 4º da Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Artigo 8º - O residente matriculado no primeiro ano deste Programa poderá requerer o trancamento da matrícula, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com a CNRMS.

Parágrafo único - À residente matriculada não se aplica a exceção prevista na Resolução CNRM 01/2005, uma vez que as mulheres estão isentas do serviço militar obrigatório (Parecer CGEPD/CONJUR/MEC 65/2008 e Ofício Circular CGRS/DHRS/SESu/MEC 76/2009).

Artigo 9º - Aos residentes serão assegurados 30 (trinta) dias de férias por ano, em datas definidas junto aos preceptores segundo escala previamente estipulada e aprovada pelo Supervisor de Eixo Temático de cada Área Profissional;

Artigo 10º - Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem prejuízo da reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

I. Núpcias: oito dias consecutivos;
II. óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: oito dias consecutivos;
III. nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos.

1584
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 11º - Ao residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante ou adoção, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista.

Capitulo IV: COORDENAÇÃO

Artigo 12º - A COREMU é o órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de sua Diretoria Executiva.

Artigo 13º - A COREMU será constituída por:

I - um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;

II - um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;

III - um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;

VI - um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;

V - um Representante de Preceptores que atuam no Programa;

VI - um Representante dos Residentes;

VII - um Representante do Gestor local;

Parágrafo 1º - Os Representantes das alíneas "I", "II", "III", "IV", "V" e "VI" deverão ser eleitos pelos seus respectivos pares.

Parágrafo 2º - O Representante da alínea "VII" seráindicado pela Direção Geral.

Parágrafo 3º - Poderão compor ainda a COREMU outras instituições utilizadas como campo de prática dos residentes do Programa como membros convidados com direito a voz.

206 SES 1585 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Parágrafo 4º - O representante de Área Profissional será indicado pelo Departamento ou Serviço no qual está lotado, podendo ser reconduzidos pelos mesmos.

Parágrafo 5º - A Comissão será renovada a cada três anos.

Parágrafo 6º - Os Representantes dos Supervisores e Preceptores terão mandato de dois anos, com uma recondução.

Parágrafo 7º - Os residentes elegerão, anualmente, um representante e respectivo suplente, encaminhado previamente, por escrito, à COREMU.

Parágrafo 8º - As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um suplente sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito a COREMU antes do início da reunião.

Parágrafo 9º - Os Departamentos e Serviços que participam do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão constituir uma Subcomissãolocal de Residência, presidida pelo seu representante na COREMU e constituída pelosSupervisor (es), Tutor (es), Preceptor (es) e representantes dos residentes de cada Eixo Temático.

Artigo 14º - O Coordenador é o elemento Executivo da COREMU.

Artigo 15º - A COREMU reunir-se-á mensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação por correio eletrônico do Coordenador e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo único - A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário pré-estabelecido, com a presença de 50% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quórum presente.

Artigo 16º - As decisões serão tomadas em reunião da COREMU em votação pelo sistema de maioria simples com o quórum presente. O Coordenador terá direito a voto de qualidade.

SES 1596 Fls. RUBRICA PROTOCOLO

Parágrafo único - Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida e aprovada na reunião seguinte.

Artigo 17º - É da competência da COREMU:

I. fazer cumprir este Regulamento;
II. zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar.
III. rever periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hugo, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novas eixos temáticos, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais em concordância com o artigo 5º;
IV. solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;
V. coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hugo;
VI. envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hugo.

Capitulo V - ADMISSÃO E PROCESSO SELETIVO

Artigo18º- O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hugo deverá:

I. ter no máximo dois anos de formado e estar inscrito no Conselho de Classe correspondente a sua área profissional.
II. apresentar diploma profissional devidamente registrado.

Parágrafo único - Caso esteja cursando o último ano de graduação, o candidato deverá apresentar declaração comprobatória expedida pela Instituição de Ensino de origem;

SES 1387 Fls RUBRICA PROTOCOLO

III. apresentar o curriculum vitae relacionando as atividades escolares, profissionais e científicas;

IV. se estrangeiro, apresentar a Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país;

V. submeter-se ao processo seletivo público adotado pela COREMU, visando classificação dentro do número de vagas existentes.

Parágrafo 1º - A declaração de conclusão do curso será aceita a título provisório, para fins da matricula do candidato. No entanto, o diploma deverá ser apresentado pelo profissional residente durante os dois primeiros meses do ano letivo do Programa de ResidênciaMultiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, sob pena de não lhe ser deferida a matrícula.

Parágrafo 2º - Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar mediante apresentação do diploma devidamente revalidado por Instituição competente.

Artigo 19º - Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou reconhecidas pelo Conselho Federal de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Artigo 20º - O Ingresso ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar se dará através de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

Artigo 21º - O processo de seleção pública dos candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar dar-se-á mediante prova classificatória, entrevista e análise de curriculum.

209 SES 1588 RUBRICA PROTOCOLO

Parágrafo 1º - A classificação final dos candidatos deverá ser homologada pela COREMU.

Artigo 22º - A COREMU preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.

Parágrafo 1º - Os candidatos aprovados terão prazo para efetuar a matrícula, conforme oedital.

Parágrafo 2º - Vencido o prazo acima, serão convocados os candidatos por ordem de classificação.

Parágrafo 3º - Situações especiais serão estudadas pela COREMU.

Capitulo VI: AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Artigo 23º - Constarão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar os critérios de avaliação e aprovação.

Artigo 24º - Os residentes serão avaliados, em cada área de estágio, pelos respectivos preceptores que emitirão conceitos.

Artigo 25º - Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. Naocorrência de faltas, estas serão repostas em plantões definidos pelo Preceptor responsável pela área de acordo com decisão do CNRM.

Artigo 26º - Os residentes com aproveitamento insatisfatório em no máximo duas áreas de estágio deverão realizá-la(s) novamente para obter conceito satisfatório e aprovação.

Parágrafo único - A época e o período para realização destes estágios serão determinados pelo supervisor da área profissional e encaminhado a COREMU para avaliação e aprovação.

210 SES 1589 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo27º- Ao término do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, a COREMU mediante lista de aprovação de cada um dos Programas, conferirá o certificado de conclusão emitido pelo Hugo.

Artigo28º - Cada área profissional participante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constituíra uma estrutura interna de funcionamento que deverá ser encaminhada a COREMU para aprovação. Esta estrutura obedecerá a seguinte classificação: Supervisor, Tutor e Preceptor.

Parágrafo 1º - A titulação exigida para a função de Supervisor deverá ser no mínimo de mestre.

Parágrafo 2º - A titulação exigida para a função de Preceptor deverá ser mínimo de especialista na área.

Parágrafo 3º - A titulação exigida para a função de Tutor deverá ser no mínimo de Doutor.

Parágrafo único - em caráter de excepcionalidade, na implantação deste Programa, poderão exercer a função de preceptoria profissionais com experiência mínima de 3 anos de atuação na área de especialidade. Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo Supervisor, a COREMU com a devida justificativa para aprovação.

Capitulo VII - ATRIBUIÇÕES

Artigo 29º - É de responsabilidade do Representante da área profissional

I. Representar a área profissional junto aos COREMU.
II. Promover gestões necessárias para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional.
III. Elaborar a prova escrita dos candidatos de sua respectiva área profissional.
IV. Coordenar as atividades de seus supervisores
V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida.

211 1590 FLS. ROBRICA PROTOCOLO

VI. Encaminhar a COREMU todos os problemas que intervir na boa execução do Programa.

Parágrafo único - Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o representante de Área Profissional deverá encaminhar à COREMU, a indicação ou manutenção do nome do Supervisor (es) e Preceptor (es) para o ano letivo subsequente.

Artigo 30º - O Supervisor é o profissional responsável pelo desenvolvimento do processo de ensino e aprendizado, em sua área profissional. Cabe a ele:

I. Zelar pelo comportamento ético dos preceptores e residentes sob sua responsabilidade.
II. Elaborar juntamente com o respectivo representante da área profissional, o planejamento anual das atividades teóricas do conteúdo especifico.
III. Elaborar o cronograma anual de atividades praticas para os R1 e R2
IV. Avaliar sistematicamente o processo ensino-aprendizado durante o curso.
V. Aplicar ao residentes as sanções disciplinares previstas pela COREMU
VI. Elaborar a pauta e convocar reuniões mensais ou sempre que necessário.
VII. Participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar.
VIII. Manter reuniões sistemáticas com o respectivo representante da área profissional.
IX. Elaborar e encaminhar a COREMU, por meio do Representante de área profissional relatórios sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes sob sua responsabilidade.

Artigo 31º - O Tutor é o profissional responsável por auxiliar na manutenção da qualidade do Programa. Cabe a ele:

I. Estimular a atualização constante dos preceptores que atuam na sua área de especialidade.

Digitally signed by HELIO PEREIRA DE ALENCAR JUNIOR:01417107105 Date: 2015.05.11 10:23:43 -03'00' Reason: Digitalização Location: Goiania, GO

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1592
FUNC.

II. Estimular a aplicação da teoria na prática.
III. Auxiliar o preceptor na avaliação do residente.
IV. Assessorar as atividades cientificas dos residentes
V. Fazer visita semanal para discutir prática clinica com preceptores e residentes
VI. Atuar na revisão da prática profissional

Artigo32º- O Preceptor é o profissional responsável por ensinar o residente a utilizar adequadamente o tempo por meio da priorização de procedimentos e atitudes. Cabe a ele:

I. Participar junto ao Supervisor do planejamento anual das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação.
II. Operacionalizar as atividades práticas para o R1 e R2.
III. Elaborar escala mensal de plantões e encaminhar para o Supervisor de eixo temático de sua respectiva área até 10 dias antes do final do mês.
IV. Elaborar e encaminhar relatório periódico sobre o desempenho dos residentes sob sua responsabilidade.
V. Ensinar o residente por meio de instruções formais e com objetivos e metas pré-determinadas.

Capitulo VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 33º - Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Direção Geral, ouvida a COREMU.

Artigo 34º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1593
FUNC.

COMISSÃO - RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Planejamento, execução e avaliação do Programa de Residência Médica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2	Reuniões	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
3	Elaboração de Provas	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■
4	Elaboração de normas e atividades praticas	■	■	□	■	■	□	■	■	□	■	■	□	■	■
5	Apreciação de Metas Pré-determinadas	□	■	□	□	■	□	□	■	□	□	■	□	□	■
6	Encaminhamento de Relatórios	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.1.2.13 Comissão de Gerenciamento de Riscos

Descrição da Finalidade

Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança doHospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Estão os riscos a serem evitados:

- Gerenciar riscos de infecções hospitalares
- Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar
- Gerenciar a utilização de equipamento médico

A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores.

Áreas de atuação:

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1594
FUNC.

FÁRMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, usa de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita deenvolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia datransfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

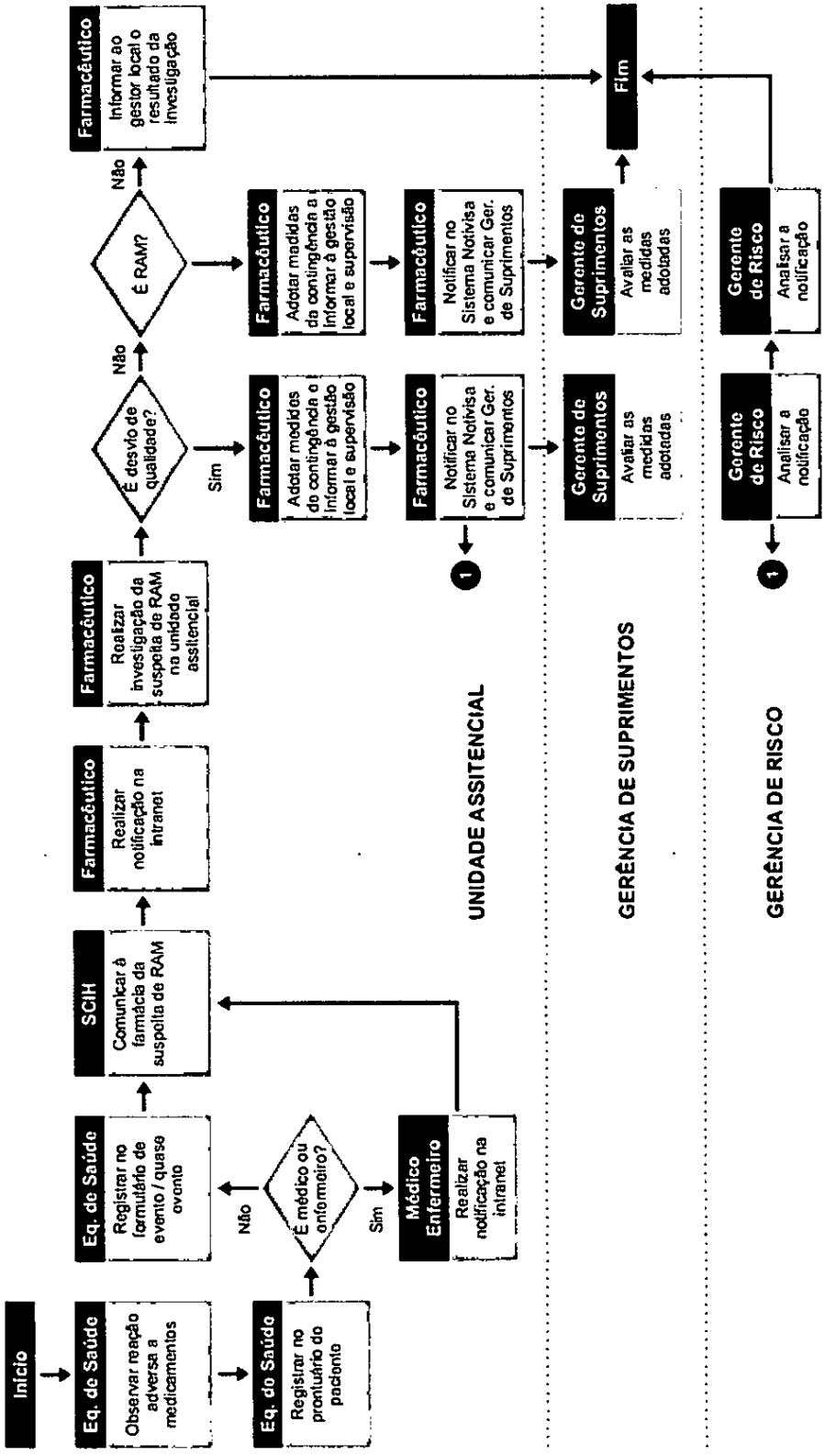
PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1595
FUNC.

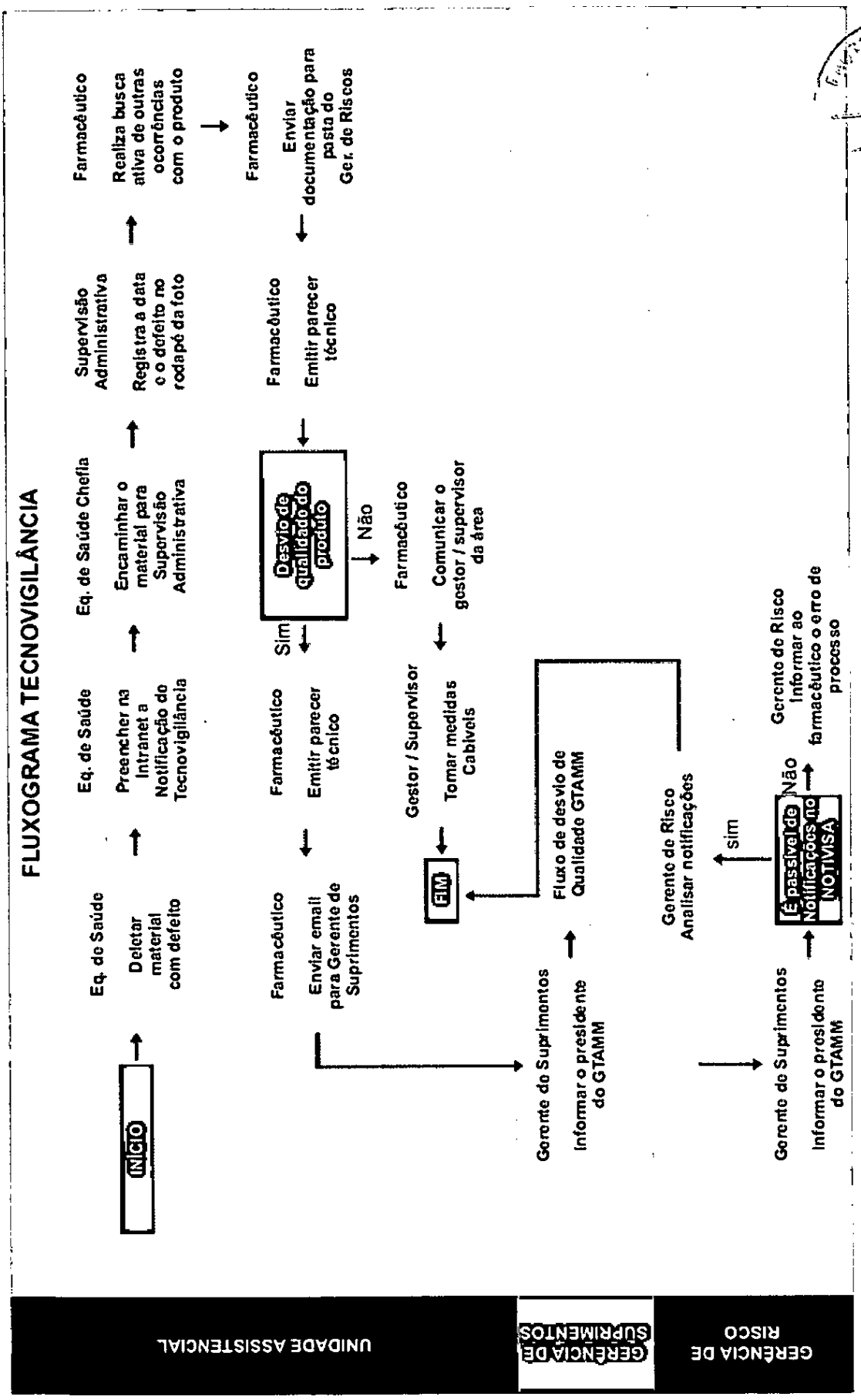
São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes;
- Saneantes de uso hospitalar

PROTOCOLO ISG
FLS Nº 1596
RUBRICA

FLUXOGRAMA DE FARMACOLOGIA




FLUXOGRAMA TECNOVIGILÂNCIA
UNIDADE ASSISTENCIAL
GERÊNCIA DE SUPRIMENTOS
GERÊNCIA DE RISCO
INÍCIO
Eq. de Saúde
Deletar material com defeito
Eq. de Saúde
Preencher na Intranet a Notificação do Tecnovigilância
Eq. de Saúde Chefia
Encaminhar o material para Supervisão Administrativa
Supervisão Administrativa
Registra a data e o defeito no rodapé da foto
Farmacêutico
Realiza busca ativa de outras ocorrências com o produto
Farmacêutico
Enviar documentação para pasta do Ger. de Riscos
Farmacêutico
Emitir parecer técnico
Desvio de qualidade do produto
Sim
Não
Farmacêutico
Comunicar o gestor / supervisor da área
Gestor / Supervisor
Tomar medidas Cabíveis
Farmacêutico
Emitir parecer técnico
Farmacêutico
Enviar email para Gerente de Suprimentos
GM
Fluxo de desvio de Qualidade GTAMM
Gerente de Suprimentos
Informar o presidente do GTAMM
Gerente de Risco
Analisar notificações
sim
É passível de Notificações no NOTIVISA
Não
Gerente de Risco
Informar ao farmacêutico o erro de processo
Gerente de Suprimentos
Informar o presidente do GTAMM

FLUXOGRAMA HEMOVIGILÂNCIA

A Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO 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 e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, oHospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO, deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes. Atualmente, a forma de trabalho está direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

As ações vão ao encontro de outras já em andamento e que têm os mesmos objetivos: a busca da qualidade total e o compromisso socioambiental do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Constituição Básica

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Gerenciamento de Risco, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros:

Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista,Representantedo Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo;Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

PROTOCOLO / SES
Fls. 1600
FUNC.

Regimento Interno

CAPÍTULO I - Das Finalidades

Artigo 1º - É objetivo desta Comissão:

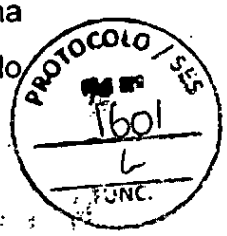
I. Gerenciar a situações de risco do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO
II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO
III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
IV. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II - Da Organização

Artigo 2º - A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

- Coordenador;
- Farmacêutico.
- Nutricionista.
- Representante do Serviço de Higiene e Limpeza.
- Enfermeiro (a).
- Representante do Serviço Administrativo.
- Técnico de Segurança do Trabalho.
- Engenheiro.

Artigo 3º - A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

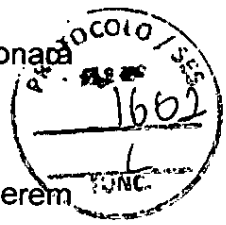


CAPÍTULO III: Das Atribuições

Artigo 4º - A Comissão de Gerenciamento de Riscos do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO, compete:

I. Informar situações que necessitem de atenção especial;
II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do hospital;
III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;
IV. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
V. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
VI. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
VII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;
VIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;
IX. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do hospital;
X. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento deriscos;
XI. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;
XII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do hospital;
XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital;

CAPITULO IV - Funcionamento:



Artigo 5º - A Comissão de Gerenciamento de Risco instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Artigo 6º - As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Artigo 7º - As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Artigo 8º - Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva;

CAPÍTULO V - Das Competências

Artigo 9º - É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos edemanda de atualizações;
II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação continua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;
III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;
V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo hospital;
VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

VII. Divulgar aos Serviços, via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;

VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;

IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;



Capítulo VI - Das disposições gerais

Artigo 10º - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Artigo 11º - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação

COMISSÃO - GERENCIAMENTO DE RISCOS

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Formar a Comissão de Gerenciamento do Risco														
2	Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco														
3	Identificar, classificar e mapear os riscos no Hospital														
4	Replicação da oficina no hospital														
5	Elaboração da Matriz – Identificação e classificação dos processos														
6	Elaboração da Matriz – Gerenciamento do processo														
7	Elaboração da Matriz – Identificação dos níveis de risco														
8	Elaboração da Matriz – Plano de ação para o gerenciamento de risco														
9	Consolidação das Ações no Hospital														

PROTOCOLO 1604

4.1.2.14 Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Descrição da Finalidade

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar no Hospital, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Atribuições da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

PROTOCOLO/SES 1605 FUNC

- Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
  - adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando a prevendo e controle dos resíduos hospitalares;
  - capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistemade Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicooperacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde publica e meio ambiente;
- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;
- Elaborar regimento interno para a CGRSSS;
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Constituição Básica

Direção Geral, Engenheiro Ambiental, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, assistência farmacêutica e serviços hospitalares.

Plano Estratégico de Gerenciamento de Resíduos

PROTOCOLO / SES
1606
FOLHA

Diante do exposto o Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO deverá dotar os intervenientes de informação e orientações que os apoiem na tomada de decisão sobre os vários aspectos que envolvem os resíduos hospitalares, em particular a sua gestão. Denotar, que a estratégia do PERH pressupõe o reforço e convergência de sinergias por parte dos diferentes agentes envolvidos no sentido de uma efetiva implementação do Plano, num entendimento assumido de responsabilidade compartilhada. Assim, para cada ação são indicados os principais intervenientes envolvidos oua envolver, sendo estes os responsáveis pela sua concretização e, consequentemente, pela persecução dos objetivos operacionais estabelecidos.

Estes deverão ser conjugados com as ações a desenvolver, visando a assegurar o cumprimento das estratégias definidas nos normativos legais, comunitários e nacionais, bem como fomentar o conhecimento e o desenvolvimento técnico e científico em matéria de resíduos hospitalares. Os objetivos e ações deverão ser cinco eixos Estratégicos, a saber:

Eixo I – Prevenção;

Eixo II – Informação, Conhecimento e Inovação;

Eixo III – Sensibilização, Formação e Educação;

Eixo IV – Operacionalização da Gestão;

Eixo V – Acompanhamento e Controle

Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento,

Operacionalização e Execução – Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO deverá ser estruturado em:

PROTOCOLO SES
1607
FOLHA

"**Avaliação Situacional**", no qual se faz um balanço da concretização das metas estabelecidas na situação presente analise de novas perspectivas; "**Enquadramento**", em que se referem as principais linhas de orientação político-estratégicas para o atual Plano;

"**Situação de referência**", na qual se procede àanálise da situação atual com uma apresentação dos quantitativos de produção dos resíduos hospitalares, para além da identificação e caracterização dos operadores e das instalações de gestão dos resíduos hospitalares; os "***Cenários para a gestão dosresíduos hospitalares***", onde se projetam as tendências de evolução; a "***Estratégia doPlano***", com os eixos estratégicos.

Este Plano Estratégico deverá atender ainda ao regime econômico-financeiro da gestão de resíduos, consignado no Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de Setembro, a par das linhas de financiamento consubstanciadas no Quadro de Referência Estratégico Nacional: (QREN) para o período 2007-2013.

A elaboração do **Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares /**

Gerenciamento, Operacionalização e Execução – Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGOfoi delineada na respectiva Avaliação Ambiental Estratégica, nostermos do disposto da legislação Federal/Estadual.

Tecnologias de Tratamento e Eliminação de Resíduos Hospitalares

Os processos de tratamento dos resíduos hospitalares têm como objetivo reduzir o perigo para a saúde pública e para o ambiente permitindo a sua manipulação com maior segurança, minimizar o impacte visual destes resíduos tornando-os irreconhecíveis, nomeadamente por razões éticas, e reduzir o seu volume.

A seleção da tecnologia dos resíduos hospitalares deve ser efetuada de acordo com as características dos resíduos, com a eficácia do processo, com as características do resíduo resultante do tratamento e com potenciais impactos a nível do ambiente, bemcomo com as especificidades da Região ou do país onde o resíduo é produzido.

PROTOCOLO 1608 FUNC

Assim, a determinação de um processo de tratamento deve ter por base os fatores, tais como:

- Eficácia a descontaminação para os diferentes microrganismos – capacidade de redução do número de organismos infecciosos para um nível seguro (i.e., para um nível que não constitua perigo para a saúde humana);
- Capacidade de tornar os objetos cortantes e perfurantes inutilizáveis e irreconhecíveis e de destruir os químicos perigosos;
- Questões éticas – capacidade de descaracterização visual dos resíduos anatômicos; Requisitos legais;
- Riscos efetivos em termos de saúde e de condições de segurança;
- Impactos no ambiente, nomeadamente emissões para o ar, água e solo, tanto na fase normal de funcionamento do processo, como quando existe necessidade de paragem ou problemas de funcionamento;
- Redução de volume e de massa;
- Quantidade e tipo de resíduos para tratamento e capacidade disponível do sistema; Requisitos das infraestruturas e considerações de operação e manutenção;
- Opções locais de tratamento e de deposição final e tecnologias disponíveis;Destino dos resíduos sólidos e líquidos resultantes do tratamento; Investimento e custo de operação;
- Aceitação pública.

Fatores que influenciam a eficácia do tratamento.

As tecnologias de tratamento de resíduos hospitalares podem ser agrupadas em processos de desinfecção e de incineração.

Produção de Resíduos Hospitalares – Situação e Referência

O conhecimento dos quantitativos de resíduos hospitalares produzidos constitui um dos elementos fundamentais para a consecução dos objetivos de uma política de gestão dos mesmos.

PROTOCOLO 1609 FUNC.

Desta forma constituem resíduos hospitalares do Grupo I os equiparados a urbanos, não requerendo exigências especiais para o seu tratamento; do Grupo II aqueles que não necessitam de tratamentos específicos, podendo ser tratados conjuntamente com os urbanos; os resíduos de risco biológico, contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de pré-tratamento eficaz que permita a sua posterior eliminação como resíduo urbano constituem resíduos hospitalares do GrupoIII; enquanto o Grupo IV integra os resíduos específicos, de incineração obrigatória, como sejam: peças anatômicas identificáveis, fetos e placentas; cadáveres de animais de experiências laboratoriais; materiais cortantes e perfurantes; produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica; citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

No entanto, de modo a ser fomentada a recolha seletiva, no sentido do devido encaminhamento dos resíduos para reciclagem ou mesmo reutilização, há ainda a considerar os resíduos que, pela sua especificidade, podem ser geridos de forma distinta dos restantes. Assim, para efeitos do presente Plano, há ainda a considerar as seguintes categorias de resíduos:

- Fileiras – "papel e cartão" e "matéria orgânica";
- Fluxos específicos – "embalagens e resíduos de embalagens", "resíduos de equipamentos elétricos e eletrônicos", "pilhas e acumuladores" e "óleos alimentares usados";
- Outros resíduos com especificidades de gestão e com maior relevância no contexto do PERH – "amálgamas dentárias", "consumíveis informáticos", "produtos químicos rejeitados" e "outros resíduos de atividades de radiodiagnóstico";
- Outros – "monstros" e "outros resíduos urbanos e equiparados".

Cenários Para a Gestão dos Resíduos Hospitalares

Fatores e Tendências com Influência na Produção de Resíduos Hospitalares e na sua Tipologia

Constata-se que a natureza dos problemas de saúde está a mudar a um ritmo totalmente inesperado, sendo certo que esta mudança terá um impacto também ao nível dos resíduos hospitalares.

Tendências como a urbanização, o aumento da esperança de vida e as mudanças globalizadas nos estilos de vida, ao combinar-se entre si poderão conduzir a importantes causas de mobilidade e de mortalidade da população como doenças crônicas e não transmissíveis – incluindo a depressão, diabetes, doença cardiovascular e oncológica – e os traumatismos (OMS/ACS, 2008), podendo de esta forma potenciar não só um aumento da produção de resíduos, mas também originar mais resíduos perigosos.

Simultaneamente, surgem as alterações climáticas como um dos maiores desafios que se colocam à Humanidade neste século, estando os seus principais efeitos indireta relacionados com a alteração da qualidade da água, diminuição da água potável disponível, subida do nível médio do mar, aumento das doenças de origem hídrica e da área alimentar, aumento dos fenômenos de poluição atmosférica, alteração da distribuição geográfica de vetores de agentes que podem provocar doenças, diminuição da produtividade agrícola e efeitos sócios - econômicos.

É previsível que as alterações climáticas potenciem o aumento da prevalência das doenças respiratórias e cardiovasculares associadas aos fenômenos de poluição atmosférica, o aumento do número de mortes e acidentes associados às inundações, tempestades, secas e fogos florestais, e o aumento de doenças veiculadas pela água e os alimentos.

Outros fatores que podem interferir com a gestão dos resíduos hospitalares são as situações de pandemia, não só pelo aumento previsto da produção de resíduos hospitalares do Grupo III e do Grupo IV, mas também pelo possível

acréscimo de absentismo do pessoal encarregado da gestão destes resíduos, sendo por isso necessário prever para estas situações alternativas de armazenamento e de tratamento/eliminação dos resíduos.

O aumento da prestação de cuidados de saúde junto da população conduzirá igualmente a uma maior produção de resíduos hospitalares, sobretudo ao nível dos Centros de Saúde/ Agrupamentos de Centros de Saúde.

Importa também mencionar o aumento expectável do tratamento domiciliário, com produção difusa de resíduos hospitalares associadas.

Por último, importa ainda referir que as medidas de controlo da transmissão de infecções têm-se traduzido pela crescente utilização de material de uso único (acondicionado em embalagens individuais), o que, inevitavelmente, conduzirá a uma maior produção de resíduos hospitalares.

Estratégia - Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO **Visão e Eixos Estratégicos**

Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalizaçãoe Execução – HUGO visará assegurar que a estratégia nacional em matéria de resíduos hospitalares promova a prevenção da produção de resíduos, assente numa lógica do ciclo de vida dos materiais e na valorização destes resíduos, num referencial de eficiência e segurança das operações de gestão de resíduos, impulsionando a utilização das melhores técnicas disponíveis e fomentando o conhecimento e a inovação, na assunção da salvaguarda da proteção do ambiente e da saúde humana.

Eixos Estratégicos do Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares /

Gerenciamento, Operacionalização e Execução – HUGO encerram um conjunto de Objetivos, concretizados através de ações a implementar ou operacionalizar por diferentes metodologias, no setor público e privado, entidades singulares ou coletivas, cuja área de competência funcional é determinante.

Neste contexto, foram definidos cinco Eixos Estratégicos:

Eixo I - Prevenção;

Eixo II – Informação, Conhecimento e Inovação;

Eixo III - Sensibilização, Formação e Educação;

Eixo IV – Operacionalização da Gestão;

Eixo V - Acompanhamento e Controle.

BOX: Interação Funcional entre os Eixos

EIXO ESTRATÉGICO	OBJETIVOS
Prevenção	I.1. Reduzir a produção de resíduos hospitalares I.2. Reduzir a perigosidade dos resíduos hospitalares I.3. Minimizar os impactos adversos resultantes dos resíduos hospitalares produzidos
Informação, Conhecimento e Inovação.	II.1. Garantir e disponibilizar informação viável e contemplada em matéria de resíduos hospitalares II.2. Incentivar a investigação e a inovação em matéria de resíduos hospitalares
Sensibilização, Formação e Educação.	III.1. Assegurar que os profissionais envolvidos na gestão dos resíduos hospitalares possuem a habilitação e qualificação adequada ao desempenho das suas funções III.2. Garantir que os diferentes intervenientes contribuem para a concretização da estratégia a nível da gestão dos resíduos hospitalares
Operacionalização da Gestão	IV.1. Melhorar a gestão e logística dos resíduos hospitalares nos locais de produção IV.2. Aumentar a quantidade de resíduos encaminhados para reutilização, reciclagem e outras formas de valorização IV.3. Mitigar a exportação de resíduos hospitalares perigosos IV.4. Garantir uma melhor regulação da gestão dos resíduos hospitalares IV.5. Garantir a efetiva aplicação de um regime económico e financeiro da atividade de gestão dos resíduos hospitalares
Acompanhamento e Controlo.	V.1. Incentivar a utilização de mecanismos que permitam uma melhoria de gestão dos resíduos hospitalares V.2. Garantir o cumprimento da legislação por parte dos diferentes intervenientes

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1613
ASSINATURA

Ações, Intervenientes e Horizonte Temporal de Implementação

Considerando as linhas estratégicas delineadas, preconizam-se ações para aconcretização da gestão dos resíduos hospitalares a desenvolver no período de vigência doPlano, que se apresentam de seguida, por Eixo Estratégico e por objetivo, elencado igualmente os principais responsáveis ou intervenientes na sua implementação.

Eixo I – Prevenção

A Prevenção constitui o primeiro Eixo Estratégico do Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – HUGO, enquanto prioridade estratégica para a gestão dos resíduos hospitalares, em alinhamento com o preconizado no regime jurídico de gestão de resíduos, que estabelece a prevenção como um objetivo prioritário da política de gestão de resíduos.

Não só porque a esperança média de vida está a aumentar, com a consequente procura dos serviços de saúde, mas também pelo uso crescente de materiais descartáveis e pelo recurso cada vez maior da população aos cuidados de saúde, haverá uma tendência natural para o aumento da produção de resíduos nas unidades de prestação de cuidados de saúde, pelo que prevenir e minimizar a produção de resíduos constitui uma aposta do presente Plano.

O novo conceito de prevenção é mais abrangente do que a vertente "quantidade".

De acordo com o Regime Geral de Gestão de Resíduos, "prevenção" é definida como "as medidas destinadas a ***reduzir*** a ***quantidade*** e o ***caráter perigoso*** para o ambiente ou a saúde dos resíduos e materiais ou substâncias neles contidas". A Diretiva-Quadro dos Resíduos (DQR) vai mais longe, ao definir o termo como as "medidas tomadas antes de uma substância, material ou produto se ter transformado em resíduo, destinadas a ***reduzir***.

PROTOCOLO / SES
Fls nº 614
Rubrica

a. a ***quantidade*** de resíduos, designadamente através da reutilização de produtos ou doprolongamento do tempo de vida dos produtos;
b. os ***impactos adversos*** no ambiente e na saúde humana resultantes dos resíduos gerados; ou
c. "o teor de substâncias nocivas presentes nos materiais e nos produtos".

A prevenção da produção de resíduos pode ser beneficiada, sempre que possível pela:

- Substituição de produtos;
- Alteração de produtos;
- Alteração de procedimentos;
- Preferência por produtos reutilizáveis;
- Uma adequada gestão de *stocks*;
- Promoção da responsabilidade alargada do produtor.

Implementar medidas preventivas ao nível das substâncias, materiais ou produtos que visem diminuir a quantidade e/ou periocidade dos resíduos hospitalares implica, em muitas situações, a substituição por substâncias alternativas ou a alteração dos processos produtivos das substâncias, materiais ou produtos numa perspectiva de economia mais segura, com menores impactos, e mais eficientes na forma como se utilizam os recursos naturais, o que envolve inevitavelmente a cooperação entre diferentes atores chave que participam e intervêm no contexto da oferta e da procura. Para o efeito, é essencial melhorar a eficiência e a eficácia na utilização de recursos naturais (matéria e energia), determinando uma concepção mais sustentável dos produtos e um consumo mais responsável, nos sistemas de produção-consumo da saúde humana.

No que respeita à minimização da quantidade de resíduos hospitalares gerados nas unidades produtoras de resíduos hospitalares, importará implementar medidas de prevenção da produção de resíduos hospitalares ao nível das compras, nomeadamente através da promoção, nas UPCS, de compras e

PROTOCOLO / SES
Fls Nº 1615
FUNC.

contratos de prestação de serviços com critérios de sustentabilidade que contribuam para este objetivo.

Também o reforço dos sistemas de gestão internos da unidade produtora de resíduos hospitalares tem como finalidade limitar as necessidades ao essencial, minimizando ao indispensável o armazenamento de produtos com prazo de validade e fomentando o recurso a sistemas de gestão de *stocks* mais eficientes, o que permitirá uma gestão mais eficiente dos produtos com prazo de validade.

Os meios de diagnóstico aos quais esteja associada uma menor produção de resíduos hospitalares também deverão ser promovidos, como é o caso do recurso à leitura dos raios-X diretamente no computador em detrimento da respectiva impressão.

Conjuntamente, a promoção da reutilização dos materiais é uma preocupação associada a este Eixo, podendo ser alcançada através da promoção, nas unidades de prestação de cuidados de saúde, da substituição de materiais/equipamentos por reutilizáveis (nomeadamente através da descontaminação e esterilização), desde que a segurança seja assegurada e mantida os níveis de exigência, em função do uso a que se destinam. Devolver aos fornecedores as embalagens não contaminadas passíveis de reutilização é outra forma de promover este objetivo.

A compreensão da natureza e proveniência dos resíduos hospitalares e aidentificação dos seus componentes predominantes constituem requisitos essenciais para uma adequada implementação da estratégia de prevenção que se preconiza no presente Plano.

A promoção da substituição de produtos que resultam em resíduos hospitalares perigosos por outros com menor grau de perigo, nas unidades de prestação de cuidados de saúde, concorrerá para a minimização da quantidade de substâncias perigosas presentes nos materiais e nos produtos, e poderá ser conseguida através da implementação de um programa de inventariação de produtos/materiais perigosos usados nas unidades de prestação de cuidados



de saúde e subsequente substituição de substâncias perigosas presentes nos materiais e produtos por outras menos perigosas.

A aplicação de medidas preventivas ao nível das substâncias, materiais ou produtos que diminuam a quantidade e o grau de perigo dos resíduos hospitalares gerados contribuem para a redução dos perigos e dos riscos dos profissionais nas entidades produtoras de resíduos hospitalares e daqueles que desenvolvem a sua atividade profissional nos operadores de resíduos hospitalares, pela redução potencial da exposição dos profissionais aos riscos biológicos, químicos e físicos associados aos resíduos hospitalares.

Importante realçar que existem boas práticas instituídas que deverão ser identificadas e divulgadas. Neste contexto, dever-se-á proceder a um levantamento e divulgação de boas práticas de prevenção da quantidade e grau de perigo dos resíduos hospitalares, transmitindo não só o que foi feito, mas também os ganhos alcançados não só a nível ambiental, mas também a nível financeiro.

Neste sentido, preconiza-se a elaboração de Fichas de Boas Práticas, as quais identificarão as melhores práticas no contexto da gestão de resíduos, nomeadamente no que se refere àimplementação da contabilidade ambiental, otimização da gestão de *stocks*, medidas de racionalização do uso de dispositivos de uso único e outras medidas de políticas de compras sustentáveis. A realização de oficinas e seminários permitirá a divulgação das boas práticas identificadas ao nível da prevenção da produção de resíduos.

A presença de agentes infecciosos, substâncias químicas perigosas (nomeadamente carcinogênicas, mutagênicas, tóxicas para a reprodução ou radioativas) e de materiais cortantes e perfurantes, entre outros, nos resíduos hospitalares pode conduzir a acidentes, doenças e alterações do bem-estar dos profissionais, pelo que importa garantir a adoção de medidas dos Programas de Saúde Ocupacional/Segurança e Saúde no Trabalho nas entidades /instituições/ organizações, suportadas numa adequada avaliação

dos riscos, no sentido de reduzir a exposição dos profissionais aos resíduos hospitalares.

Neste contexto, consideram-se como grupos profissionais de risco, designadamente, médicos, veterinários, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutico, auxiliar de ação médica ou de apoio e vigilância, funcionários que prestam serviçosde apoio às atividades de saúde humana e de saúde animal (lavanderia, limpeza, esterilização e recolha e transporte de resíduos) e profissionais que desenvolvam a sua atividade na gestão de resíduos hospitalares.

Importa ainda salientar que existem profissionais, designadamente os que manipulam os resíduos nos produtores e operadores de resíduos hospitalares que, por estarem mais expostos (dado o seu contato mais direto com os resíduos hospitalares e por um período de tempo superior ao dos outros profissionais), poderão necessitar de medidas de proteção adequadas. Neste âmbito e no quadro deste Plano, será da maior relevância elaborar orientações/recomendações de segurança e de saúde no trabalho, dirigidas aos profissionais potencialmente mais expostos aos resíduos hospitalares.

A gestão adequada de resíduos, que visa salvaguardar a saúde humana e o ambiente, assume particular importância no contexto dos resíduos hospitalares, nomeadamente no que respeita aos impactes destes resíduos no ambiente, designadamente no que se refere a aspectos microbiológicos, toxicológicos e genotóxicos que, associados ao tipo e volume de efluentes produzidos, colocam importantes questões sobre o risco potencial não só para os diversos compartimentos ambientais como na saúde humana. De salientar ainda o caráter cumulativo de algumas substâncias constituintes dos resíduos hospitalares que podem gerar, ao longo prazo, graves efeitos nos ecossistemas receptores.

PROTOCOLO
Nº 1618
Fls.

Eixo II – Informação, Conhecimento e Inovação

Este Eixo Estratégico é orientado para a aquisição da informação de base, nomeadamente como resultado da evolução científica e tecnológica nas áreas da saúde e do ambiente.

O recolhimento,a monitorização e a disponibilização da informação contribuirão para o desenvolvimento do conhecimento relativo aos resíduos hospitalares. Para o efeito, a garantia e disponibilização de um sistema de informação de resíduos hospitalares representativo, fiável e de qualidade serão essencial para obter informação mais rigorosa sobre a classificação, quantidade e operação efetuadas. Para tal é necessário assegurar o preenchimento do SIRAPA por todos os intervenientes na gestão dos resíduos hospitalares, bem como implementar rotinas de validação e/ou auditorias (internas e externas) regulares à informação declarada. A georreferenciação dos dados relativos aos resíduos hospitalares é também um elemento essencial, pois permitirá obter informação sobre as localizações de produção, tratamento e destino final dos resíduos.

De modo a garantir o conhecimento do sector ao nível dos diferentes intervenientes importa proceder à divulgação e disseminação dos resultados alcançados na gestão dos resíduos hospitalares, nomeadamente no que se refere à prevenção, recolha tratamento, valorização e eliminação de resíduos hospitalares.

Visando desenvolver o conhecimento técnico-científico e fomentar ocompartilhamento de conhecimento e boas práticas entre profissionais, importa implementar uma rede de conhecimento em matéria de resíduos hospitalares, não só através da promoção de *fora*de discussão, nacionais e internacionais, incentivando a troca de experiências sobre projetos de I&D, designadamente ao nível do *ecodesign* e de processos de tratamento de resíduos hospitalares tal poderá ser fomentado através da construção de um Portal para o efeito ou potenciando sinergias com o Portal que já se encontra preconizado no Plano Tecnológico da Saúde dirigido aos profissionais do SNS.

Pretende-se ainda incentivar a investigação e a inovação, apoiando iniciativas e projetos de I&D, designadamente nos seguintes domínios:

- Tendências de saúde e sua influência na produção de resíduos hospitalares;
- Perigos, riscos associados à gestão dos resíduos hospitalares nas unidades de prestação de cuidados de saúde e de uma inadequada gestão;
- Valias econômicas de uma adequada gestão dos resíduos hospitalares.

O estabelecimento de parcerias, nacionais e internacionais, com empresas, centros de investigação e Universidades, será um dos fatores que concorrerá para a efetiva concretização do anteriormente exposto.

Deverá ainda ser dinamizado o acompanhamento, a nível comunitário e internacional, das temáticas relevantes no contexto nacional, associadas aos resíduos hospitalares.

Eixo III – Sensibilização, Formação e Educação

O potencial da sensibilização, formação e educação visa contribuir para uma gestão mais adequada e eficiente dos resíduos minimizando os riscos associados à sua manipulação. Para tal é necessário garantir formação aos produtores de resíduos; aos profissionais que manipulam, recolhem e transportam resíduos; aos gestores, peças chave para a implementação do plano de gestão de resíduos; e aos operadores responsáveis pelo tratamento e eliminação dos resíduos hospitalares.

A formação deve ser assegurada numa base contínua sendo, no entanto necessário o reforço nas situações em que se verifique a introdução de novosequipamentos ou quando se verificam alterações tecnológicas ou regulamentares.

Os programas de formação e educação devem incluir não só as boas práticas, os requisitos regulamentares, a utilização dos equipamentos de proteção individual adequados; mas também as estratégias de minimização da produção

de resíduos, segregação, rotulagem, armazenamento, transporte e eliminação; e primeiros socorros. Os programas de educação e formação devem ser avaliados e atualizados numa base regular de forma a assegurar a sua relevância e aceitação junto dos profissionais.

O reforço da formação especializada e a aposta na qualificação dos profissionais das unidades de prestação de cuidados de saúde, públicas e privadas, e das unidades produtoras de resíduos hospitalares consubstancia um importante meio para a operacionalização deste Plano.

A formação profissional deverá contribuir para que os profissionais envolvidos na gestão dos resíduos hospitalares possuam o conhecimento adequado, devendo as ações de informação/sensibilização/formação, estar vocacionados para os vários públicos-alvo.

A formação deverá ser estendida a todas as categorias de técnicos de saúde, abrangendo o maior número possível de profissionais, nomeadamente os coordenadores de equipas técnicas, os trabalhadores das unidades produtoras de resíduos hospitalares e responsáveis da direção, estes últimos com o objetivo de uma maior integração dos conceitos de sustentabilidade nas estratégias adaptadas, e ainda os operadores das Unidades de Gestão de resíduos hospitalares.

No sentido de garantir a competência dos técnicos que administram este tipo de ações, pretende-se desenvolver um programa de formação de formadores que garanta a qualidade e fiabilidade da formação ministrada.

Considera-se relevante contemplar, com maior incidência, as áreas sobre as quais se verifica um maior cumprimento ao nível da legislação aplicável, de modo a que estas situações sejam menos frequentes, refiram-se a título ilustrativo a obrigação de registro da produção de resíduos de algumas atividades.

A adequação dos planos formativos às necessidades diagnosticadas em cada unidade produtora de resíduos hospitalares permitirá compactar áreas

tecnicamente mais carenciadas e alcançar melhores resultados, ao nível da adoção das melhores práticas e a melhor gestão dos resíduos hospitalares.

Com o objetivo de que os futuros profissionais possam vir a adotar comportamentos adequados e como estratégia de antecipação de uma formação apropriada, importa introduzir a componente ambiental e, no quadro desta, a vertente dos resíduos hospitalares, nos *currículos* dos cursos superiores e profissionais de saúde humana e animal.

Por outro lado, no sentido de uma maior sensibilização dos entes e do público em geral, deverão realizar-se ações informativas e demonstrativas no âmbito desta problemática que garantam um maior envolvimento deste importante segmento.

A informação poderá ser disseminada através de Portais, newsletters, panfletos ou spots, entre outros meios.

A colaboração e o empenho das entidades públicas diretamente responsáveispela implementação deste Plano, bem como das unidades produtoras de resíduoshospitalares, das Universidades e outros estabelecimentos de ensino e das Ordens Profissionais, a par da intervenção de entidades acreditadas e de técnicos certificados para a área da formação profissional, serão condições indispensáveis para aumentar, de forma progressiva, o grau de formação e consciencialização dos profissionais, operadores de gestão e dos entes dos serviços produtores de resíduos hospitalares.

Eixo IV – Operacionalização da Gestão

O Eixo relativo à Operacionalização da gestão visa promover uma gestão integrada e auto- suficiente dos resíduos hospitalares, consubstanciada nos princípios que regem a Gestão de Resíduos, com especial relevância para o da hierarquia das operações de gestão de resíduos, segundo o qual deve prevalecer a prevenção, seguida da reutilização, depois a reciclagem ou outras

PROTOCOLO / SES
Fls nº 1622
FUNC

formas de valorização, constituindo a deposição/eliminação a última opção de gestão.

Este Eixo está focado nas operações de gestão de resíduos hospitalares identificadas de seguida, sendo ainda abordados aspectos transversais a todas as operações:

- Acondicionamento;
- Triagem e reciclagem;
- Recolha interna e armazenagem;
- Transporte;
- Tratamento;
- Destino Final.

Relativamente às ações subjacentes a este Eixo Estratégico, a reciclagem assume destaque, uma vez que contribui para o cumprimento de objetivos estabelecidos a nível nacional e comunitário.

A obrigatoriedade da elaboração e implementação do Plano de Gestão de resíduos hospitalares, por parte das unidades produtoras de resíduos hospitalares, deverá ser verificada em curto prazo, com o objetivo de tornar a gestão dos resíduos hospitalar mais segura e eficaz.

Este Eixo Estratégico pretende fomentar a adequada gestão dos resíduos hospitalares, com enfoque na responsabilização do produtor/detentor e, nesse sentido, propõe-se estabelecer orientações para o desenvolvimento de uma efetiva gestão de resíduos nas unidades produtoras de resíduos hospitalares através não só da definição de requisitos mínimos para a elaboração dos Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares, mas também pela divulgação de recomendações relativas à segregação e contemporização de resíduos hospitalares líquidos, e ao acondicionamento dos resíduos no local de produção, designadamente no que respeita aos produtos químicos e fármacos rejeitados.

PROTOCOLO / SES
1623
FUNC

Com vista ainda a uma adequada gestão dos resíduos hospitalares é necessário promover a correta triagem e recolha dos mesmos no local de produção, adaptando, por exemplo, progressivamente o uso de sacos com zona(s) de transparência para o acondicionamento dos resíduos. Considera-se também que para este objetivo é necessário ainda estabelecer nos Planos de Gestão de Resíduos metas associadas ao nível de triagem de resíduos valorizáveis por parte das unidades de prestação de cuidados de saúde em cada um dos diferentes serviços. O sucesso desta implementação depende do compromisso da gestão de topo e de uma adequada estratégia de comunicação no seio das unidades de prestação de cuidados de saúde.Outro aspecto essencial na gestão dos resíduos hospitalares no interior das unidades produtoras de resíduos hospitalares é a questão das infraestruturas, especificamente no que se refere ao armazenamento dos resíduos hospitalares, pelo que importa proceder ao seu levantamento e diagnóstico, de forma a caracterizar devidamente os perigos e riscos associados às mesmas, visando eventuais melhorias, dado que, na sequência de ações de inspeção realizadas, constata-se que algumas unidades de prestação de cuidados de saúde a seres humanos e a animais não dispõem das condições de armazenamento adequadas ao tipo e quantidade de resíduos que produzem.

A atividade dos Centros de Saúde também se desenvolve em serviço domiciliário, o que implica a produção descentralizada de resíduos hospitalares que, em algumas situações, por escassez de meios, como por exemplo, falta de viaturas adaptadas para o transporte de resíduos hospitalares, são rejeitados nas casas dos doentes, sem garantia que o seu destino seja o adequado.

Se não forem tomadas medidas minimizadoras destas ocorrências, esta situação poderá ainda tomar maiores proporções dado poder antecipar-se que nos próximos anos a prestação deste tipo de cuidados de saúde apresente um crescimento, não só pelo aumento da população envelhecida, mas também por alteração no tipo de prestação de cuidados de saúde disponibilizado.

No que respeita ao transporte de resíduos hospitalares importa estabelecer os requisitos mínimos relativos aos serviços de ambulatório e Inter unidades (incluindo de unidade de produção para unidade de transferência/ tratamento/eliminação) e entre unidades de produção. Perspectiva-se que a revisão da legislação em curso venhacontribuir para a clarificação da articulação entre a legislação aplicável aos resíduos hospitalares e a legislação de transportes de mercadorias perigosas.

Complementarmente, para minimizar os riscos associados, deverá ser equacionada a eventual operacionalização de uma rede logística, com vista a recolha dos resíduos hospitalares resultantes da produção difusa, a qual abrange, em particular, nomeadamente os resíduos hospitalares produzidos em domiciliário e em ambulatório.

Para fomentar a adequada gestão dos resíduos hospitalares é necessário ainda ter garantias de que é assegurado o encaminhamento dos resíduos que exigem tratamento específico para operador licenciado para o efeito, sendo para isso fundamental a correta classificação dos resíduos, em concordância com orientações já transmitidas. Por outro lado, considera-se igualmente importante assegurar a atualização e divulgação regular do Sistema de Informação de Licenciamento de Operações de Gestão de Resíduos junto dos responsáveis pelas unidades produtoras de resíduos hospitalares, com vista ao conhecimento dos operadores e opções existentes por parte das unidades produtoras de resíduos hospitalares, contribuindo desta forma para o correto encaminhamento destes resíduos.

Tendo a análise SWOT identificado a ameaça relativa à inexistência de harmonização da legislação em matéria de resíduos hospitalares entre os diferentes países e a oportunidade referente à revisão e atualização do regime jurídico em matéria de resíduos, designadamente a Lista Europeia de Resíduos (LER), considera-se oportuno integrar aquelas preocupações em sede de revisão da LER, visando a obtenção de umaclassificação de resíduos hospitalares harmonizada a nível comunitário, com o mesmonível de exigência no que respeita ao tratamento.

Importa ainda desenvolver ações que fomentem que os resíduos com potencial de reciclagem ou outra forma de valorização não sejam encaminhados para outro destino.

Ao nível das embalagens a uniformização da gestão de resíduos de medicamentos e embalagens de medicamentos de diferentes proveniências e a operacionalização efetiva do sistema relativo aos resíduos de embalagens produzidos nas UPCS viriam a contribuir em muito para este desígnio tendo ainda em vista o futuro enquadramento legislativo. Neste âmbito, considera-se ainda relevante adequar o sistema que assegura a gestão dos resíduos de medicamentos e embalagens de medicamentos resultantes das atividades veterinárias desenvolvidas em ambulatório no âmbito da saúde animal.

Relativamente aos resíduos provenientes das cantinas e dos espaços verdes das unidades produtoras de resíduos hospitalares importa potenciar o seu encaminhamento visando uma maior valorização da matéria orgânica. No cenário adaptado, estimou-se ser possível aumentar a quantidade de recolha seletiva de matéria orgânica de 764 t(situação de referência, em 2006) até 1.310 t, em 2016. Por outro lado, também a recolha seletiva multimaterial poderá aumentar de 19.118t, em 2006, até 38.236t, em 2016.

No que respeita à gestão dos resíduos de fraldas descartáveis e numa perspectiva de análise de ciclo de vida, deverá ser avaliado o desempenho ambiental de cada uma das alternativas de gestão – deposição em aterro, incineração e reciclagem.

Propõe-se ainda concretizar o princípio da auto-suficiência assegurando, para oefeito, que as operações de gestão de resíduos hospitalares decorrem preferencialmente em território nacional tendo em atenção à questão da proximidade, no contexto do qual a medida do Plano Tecnológico da Saúde relativa à construção e exploração de um Centro Integrado de Valorização e Tratamento de Resíduos Hospitalares e Industriais afigura-se determinante.

Por outro lado, e de modo a não se verificarem situações de exportação de resíduos hospitalares que diminuam as exigências nacionais de tratamento e

destino final destes resíduos e a exportação de resíduos nas situações em que exista capacidade nacional para o adequado tratamento/destino final dos mesmos, será estabelecida a proibição da exportação de resíduos hospitalares, ressalvando apenas casos excepcionais devidamente fundamentados na legislação nacional e comunitária em vigor.

Com vista a conhecerem-se os custos associados aos diferentes tratamentos importará desenvolver metodologia para a condução de análises econômico-financeiras em matéria de gestão dos resíduos hospitalares.

Ainda no contexto da efetiva aplicação de um regime econômico e financeiro prevê-se a operacionalização e aplicação do produto da Taxa de Gestão de Resíduos à componente dos resíduos hospitalares.

Eixo V – Acompanhamento e Controle

A seleção das prioridades do Eixo Estratégico V, de Acompanhamento e Controle, é orientada, sobretudo para a implementação de planos de monitorização e controle.

A redução do grau de perigo e do risco associado aos resíduos hospitalares do Grupo III e especialmente do Grupo IV constitui uma prioridade fundamental. Oreforço do controlo da gestão dos resíduos hospitalares, nas unidades produtoras de resíduos hospitalares, através da realização de auditorias periódicas, permitirá o acompanhamento e melhoria contínua dos processos e procedimentos adaptados.

No contexto do PERH, o Eixo Estratégico relativo ao Acompanhamento e Controle compreende a monitorização e o controlo da gestão dos resíduos hospitalares.

A implementação de Sistemas de Gestão Ambiental (SGA) nas unidades de tratamento de resíduos hospitalares e nas unidades de prestação de cuidados de saúde pode contribuir para uma melhor gestão de resíduos bem como contribuir para a diminuição dos impactos sobre o ambiente, tendo em conta que, com a sua adoção, atua-se de uma forma mais sistematizada, mais

interventiva e mais transparente, obtendo ganhos não só ao nível ambiental, mas também a nível econômico (redução dos consumos, dos custos relacionados com a poluição, dos riscos de responsabilidade ambiental, entre outros) e da imagem da empresa (com consequentes benefícios econômicos e de relacionamento com os consumidores e clientes, autoridades, etc.).

Neste contexto, importa incentivar as unidades de tratamento de resíduos hospitalares e as unidades de prestação de cuidados de saúde a implementar Sistemas de Gestão Ambiental tendo em vista promover a melhoria contínua do desempenho ambiental destas unidades, assim como a avaliação periódica, sistemática e objetiva dos resultados obtidos e a disponibilização de informação ao público.

As unidades produtoras de resíduos hospitalares possuem um conjunto de atividades e operações (ex: triagem e deposição seletiva, recolha, transporte interno ouintra-serviços) para as quais é fundamental estabelecer mecanismos de controle interno, designadamente:

Controle da correta triagem (ex: verificar a correta separação, a utilização de sacos com a cor correspondente ao tipo de resíduo depositado, a dimensão e espessura dos sacos/contentores utilizados, etc.);

Controle do recolhimento e transporte interno ou intra-serviços (ex: verificar a operacionalidade dos circuitos internos estabelecidos, as condições de segurança no transporte de resíduos, etc.);

Controle do armazenamento (ex: verificar as condições de armazenamento dos contentores, a quantidade de resíduos depositados no contentor, as condições de higienização dos contentores limpos, etc.);

Controle do recolhimento em transporte (externo) e destino final (ex: verificar as condições de pesagem de resíduos efetuadas pelo operador de gestão; o procedimento de registo efetuado pelo operador de gestão; as condições de licenciamento do operador de gestão, etc.).

Este controle interno abrange não só atividades e operações de gestão de resíduos, mas também os recursos afetos, designadamente humanos, físicos e financeiros que asseguram sua concretização. Todos os mecanismos de controle, adotados pelo produtor de resíduos hospitalares, devem estar devidamente sistematizados no Plano de Gestão de Resíduos e possuir um registo organizado para controle dos mesmos.

Neste sentido, as unidades produtoras de resíduos hospitalares devem avaliar anualmente os seus Planos de Gestão de Resíduos, designadamente no que diz respeitoaos mecanismos de controle, no sentido de aferir se a implementação decorre de acordo com o planeado, assim como avaliar a concretização dos objetivos estabelecidos.

Considerando as auditorias intemas como uma ferramenta de gestão que permite uma avaliação sistemática, documentada e objetiva do desempenho ambiental das organizações, é importante que as unidades produtoras de resíduos hospitalares também as promovam ao nível das atividades de gestão dos resíduos hospitalares, de forma a avaliar se estas são desenvolvidas de acordo com os procedimentos estabelecidos.

Adicionalmente, a avaliação da implementação dos Planos de Gestão de resíduos hospitalares das unidades de prestação de cuidados de saúde deverá igualmente passar pela promoção de auditorias externas, designadamente conduzidas pela entidade Gestora.

A Avaliação da Qualidade de Serviço, promovido pelo Ministério da Saúde, deverá prever parâmetros ambientais, nomeadamente referentes à componente dos resíduos, visando a promoção do bom desempenho ambiental das unidades de prestação de cuidados de saúde.

Os tratamentos a nível nacional de resíduos hospitalares alternativos à incineração ocorrem por processos físicos e/ou químicos, não estando legalmente definidos critérios que avaliem a eficácia e qualidade dos mesmos. Preconiza-se, assim, o estabelecimento de indicadores de monitorização da



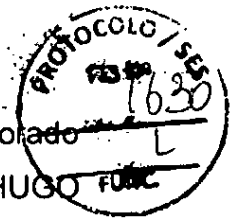
eficácia e qualidade dos processos de tratamento de resíduos hospitalares alternativos à incineração.

Assim, no que diz respeito às operações de gestão de resíduos, é necessário manter um sistema de avaliação da eficácia e eficiência das infraestruturas de tratamentodos resíduos hospitalares, através da monitorização, quer dos processos, quer dos resíduos finais, quer das emissões resultantes dos tratamentos, sendo a comunicação dos resultados alcançados neste contexto um incentivo à melhoria do desempenho ambiental.

A realização de estudos visando o estabelecimento de relações entre a tipologia de serviços de saúde prestados e respectivo potencial de produção de resíduos hospitalares será de grande utilidade, permitindo canalizar esforços na condução de ações futuras neste contexto, designadamente na área da prevenção.

Por fim, ao nível das Entidades da Administração Pública, há que desenvolver mecanismos de regulação com capacidade de intervir nos processos de gestão dos resíduos hospitalares, sendo necessário concertar esforços e uniformizar procedimentos de fiscalização e inspeção, clarificando competências e áreas de intervenção. Neste sentido, a fiscalização pelo Estado é crucial, pois assegura que as operações de gestão de resíduos hospitalares são realizadas de acordo com o enquadramento legal aplicável.

As unidades produtoras de resíduos hospitalares, Transportadores e Operadores de Gestão de resíduos hospitalares são alvo de diversas ações de inspeção/fiscalização por parte de diferentes entidades, designadamente do Ministério da Saúde, do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Defesa, que apesar da sua especificidade de atuação apresentam pontos de verificação comuns e outros complementares, que importa partilhar, analisar e potenciar. Neste sentido, é essencial promover as sinergias de atuação por parte dos diferentes organismos de inspeção e fiscalização que atuam no âmbito da gestão dos resíduos hospitalares.



Constituição Básica

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado para que o Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO possa manejar adequadamente todos os resíduos gerados no estabelecimento, atendendo as legislações em vigor contribuindo assim, com a saúde pública e o meio ambiente.

A identificação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverá apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características, no âmbito do estabelecimento, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final.

Identificação do Estabelecimento

A comissão deverá compor os dados para identificação do proponente bem como informações previstas em nível de licenciamento ambiental e parâmetros institucionais do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Objetivos

O presente plano da comissão constitui-se de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Definições

O Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde, do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO devera estar compatível com as normas locaisrelativas à coleta, transporte e disposição final dos

CERKIP

resíduos gerados nos serviços de saúde estabelecidas pelos órgãos [illegible]
responsáveis por estes estabe-

O manejo dos RSS – Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde é entendido como
a ação de gerenciar os resíduos em seus estados [illegible] exista
estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes
etapas:

Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de
acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico
e os riscos envolvidos.

Acondicionamento

Consiste no uso de empregar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes
que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura. A capacidade dos
recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de
cada tipo de resíduo.

Identificação

Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos
contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo
dos RSS.

Transporte interno

Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado
ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de
apresentação para a coleta.

Armazenamento Temporário

Consiste em guardar temporariamente os recipientes contendo os resíduos já
acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a

Instituto de Gestão em Saúde
[illegible] Fone: 71 33 3032-5555 www.cerkip.edu.br

PROTOCOLO SES 7631 FUNC

resíduos gerados nos serviços de saúde,estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

O manejo dos RSS – Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra eextra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Acondicionamento

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Identificação

Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Transporte Interno

Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1632
ASSINATURA

coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

Tratamento

Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique ascaracterísticas dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente.

O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento.

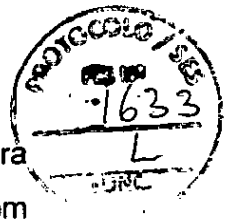
Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

Armazenamento Externo

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

Coleta e Transporte Externos

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.



Disposição Final

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

Classificação dos Resíduos

GRUPO A

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

A4 – Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.

GRUPO B

Resíduos químicos. Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados. (Chumbo contido na embalagem do filme radiográfico).

Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

Restos de amálgama.

GRUPO C

Rejeitos radioativos. Não são produzidos no Consultório Odontológico.

GRUPO D

PROTOCOLO 1634 FUNC

Resíduos comuns. Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliados.

Papel de uso sanitário, absorventes higiênicos, sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos provenientes das áreas administrativas, resíduos de varrição, flores, podas e jardins.

GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes.

Agulhas descartáveis, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, instrumentais quebrados, etc.

Análise dos resíduos gerados pelo estabelecimento estará de acordo com a Resolução Nº. 358, de 29 de Abril de 2005:

Artigo 2º - Para os efeitos desta resolução considera-se:

I. agente de classe de risco IV (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): patógeno que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;

PROTOCOLO SES
FLS 1635
FUNC

GRUPO A1 - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

Culturas e estoques de microorganismos.

Resíduos de fabricação de produtos biológicos exceto os hemoderivados.

Descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados.

Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas.

Resíduos de laboratórios de manipulação genética.

Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação ou causador de doença emergente que se tome epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

Sobras de amostras de laboratórios contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

GRUPO A2 - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

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

GRUPO A3 - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

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

PROTOCOLO 1636 FUNC

GRUPO A4 - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.

Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada.

Membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.

Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microorganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.

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

Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Peças anatômicas (órgão e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica.

Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações.

Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

GRUPO A5 - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

GRUPO B - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

a) produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações;

b) resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;

c) efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores);

d) efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;

e) demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

PROTOCOLO
163
1
FURC

GRUPO C - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

a) enquadram-se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas e serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação.

GRUPO D - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

Papel de uso sanitário e fralda.

Absorventes higiênicos.

Peças descartáveis de vestuário.

Resto alimentar de paciente.

Material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclise.

Equipo de soro e outros similares não classificados como pertencentes ao Grupo A1.

Sobra de alimentos e do preparo de alimentos.

Resto alimentar de refeitório.

Resíduos provenientes das áreas administrativas.

Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

GRUPO E - DESCRIÇÃO DE RESÍDUO

Lâminas de barbear.

Agulhas.

Escalpes.

Ampolas de vidro.

Brocas.

Limas endodônticas.

Pontas diamantadas.

Lâmina de bisturi.

Lancetas.

Tubos capilares.

Micropipetas, lâminas e laminulas e todos os utensílios de vidros quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Memorial Descritivo

Dentre uma das ações destinadas a Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO esta a identificação dos ambientes/grupo dos resíduos gerados e apresentação formal em planilha própria conforme exemplo/modelo abaixo:

AMBIENTE			GRUPO D	
Consultórios				
Almoxarifado				
Recepção				
Corredor				
Salas Administrativas				
Sala de Enfermagem				
Sala de Procedimento				
D.M.L.				
Expurgo				
Sanitários				
Refeitório				
Estacionamento				

Caracterização dos resíduos gerados:

Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO, após a identificação do ambiente/grupo de resíduos gerados devera efetuar a descrição e classificação dos resíduos gerados conforme exemplo/modelo do quadro abaixo:

Caracterização

Nº DO SETOR	SETOR	DESCRIÇÃO DE RESÍDUO	CLASSIFICAÇÃO
1	Recepção	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, resíduos de varrição.	Grupo "D"
2	Almoxarifado	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, barbante, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, resíduos de varrição.	Grupo "D"
3	Corredor	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
4	Consultório	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, resíduos de varrição, abaixador de língua, algodão embebido em álcool para limpeza de estetoscópio, material usado em anti-sepsia, hemostasia de venóclise, equipo de soro e outros similares não classificados como "A1".	Grupo "D" Grupo "A"
4.1	Sala de Enfermagem	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, abaixador de língua, resíduos de varrição, algodão embebido em álcool para limpeza de estetoscópio, gaze utilizado na troca de curativos de feridas, curativos primários de alta tecnologia como hidrocolóides, AquaCell, acesso venoso,bolsas vazias de soro fisiológico, Soro glicosado,cateteres EV tipo "Angiocath" sem o mandril de metal, polifix de duas vias, extensores, mascaras descartáveis, luvas de látex, luvas de plástico, frascos vazios de plástico, compressas de gaze para curativos, gaze hidrófila, cânula de aspiração traqueal, atadura de crepe, cotonete, disco adesivo com bolsa para colostomia, material usado em anti-sepsia, hemostasia de enóclises,equipo de soro e outros similares não classificados como "A1".	Grupo "D" Grupo "A"
4.2	Sala de Procedimentos	Materiais perfurocortantes, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, laminas de bisturi, lancetas.	Grupo "E"

5	Recepção de equipamentos sujos	Resíduos de varrição, sacos plásticos.	Grupo "D"
6	Sala de Desinfecção	Desencrustante natural à base de ácido recinoleico tensoativo não iônico, solução de 1% iodo ativo, detergente (lava louça), solução hipoclorito de sódio, hidróxido de sódio, cloreto de sódio e água, resíduos de varrição,	Grupo "D" Grupo "A"
7	Sala de direcionamento	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
8	Sala de Armazenamento de Materiais de Limpeza	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
9	Sanitário para deficientes	Resíduos de varrição, papel higiênico, papel toalha, detergente para lavar as mãos.	Grupo "D"
10	Refeitório	Resíduos de varrição, resíduos de alimentos, papel toalha, detergente para lavar louças, lixo tipo domiciliar.	Grupo "D"
11	Sanitário masculino	Resíduos de varrição, papel higiênico, papel toalha, detergente para lavar as mãos.	Grupo "D"
12	Sanitário feminino	Resíduos de varrição, papel higiênico, papel toalha, detergente para lavar as mãos.	Grupo "D"
13	Armazenamento	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
14	Sala de coleta de resíduos sólidos	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
15	Sala de recepção	Resíduos provenientes da área administrativa e resíduos de varrição.	Grupo "D"
16	Sala de lógica e Telefonia	Resíduos provenientes da área administrativa e resíduos de varrição.	Grupo "D"
17	Estacionamento	Resíduos de varrição, terra de e plantas.	Grupo "D"

Após a Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO, efetuar os procedimentos acima aplicáveis em atendimento as legislações pertinentes devera ser efetuado a identificação por Diagrama / Legenda de toda a Unidade:

Indica a direção de fluxo dos resíduos sólidos do Grupo "D" ⟶

Indica a direção de fluxo dos resíduos do Grupo "A,E" ⟶

Indica recipiente de lixo interno para resíduos do Grupo "A,E" ■

Indica recipiente de lixo interno para resíduos do grupo "D" ■

Indica recipiente de lixo externa para resíduos do Grupo "A,E" ▲

Indica recipiente de lixo externa para resíduos do Grupo "GDR" recicláveis ▲

Indica veículo de coleta pertencente ao governo municipal de Goiânia GO.



Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

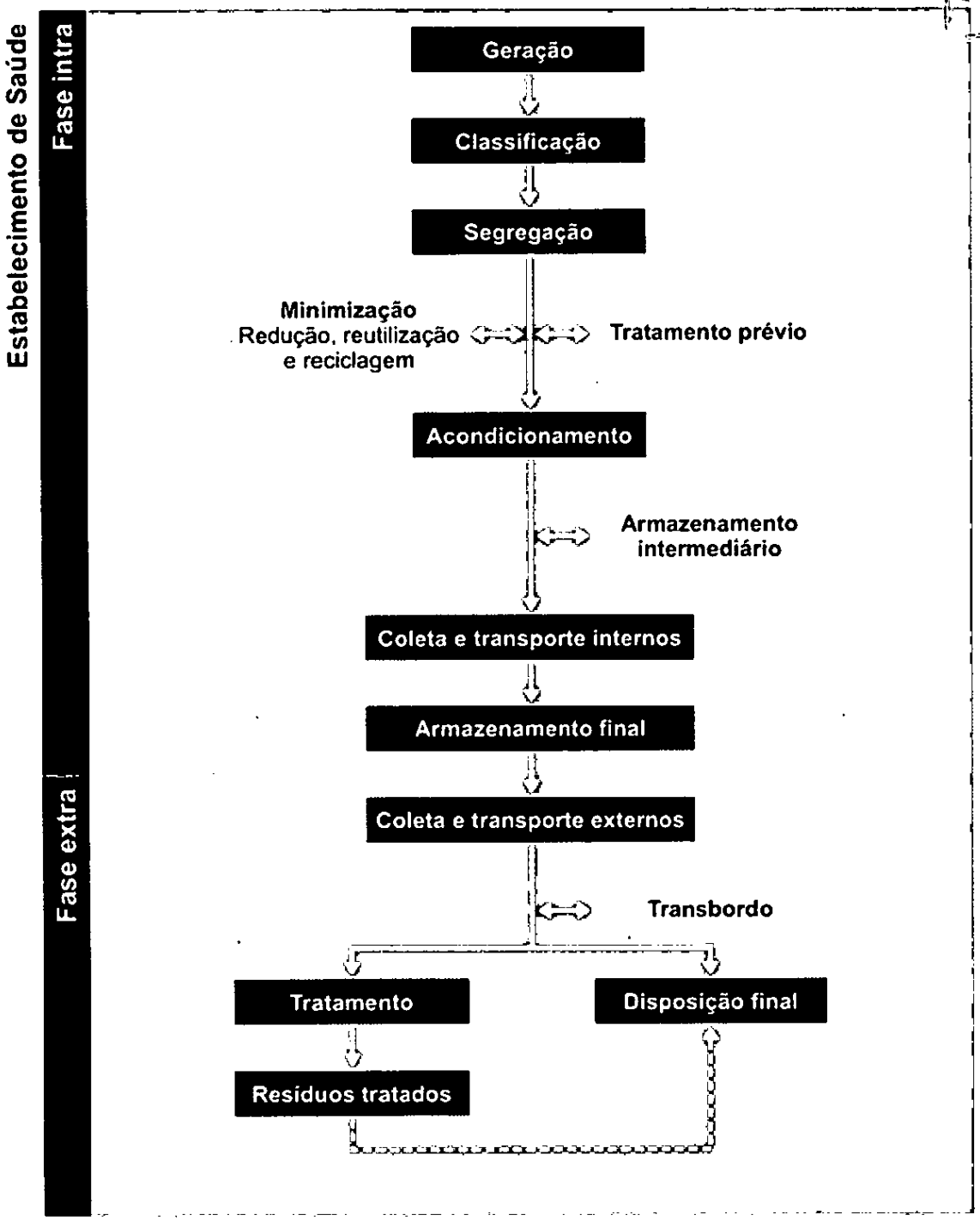
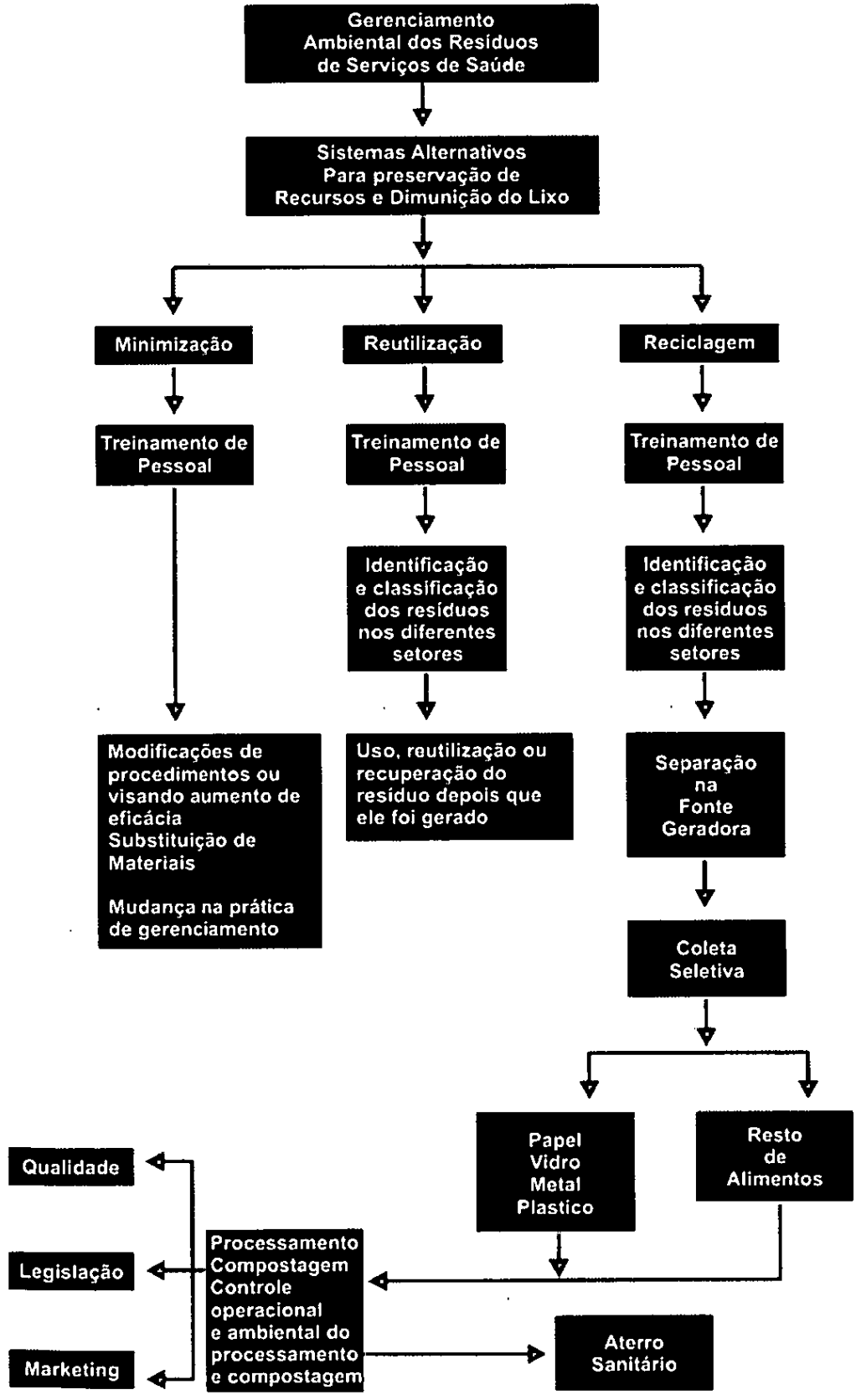


Diagrama /Fluxo

Gerenciamento Ambiental Proposto para os resíduos de Serviço de Saúde no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO..

Gerenciamento ambiental dos resíduos de serviços de saúde.



PROTOCOLO / SES
FLS
164
FUNC

Coleta Interna / Procedimentos

Procedimentos para as Áreas Internas do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO

- Os procedimentos para as Áreas Internas são todos aqueles relativos ao manuseio, segregação, acondicionamento, estocagem e transporte dos resíduos sólidos desde o local de geração até seu armazenamento dentro do Abrigo Externo.
- Qualquer que seja seu porte deverá proceder no próprio local de geração, à completa separação de todos os tipos de resíduos. Para tanto deverá haver recipientesdistintos em cada uma das salas onde se faça assistência à saúde, para receberseparadamente cada tipo de resíduo gerado.
- Os recipientes localizados nas salas onde são gerados os resíduos deverão ter capacidade volumétrica mínima para acumular o lixo gerado em um período de pelo menos quatro horas, devendo ser fabricados em material rígido. Estes recipientes deverão ser guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA, na cor branca leitosa para os resíduos infectantes e de qualquer outra cor com transparência para o lixo comum, exceto as cores preta, vermelha e branca. Os sacos plásticos para acondicionar resíduos comuns recicláveis deverão ser de plástico transparente.
- Os recipientes localizados próximo aos pacientes são de uso exclusivo dos mesmos, sendo obrigatória a colocação de recipientes vedados para os demais resíduos gerados.
- Os resíduos perfurantes ou cortantes deverão ser colocados em embalagens rígidas que atendam à norma técnica NBR-12.809 da ABNT. As embalagens rígidas devem ser colocadas em sacos plásticos de cor branca leitosa que atendam ao disposto na alínea anterior.
- Os sacos deverão ser utilizados em até 2/3 (dois terços) de sua capacidade máxima, de forma a permitir o seu correto fechamento no próprio local onde foi gerado.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 645
FUNC

- Os sacos plásticos e as embalagens rígidas contendo resíduos potencialmente infectantes deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor branca, ou corpo na cor cinza claro e tampa na corlaranja, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20 cm x 20 cm com o símbolo "Lixo Infectante", de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.
- Os sacos plásticos contendo lixo comum deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor laranja, para agregando até 120 litros por dia ou com corpo e tampa nas cores azul ou verde, para mais do que 120 litros por dia, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20cm x 20cm com o símbolo "Lixo Comum", de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.
- A remoção dos sacos plásticos contendo os diferentes tipos de resíduos deve ser feita para o Abrigo Externo, diariamente ou ao fim de cada jornada de trabalho, no mínimo, devendo permanecer armazenados nos contêineres, separadamente dos demais resíduos.
- O transporte interno de resíduos deve ser realizado em sentido único, com roteiro definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas.
- O transporte interno de resíduos deve ser feito separadamente e em recipientes específicos para cada tipo de resíduo.
- Caso o volume de resíduos gerados e a distância entre o ponto de geração e o Abrigo Externo justifiquem, deverá criar Abrigos Internos, próximos aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o traslado entre os pontos geradores e o Abrigo Externo.
- O armazenamento temporário dos resíduos nos Abrigos Internos não poderá ser feito com disposição direta dos sacos sobre o piso.
- Quando não estiverem sendo utilizados, os contêineres deverão permanecer guardados no Abrigo Externo ou no Abrigo Interno.

PROTOCOLO / SES
Fls. 164
Rubrica

- Todos os UTS e cada condomínio de edificação de uso misto deverão ter pelo menos um Abrigo Externo, que atenda ao disposto nas Resoluções ANVISA RDC-50/2002 e RDC-33/2003.
- O abrigo mencionado na alínea anterior deverá ser construído em local de fácil acesso ao veículo coletor e próximo à testada do imóvel, devendo ser exclusivo para estocar temporariamente os contêineres plásticos, sendo proibida a guarda de materiais e utensílios de limpeza, bem como quaisquer outros tipos de ferramentas nesse local.
- Caso opte por construir um Abrigo Interno, este deverá atender às exigências das resoluções ANVISA.
- Os resíduos enquadrados nos Grupos B e C da Resolução CONAMA 283/01 devem obedecer à legislação vigente, atendendo às normas técnicas da SMAC, da FEEMA e da CNEN.
- É expressamente proibido o reaproveitamento ou a comercialização de qualquer tipo de resíduo que não se enquadre na categoria de lixo comum.
- O lixo infectante, gerado em unidades instaladas em edificações comerciais ou de utilização mista, não poderá ser lançado em tubo de queda, devendo ser removido por contêineres que ficarão armazenados no Abrigo Externo até o momento da coleta.

Procedimentos para as Áreas Externas do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO

- Os procedimentos para as Áreas Externas das UTS's são todos aqueles relativos ao manuseio, movimentação, coleta, remoção, transporte e tratamento dos resíduos sólidos desde o Abrigo Externo até sua destinação final.
- Para a execução dos serviços de coleta e transporte do lixo infectante deverão ser utilizados veículos coletores específicos para esse fim, dotados com os seguintes requisitos mínimos:
  - ter superfícies internas lisas, de cantos arredondados;



- ser estanque para impedir vazamento de líquidos, devendo ter, como segurança adicional, caixa coletora impermeabilizada de líquido percolado com volume adequado para a coleta do Lixo Infectante;
- operar de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos, evitando, assim, a exposição dos resíduos e o vazamento do chorume;
- atender à programação visual especificada.

Limpeza e Desinfecção

- Os recipientes, os contêineres e os abrigos, internos e externos, terão que ser submetidos a processo de limpeza e desinfecção simultâneas, obrigatória e imediatamente após a coleta dos resíduos.
- Os veículos coletores transportadores terão que ser submetidos à lavagem e desinfecção simultâneas, obrigatoriamente após o término da jornada de trabalho.
- A desinfecção deverá ser feita com solução de hipoclorito de sódio a 2% (dois por cento) e a lavagem com água corrente em abundância e sabão ou detergente.
- Os efluentes provenientes da lavagem e desinfecção devem ser encaminhadospara sistema de tratamento que atenda aos padrões estabelecidos pelo Município.

Transporte

- Os funcionários que realizarem o transbordo do lixo infectante deverão estar usando todos os EPI's adequados à operação, devidamente treinados para as atividades realizadas e respeitando o programa de saúde ocupacional.

Tratamento

- Os resíduos infectantes, químicos ou comuns, quando apresentarem contaminação por substância radioativa deverão ser tratados como resíduos do Grupo C da Resolução CONAMA 283/01 antes de serem

submetidos a tratamento ou destinação final adequada ao seu tipo, mediante autorização prévia dos órgãos ambientais responsáveis.

Os resíduos deverão ser recolhidos e encaminhados para o armazenamento externo, sempre no período matutino e/ou final do dia, quando o recipiente estiver preenchido com 2/3 de sua capacidade acondicionados em contêiner de 120 lts.

Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, especifico para disposição temporária.

Armazenamento Externo

Abrigo localizado no recuo frontal do terreno com indicações estabelecidas pela norma regulamentadora.

Tratamento Intra-unidade

Não é utilizado nenhum tipo de tratamento intra-unidade.

Caracterização dos Aspectos Ambientais

O lixo produzido pelo Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO é dividido em: não contaminado, contaminado e lixo químico.

Todo o lixo contaminado gerado pelo deve ser esterilizado antes do descarte. A coleta deverá ser efetuada por uma empresa especializada em lixo hospitalar.

Tipos de Lixo:

Lixo patológico - Tecidos humanos ou partes do corpo removidas durante cirurgias incluindo material de obstetrícia, autópsias e de procedimentos laboratoriais. Este tipo de lixo deve ser incinerado ou autoclavado e enviado para uma área de descarte de lixo hospitalar regulamentada.

Lixo Biológico – Sangue e produtos sanguíneos, exsudatos, secreções aspirados, fezes e outros fluidos corporais que NÃO devem ser descartados diretamente no sistema de esgoto. Este tipo de lixo DEVE ser tratado de forma que se transforme em um lixo que não ofereça risco ambiental. O principal tratamento é a AUTOCLAVAÇÃO 121 °C/ 35 min.

Culturas e estoque de agentes infecciosos – Culturas microbianas, equipamentos utilizados para manipulação de culturas (ponteiras, alças, agulhas, etc.). Estes devem ser colocados em sacos plásticos branco com a indicação de lixo biológico com o símbolo de RISCO BIOLÓGICO e autoclavados antes do descarte.

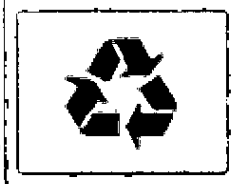
Pérfurocortantes (contaminados ou não) – Qualquer material capaz de causar perfurações ou cortes na pele. Entre estes se incluem agulhas de seringas, pipetase tubos quebrados. Estes deverão ser descartados em uma caixa rígida AMARELA que devera ser autoclavada antes do descarte, (em caso de material contaminado).

Equipamentos e aparelhos utilizados nos exames - Estes só poderão deixar o laboratório após sofrerem uma rígida descontaminação a fim de minimizar os riscos de contaminação do pessoal de transporte e manutenção.

Identificação e Quantificação dos Resíduos

CÓDIGO DOS RESÍDUOS	DESCRIÇÃO	PESO (Kg/coleta)	FREQUÊNCIA COLETA (Nº x por semana)	DESTINO FINAL
A	Resíduo Infectante ou Biológico	2 kg/dia	2	Vala especial do Aterro Sanitário
D	Resíduo Comum	4 kg/dia	3	Aterro Sanitário
E	Materiais Perfurocortantes	50gr/dia	1x/mês	Vala especial do Aterro Sanitário

Símbolos de Identificação

GRUPOS	SÍMBOLO DE IDENTIFICAÇÃO	COR DA EMBALAGEM
A		Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.
B		Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frase de risco.
C		Os rejeitos do grupo C são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescidos da expressão MATERIAL RADIOATIVO.
D		Saco plástico Azul ou preto
E		Embalagem rígida, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e identificada.

PROTOCOLO / SES
Fls 1651
FUNC.

Cores de identificação de Cores para os Diferentes tipos de Resíduos

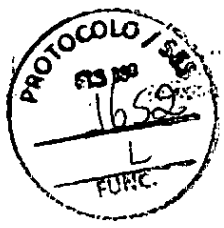
Tabela 3
Identificação de cores para os diferentes tipos de resíduos

■	**AZUL**	Papel / papelão
■	**VERMELHO**	Plástico
■	**VERDE**	Vidro
	AMARELO	Metal
■	**PRETO**	Madeira
■	**LARANJA**	Resíduos perigosos
	BRANCO	Resíduos ambulatoriais e de serviços de saúde
■	**ROXO**	Resíduos radioativos
■	**MARROM**	Resíduos orgânicos
	CINZA	Resíduo geral não reciclável ou misturado ou contaminado, não passível de separação

Saco para Lixo Hospitalar

Saco para acondicionamento de resíduos sólidos hospitalares/infectantes, constituído de Polietileno de Alta Densidade (PEAD) Virgem, oferecendo uma perfeita resistência mecânica e proporcionando a opacidade necessária à aplicação. A solda de fundo é de tipo estrela, contínua, homogênea e uniforme vedando completamente e não permitindo a perda do conteúdo durante o manuseio, de acordo com a Norma Técnica 9191, diminuindo assim, o risco de contaminação ou Infecção das áreas por onde circula. O material utilizado na fabricação é virgem e de alta qualidade, gerando um produto compatível com os padrões da ABNT e do IPT (Instituto de Pesquisas Tecnológicas).

Disponível nas capacidades:



- 100 L nas medidas 75 x 105 cm
- Pacote c/ 100 unidades
- Fardo c/ 1000 unidades
- 90 L nas medidas 92 x 90 cm
- Pacote c/ 100 unidades
- Fardo c/ 1000 unidades
- 50 L nas medidas 63 x 80 cm
- Pacote c/ 100 unidades
- Fardo c/ 1000 unidades
- 30 L nas medidas 59 x 62 cm
- Pacote c/ 100 unidades
- Fardo c/ 1000 unidades
- 15 L nas medidas 39 x 58 cm
- Pacote c/ 100 unidades
- Fardo c/ 2000 unidades

Disponível na cor Branco leitoso

Quanto à impressão o produto segue as seguintes especificações:

Impressão de simbologia de material infectante de acordo com a NBR 7500.

O número da subclasse de risco (6.2). Os símbolos, textos e números são pretos, com exceção da frase de advertência: "RSSS – Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde", impressa na cor vermelha.

Notas importantes para efetividade da comissão de Gerenciamento de

Resíduos no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO:

- Todos os resíduos codificados com a cor preta poderão ser acondicionados em sacos de lixo de cor preta e gerenciados como lixo comum, utilizando o serviço de coleta oferecido pela prefeitura;
- Todos os resíduos codificados com a cor azul poderão ser acondicionados em sacos de lixo de cor azul e gerenciados como lixo

que não é lixo, utilizando o serviço de coleta específico oferecido pela prefeitura;

- Todos os resíduos codificados com a cor laranja deverão ser acondicionados nas caixas especificamente desenhadas para acondicionamento de perfurocortantes e gerenciados como resíduos perfurocortantes contaminados.
- A caixa de perfurocortante deve ser mantida fora do alcance de crianças, pessoas com deficiência mental e animais domésticos;
- A caixa de perfurocortantes não deve ser mantida no chão;
- A caixa de perfurocortante deve ser mantida em local seco;
- Não se devem colocar resíduos que não pertença ao grupo de perfurocortantes dentro da caixa;
- Utilizar luvas de látex quando manipular qualquer lixo originado do serviço à saúde.
- Não superlotar a caixa de perfurocortantes;
- Não forçar o lixo perfurocortantes na tentativa de comprimi-lo para selar a caixa;

Coletores / Ambiente Interno

Consultórios

- Lixeira Branca (20L), com símbolo de substancia infectante, acionada a pedal com saco branco leitoso para recolhimento do lixo do Grupo A – Lixo contaminado. Após atingir
- 2/3 do volume ou ao final do expediente, é retirado, vedado e colocada etiqueta de identificação.
- Lixeira(20L) acionada a pedal com saco preto para recolhimento do lixo do grupo D
- Lixo comum.
- Lixeira individual colocada no equipo, com saco impermeável, para recolhimento do material utilizado no paciente em atendimento e descartado imediatamente após sua saída, na lixeira do Grupo A.

- Caixa rígida (Descarpax), resistente à punctura, ruptura e vazamentos com tampa, devidamente identificada para recolhimento do lixo do Grupo E – Perfurocortante.
- Vidro com tampa rosqueável contendo água em seu interior para recolhimento das sobras de amálgama.

Outros Ambientes - (Copa/salas administrativas/banheiros).

- Lixeiras (20L) acionadas a pedal com saco preto para recolhimento do lixo do Grupo D – Lixo comum. Recolhido quando após atingir 2/3 do volume ou ao final do expediente.

Coleta e Transporte Externos

GRUPO A: Resíduos Infectantes

Responsável pelo transporte: Prefeitura Municipal de Goiânia - GO

Veículo utilizado: Caminhão destinado a Resíduos Comuns - Uso exclusivo para resíduos infectantes

Frequência de coleta: 3x por semana período vespertino.

Tratamento: Não é realizado nenhum tratamento. O contêiner é fechado com cadeado.

Uma chave fica com o caminhão de coleta e outra sob poder do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Destino Final: Vala especial do Aterro Sanitário municipal.

GRUPO D: Resíduos Comuns

Responsável pelo transporte: Prefeitura Municipal de Goiânia - GO

Veículo utilizado: Caminhão próprio para resíduo comum com compactador.

Frequência de coleta: 3 x por semana - período noturno.

Destino Final: Aterro Sanitário municipal.

Outros Procedimentos que deverão ser Adotados pelo Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO

- Controle integrado de insetos e roedores: desinsetização será realizada 3/3 meses.
- Processos de higienização e limpeza:
  - Limpeza geral diária antes de se iniciar o atendimento dos pacientes.
  - Após recolhimento dos resíduos é realizada limpeza e desinfecção dos recipientes de coleta.
  - Desinfecção de superfícies após cada atendimento.
  - Álcool 70% na cadeira e superficies.
  - Desinfetante no piso.
  - Instrumentais: processo padrão dentro da área suja do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO
- Qualidade da água
  - Água da rede pública.
  - Limpeza da caixa d'água: 6/6 meses.
  - Análise da água: 6/6 meses.
- Esgoto
  - rede pública c/ tratamento.

Indicadores

Os seguintes indicadores deverão ser produzidos com periodicidade anual a partir dos dados obtidos desde o período de sua implantação:

- Taxa de acidentes com resíduo perfurcotantes.
- Variação da geração de resíduos.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo C.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E.

Saúde e Segurança do Trabalhador

Os Empregados como também os pacientes e cuidadores envolvidos com qualquer tipo de risco deverão ser instruídos de acordo com os protocolos internos de prevenção de acidentes.

Regimento Interno

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO tem como principal objetivo atender à Resolução 358/05 (CONAMA) e a RDC 306/04 (ANVISA), a fim de:

- melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;
- contribuir para o controle de infecção hospitalar e acidentes ocupacionais;
- proteger a saúde e o meio ambiente;
- reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;
- estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;
- estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados.

REGIMENTO INTERNO PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Ao elaborar o referido Regimento Interno devem ser observadas as seguintes **DIRETRIZES GERAIS,** que serão capituladas para melhores estabelecimentos:

Capítulo I – Histórico

O Regimento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde,publicado inicialmente por meio da RDC ANVISA nº. 33 de 25 de fevereiro de 2003 submetem-se agora a um processo de harmonização das normas federais dos Ministérios do Meio Ambiente por meio do Conselho Nacional de Meio Ambiente/CONAMA e da Saúde através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA referentes ao gerenciamento de RSS.

O encerramento dos trabalhos da Câmara Técnica de Saúde, Saneamento Ambiental e Gestão de Resíduos do CONAMA, originaram a nova proposta técnica de revisão da Resolução CONAMA nº. 283/2001, como resultado de mais de um ano de discussões no Grupo de Trabalho. Este documento embasou os princípios que conduziram à revisão da RDC ANVISA nº. 33/2003, cujo resultado é este Regimento Técnico harmonizado com os novos critérios técnicos estabelecidos.

Capítulo II – Abrangência

Este Regimento aplica-se a todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde- RSS.

Para efeito deste Regimento Técnico, definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidadesmóveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentreoutros similares.

Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

Capítulo III - Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e

proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados e na classificação constante do Apêndice I, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

1 - MANEJO: O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

1.1 - SEGREGAÇÃO - Consistem na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

1.2 - ACONDICIONAMENTO - Consistem no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

1.2.1 - Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

PROTOCOLO / SES
1659
RUBR.

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

1.2.3 - Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação.

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

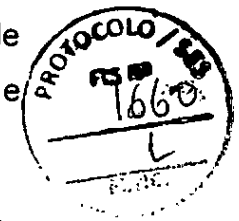
1.3 - IDENTIFICAÇÃO - Consistem no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

1.3.1 - A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

1.3.2 - A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

1.3.3 - O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

1.3.4 - O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.



1.3.5 - O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITA RADIOATIVO.

1.3.6 - O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

1.4 - TRANSPORTE INTERNO - Consistem no traslado dos resíduos dos pontos degeração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com

a finalidade de apresentação para a coleta.

1.4.1 - O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

1.4.2 - Os recipientes para transporte interno devem ser constituidos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este Regimento Técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

1.5 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO - Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e

PROTOCOLO 166

otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Nãopoderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso,sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

1.5.1- O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique.

1.5.2 - A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "SALA DE RESÍDUOS".

1.5.3 - A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m2, para armazenar, dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.

1.5.4 - No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

1.5.5 - Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, for submetido a outro método de conservação.

1.5.6 - O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

1.6 TRATAMENTO - Consiste na aplicação de método, técnica ou processo quemodifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando orisco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento

PROTOCOLO ISS
Nº 1662

gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

1.6.1 - O processo de autoclavação aplicado em laboratórios para redução de carga microbiana de culturas e estoques de microrganismos está dispensado de licenciamento ambiental, ficando sob a responsabilidade dos serviços que as possuírem, a garantia da eficácia dos equipamentos mediante controles químicos e biológicos periódicos devidamente registrados.

1.6.2 - Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA nº. 316/2002.

1.7 - ARMAZENAMENTO EXTERNO - Consistem na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

1.7.1 - No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

1.8 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS - Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente,devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

1.8.1 - A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

1.9 - DISPOSIÇÃO FINAL - Consistem na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de

construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº.237/97.

Capítulo IV – Responsabilidades

2. Compete aos serviços geradores de RSS:

2.1. A elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras orientações contidas neste Regimento.

2.1.1 - Caso o estabelecimento seja composto por mais de um serviço com Alvarás Sanitários individualizados, o PGRSS deverá ser único e contemplar todos os serviços existentes, sob a Responsabilidade Técnica do estabelecimento.

2.1.2 - Manter cópia do PGRSS disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.

2.1.3 -Os serviços novos ou submetidos a reformas ou ampliação devem encaminhar o PGRSS juntamente com o Projeto Básico de Arquitetura para a vigilância sanitária local, quando da solicitação do alvará sanitário.

2.2. A designação de profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho deClasse, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica-ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de Responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

2.2.1 - Quando a formação profissional não abranger os conhecimentos necessários, este poderá ser assessorado por equipe de trabalho que detenha as qualificações correspondentes.

PROTOCOLO FLS Nº 1664

2.2.2 - Os serviços que geram rejeitos radioativos devem contar com profissional devidamente registrado pela CNEN nas áreas de atuação correspondentes, conforme a Norma NE 6.01 ou NE 3.03 da CNEN.

2.2.3 - Os dirigentes ou responsáveis técnicos dos serviços de saúde podem ser responsáveis pelo PGRSS, desde que atendam aos requisitos acima descritos.

2.2.4 - O Responsável Técnico dos serviços de atendimento individualizado pode ser o responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

2.3 - A designação de responsável pela coordenação da execução do PGRSS.

2.4 - Prover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos, objeto deste Regimento.

2.5 - Fazer constar nos termos de licitação e de contratação sobre os serviços referentes ao tema desta Resolução e seu Regimento Técnico, as exigências de comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários das firmas prestadoras de serviço de limpeza e conservação que pretendam atuar nos estabelecimentos de saúde,bem como no transporte, tratamento e disposição final destes resíduos.

2.6 - Requerer às empresas prestadoras de serviços terceirizados a apresentação de licença ambiental para o tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, e documento de cadastro emitido pelo órgão responsável de limpeza urbana para a coleta e o transporte dos resíduos.

2.7 - Requerer aos órgãos públicos responsáveis pela execução da coleta, transporte, tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, documentação que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos de meio ambiente.

2.8 - Manter registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem, Os registros devem ser mantidos até a inspeção subsequente.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1665

3 - A responsabilidade, por parte dos detentores de registro de produto que gere resíduo classificado no Grupo B, de fornecer informações documentadas referentes ao risco inerente do manejo e disposição final do produto ou do resíduo. Estas informações devem acompanhar o produto até o gerador do resíduo.

3.1 - Os detentores de registro de medicamentos devem ainda manter atualizada, junto à Gerência Geral de Medicamentos/GGMED/ANVISA, listagem de seus produtos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem riscos de manejo e disposição final. Devem informar o nome comercial, o princípio ativo, a forma farmacêutica e o respectivo registro do produto. Essa listagem ficará disponível no endereço eletrônico da ANVISA, para consulta dos geradores de resíduos.

Capítulo V - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS

4 - Competem a todo gerador de RSS elaborar seu Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS;

4.1. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

O PGRSS deve contemplar ainda:

4.1.1. Caso adote a reciclagem de resíduos para os Grupos B ou D, a elaboração, o desenvolvimento e a implantação de práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos neste Regimento.

PROTOCOLO 1666

4.1.2. Caso possua Instalação Radiativa, o atendimento às disposições contidas na norma CNEN-NE 6.05, de acordo com a especificidade do serviço.

4.1.3. As medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores.

4.1.4. As rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço, definidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH ou por setor específico.

4.1.5. O atendimento às orientações e regulamentações nacionais, estaduais e municipais, no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

4.1.6. As ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes.

4.1.7. As ações referentes aos processos de prevenção de saúde do trabalhador.

4.1.8. Para serviços com sistema próprio de tratamento de RSS, o registro das informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos.

4.1.9 - O desenvolvimento e a implantação de programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de RSS, os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissões Internas de Biossegurança, os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, em consonância com o item 18 deste Regimento e com as legislações de saúde, ambiental e de normas da CNEN, vigentes.

4.2 - Competem ainda ao gerador de RSS monitorar e avaliar seu PGRSS, considerando;

4.2.1 - O desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado.

4.2.2 - A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante
- Variação da geração de resíduos
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E
- Variação do percentual de reciclagem

4.2.3 - Os indicadores devem ser produzidos no momento da implantação do PGRSS e posteriormente com frequência anual.

Capítulo VI - Manejo de RSS

Para fins de aplicabilidade deste Regulamento, o manejo dos RSS nas fases de Acondicionamento, Identificação, Armazenamento Temporário e Destinação Final, será tratado segundo classificação dos resíduos constante do Apêndice I

5 - GRUPO A1

5.1 - culturas e estoques de microrganismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Estes resíduos não podem deixar a unidade geradora sem tratamento prévio.

5.1.1 - Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado.

5.1.2 - Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou

eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

5.1.3 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.1.3.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.1.3.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.2 - Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.2.1 - Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

5.2.2 - Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde, quando não puderem ser submetidos ao tratamento em seu local de geração, devem ser recolhidos e devolvidos às Secretarias de Saúde responsáveis pela distribuição, em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.

5.2.3 - Os demais serviços devem tratar estes resíduos conforme o item 5.2.1 em seu local de geração.

5.2.4 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.2.4.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.2.4.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.3 - Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4 (Apêndice II), microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.3.1 - A manipulação em ambiente laboratorial de pesquisa, ensino ou assistência deve seguir as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde – Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico, correspondente aos respectivos microrganismos.

5.3.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.3.3 - Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (ApêndiceV).

5.3.4 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.3.4.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.3.4.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.4 - Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde,contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.4.1 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.4.2 - Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (ApêndiceIV) e que desestruture as suas características físicas, de modo a se tornarem irreconhecíveis.

5.4.3 - Após o tratamento, podem ser acondicionados como resíduos Grupo D.

5.4.4 - Caso o tratamento previsto no item 5.4.2 venha a ser realizado fora da unidade geradora, o acondicionamento para transporte deve ser em recipiente rígido,resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de controle de fechamento devidamente identificado, conforme item 1.3.3, de forma a garantir o transporte seguro atéa unidade de tratamento.

5.4.5 - As bolsas de hemocomponentes contaminadas poderão ter a sua utilização autorizada para finalidades específicas tais como ensaios de proficiência e confecção de produtos para diagnóstico de uso in vitro, de acordo com Regimento Técnico a ser elaborado pela ANVISA. Caso não seja possível a utilização acima, devem ser submetidas a processo de tratamento conforme definido no item 5.4.2.

5.4.6 - As sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos podem ser descartadas diretamente no sistema de coleta de esgotos, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

6 - GRUPO A2

6.1 - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos,bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

6.1.1 - Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado. Quando houver necessidade de fracionamento, em função do porte do animal, a autorização do órgão de saúde competente deve obrigatoriamente constar do PGRSS.

6.1.2 - Resíduos contendo microrganismos com alto risco de transmissibilidade e alto potencial de letalidade (Classe de risco 4) devem ser submetidos, no local de geração, a processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV) e posteriormente encaminhada para tratamento térmico por incineração.

6.1.3 - Os resíduos não enquadrados no item 6.1.2 devem ser tratados utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV). O tratamento pode ser realizado fora do local de geração, mas os resíduos não podem ser encaminhados para tratamento em local externo ao serviço.

6.1.4 - Após o tratamento dos resíduos do item 6.1.3, estes podem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de RSS, ou sepultamento em cemitério de animais.

6.1.5 - Quando encaminhados para disposição final em aterro sanitário licenciado,devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3 e a inscrição de "PEÇAS ANATÔMICAS DE ANIMAIS"

7 - GRUPO A3

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

7.1.1 - Após o registro no local de geração, devem ser encaminhados para:

I - Sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município ou Estado;

II - Tratamento térmico por incineração ou cremação, em equipamento devidamente licenciado para esse fim.

7.1.2 - Se forem encaminhados para sistema de tratamento, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3 e a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".

7.1.3 - O órgão ambiental competente nos Estados ou Municípios pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

8 - GRUPO A4

PROTOCOLO/RS
Fls nº 1073

8.1 - Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente delipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que nãocontenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos etecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, víscerase outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações; cadáveres de animaisprovenientes de serviços de assistência; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

8.1.1 - Estes resíduos podem ser dispostos, sem tratamento prévio, em local devidamente licenciado para disposição final de RSS.

8.1.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

9 - GRUPO A5

9.1 - Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantese demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

9.1.1 - Devem sempre ser encaminhados a sistema de incineração, de acordo com o definido na RDC ANVISA nº 305/2002.

9.1.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco vermelho, que devem ser substituídos após cada procedimento e identificados conforme item 1.3.3. Devem ser utilizados dois sacos como barreira de proteção, com preenchimento somente até 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

10 - Os resíduos do Grupo A, gerados pelos serviços de assistência domiciliar,devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regimento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

11 - GRUPO B

11.1 - As características dos riscos destas substâncias são as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ, conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98.

11.1.1 - A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos.

11.2 - Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente,quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem,devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específico.

11.2.1 - Resíduos químicos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.

11.2.2 - Resíduos químicos no estado líquido devem ser submetidos a tratamento específico, sendo vedado o seu encaminhamento para disposição final em aterros.

11.2.3 - Os resíduos de substâncias químicas constantes do Apêndice VI, quando não fizerem parte de mistura química, devem ser obrigatoriamente segregados e acondicionados de forma isolada.

11.3 - Devem ser acondicionados observados as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si (Apêndice V), assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

11.3.1 - Quando os recipientes de acondicionamento forem constituídos de PEAD, deverá ser observada a compatibilidade constante do Apêndice VII.

11.4- Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionadas em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

11.5 - Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com o item 1.3.4 deste Regimento Técnico.

11.6 - Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados de acordo com o item 1.3.4 Deste Regulamento Técnico.

11.7- As embalagens secundárias não contaminadas pelo produto devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

11.8- As embalagens e materiais contaminados por substâncias caracterizadas no item 11.2 deste Regulamento devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.

11.9 - Os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados, identificados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

11.10 - As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser eliminadas no esgoto, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra o serviço. Caso não exista tratamento de esgoto, devem ser submetidas a tratamento prévio no próprio estabelecimento.

11.11 - Resíduos de produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem ter seu manuseio conforme o item 11.2.

11.12 - Os resíduos de produtos e de insumos farmacêuticos, sujeitos a controle especial, especificados na Portaria MS 344/98 e suas atualizações devem atender à legislação sanitária em vigor.

11.13 - Os reveladores utilizados em radiologia podem ser submetidos a processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9, sendo posteriormente lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

11.14- Os fixadores usados em radiologia podem ser submetidos a processo de recuperação da prata ou então serem submetidos ao constante do item.

11.15 - O descarte de pilhas, baterias e acumuladores de carga contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg) e seus compostos, deve ser feito de acordo com a Resolução CONAMA nº. 257/1999.

11.16- Os demais resíduos sólidos contendo metais pesados podem ser encaminhados a Aterro de Resíduos Perigosos-Classe I ou serem submetidos a tratamento de acordo com as orientações do órgão local de meio ambiente,

em instalações licenciadas para este fim. Os resíduos líquidos deste grupo devem seguir orientações específicas dos órgãos ambientais locais.

11.17 - Os resíduos contendo Mercúrio (Hg) devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.

11.18 - Resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente.

11.18.1 - Não necessitam de tratamento, podendo ser submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem.

11.18.2 - Resíduos no estado sólido, quando não submetidos à reutilização, recuperação ou reciclagem devem ser encaminhadas para sistemas de disposição finais licenciados.

11.18.3 - Resíduos no estado líquido podem ser lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

11.19 - Os resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente, conforme definido no item 3.1, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem atender ao disposto no item 11.18.

11.20 - Os resíduos de produtos cosméticos, quando descartados por farmácias, drogarias e distribuidores ou quando apreendidos, devem ter seu manuseio conforme o item 11.2 ou 11.18, de acordo com a substância química de maior risco e concentração existente em sua composição, independente da forma farmacêutica.

11.21- Os resíduos químicos dos equipamentos automáticos de laboratórios clínicos e dos reagentes de laboratórios clínicos, quando misturados, devem

ser avaliados pelo maior risco ou conforme as instruções contidas na FISPQ e tratados conforme o item 11.2 ou 11.18.

12 - GRUPO C

12.1 - Os rejeitos radioativos devem ser segregados de acordo com a natureza física do material e do radionuclídeo presente, e o tempo necessário para atingir o limite de eliminação, em conformidade com a norma NE - 6.05 da CNEN. Os rejeitos radioativos não podem ser considerados resíduos até que seja decorrido o tempo de decaimento necessário ao atingimento do limite de eliminação.

12.1.1 - Os rejeitos radioativos sólidos devem ser acondicionados em recipientes dematerial rígido, forrados internamente com saco plástico resistente e identificados conformeo item 12.2 deste Regimento.

12.1.2 - Os rejeitos radioativos líquidos devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas de material compatível com o líquido armazenado, sempre que possível de plástico, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada, vedante, acomodados em bandejas de material inquebrável e com profundidade suficiente para conter, com a devida margem de segurança, o volume total do rejeito, e identificados conforme o item. 10.2 deste Regimento.

12.1.3 - Os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeos devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.

As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

12.2 - IDENTIFICAÇÃO:

12.2.1 - O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITA RADIOATIVO, indicando o principal risco que apresenta aquele material, além de informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora, conforme norma da CNEN NE 6.05 e outras que a CNEN determinar.

12.2.2 - Os recipientes para os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeo devem receber a inscrição de "'PERFUROCORTANTE" e a inscrição REJEITO RADIOATIVO, e demais informações exigidas.

12.2.3 - Após o decaimento do elemento radioativo a níveis do limite de eliminação estabelecidos pela norma CNEN NE 6.05, o rótulo de REJEITO RADIOATIVO deve ser retirado e substituído por outro rótulo, de acordo com o Grupo do resíduo em que se enquadrar.

12.2.4 - O recipiente com rodas de transporte interno de rejeitos radioativos, além das especificações contidas no item 1.3 deste Regimento, deve ser provido de recipiente com sistema de blindagem com tampa para acomodação de sacos de rejeitos radioativos, devendo ser monitorado a cada operação de transporte e ser submetido à descontaminação, quando necessário. Independente de seu volume, não poderá possuir válvula de drenagem no fundo. Deve conter identificação com inscrição, símbolo e cor compatíveis com o resíduo do Grupo C.

12.3 - TRATAMENTO:

12.3.1 - O tratamento dispensado aos rejeitos do Grupo C - Rejeitos Radioativos é o armazenamento, em condições adequadas, para o decaimento do elemento radioativo. O objetivo do armazenamento para decaimento é manter o radionuclídeo sob controle até que sua atividade atinja níveis que permitam liberá-lo como resíduo não radioativo. Este armazenamento poderá ser realizado na própria sala de manipulação ou em sala específica, identificada como sala de decaimento. A escolha do local de armazenamento,

considerando as meia-vidas, as atividades dos elementos radioativos e o volume de rejeito gerado, deverá estar definida no Plano de Radioproteção da Instalação, em conformidade com a norma NE - 6.05 da CNEN. Para serviços com atividade em Medicina Nuclear, observar ainda a norma NE - 3.05 da CNEN.

12.3.2 - Os resíduos do Grupo A de fácil putrefação, contaminados com radionuclídeos, depois de atendido os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item.

1.5.5, durante o período de decaimento do elemento radioativo.

12.3.3 - O tratamento preliminar das excretas de seres humanos e de animais submetidos à terapia ou a experimentos com radioisótopos deve ser feito de acordo com os procedimentos constantes no Plano de Radioproteção.

12.3.4 - As sobras de alimentos provenientes de pacientes submetidos à terapia com Iodo 131, depois de atendidos os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item 1.5.5 durante o período de decaimento do elemento radioativo. Alternativamente, poderá ser adotada a metodologia de trituração destes alimentos na sala de decaimento, com direcionamento para o sistema de esgotos, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra a unidade.

12.3.5 - O tratamento para decaimento deverá prever mecanismo de blindagem de maneira a garantir que a exposição ocupacional esteja de acordo com os limites estabelecidos na norma NE-3.01 da CNEN. Quando o tratamento for realizado na área de manipulação, devem ser utilizados recipientes blindados individualizados. Quando feito em sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou os rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem.

12.3.6 - Para serviços que realizem atividades de Medicina Nuclear e possuam mais de 3 equipamentos de diagnóstico ou pelo menos 1 quarto terapêutico, o armazenamento para decaimento será feito em uma sala de decaimento de rejeitos radioativos com no mínimo 4 m², com os rejeitos acondicionados de acordo com o estabelecido no item 12.1 deste Regimento.

12.3.7 - A sala de decaimento de rejeitos radioativos deve ter o seu acesso controlado. Deve estar sinalizada com o símbolo internacional de presença de radiação ionizante e de área de acesso restrito, dispondo de meios para garantir condições de segurança contra ação de eventos induzidos por fenômenos naturais e estar de acordo com o Plano de Radioproteção aprovado pela CNEN para a instalação.

12.3.8 - O limite de eliminação para rejeitos radioativos sólidos é de 75 Bq/g, para qualquer radionuclídeo, conforme estabelecido na norma NE 6.05 da CNEN. Na impossibilidade de comprovar-se a obediência a este limite, recomenda-se aguardar o decaimento do radionuclídeo até níveis comparáveis à radiação de fundo.

12.3.9 - A eliminação de rejeitos radioativos líquidos no sistema de esgoto deve ser realizada em quantidades absolutas e concentrações inferiores às especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, devendo esses valores ser parte integrante do plano de gerenciamento.

12.3.10 - A eliminação de rejeitos radioativos gasosos na atmosfera deve ser realizada em concentrações inferiores às especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, mediante prévia autorização da CNEN.

12.3.11 - O transporte externo de rejeitos radioativos, quando necessário, deve seguir orientação prévia específica da Comissão Nacional de Energia Nuclear/CNEN.

13 - GRUPO D

13.1 - ACONDICIONAMENTO

13.1.1 - Devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, utilizando-se sacos impermeáveis, contidos em recipientes e receber identificação conforme o item 13.2 deste Regimento.

13.1.2 - Os cadáveres de animais podem ter acondicionamento e transporte diferenciados, de acordo com o porte do animal, desde que submetidos à aprovação pelo órgão de limpeza urbana, responsável pela coleta, transporte e disposição final deste tipo de resíduo.

13.2 - IDENTIFICAÇÃO:

13.2.1 - Para os resíduos do Grupo D, destinados à reciclagem ou reutilização, a identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº. 275/2001, e símbolos de tipo de material reciclável:

I. azul - PAPÉIS
II. amarelo - METAIS
III. verde - VIDROS
IV. vermelho - PLÁSTICOS
V. marrom - RESÍDUOS ORGÂNICOS

13.2.2 - Para os demais resíduos do Grupo D deve ser utilizada a cor cinza nos recipientes.

13.2.3 - Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não existe exigência para a padronização de cor destes recipientes.

13.2.3 - São admissíveis outras formas de segregação, acondicionamento eidentificação dos recipientes destes resíduos para fins de reciclagem, de acordo com ascaracterísticas específicas das rotinas de cada serviço, devendo estar contempladas no PGRSS.

13.3 - TRATAMENTO

13.3.1- Os resíduos líquidos provenientes de esgoto e de águas servidas de estabelecimento de saúde devem ser tratados antes do lançamento no corpo receptor ou na rede coletora de esgoto, sempre que não houver sistema de tratamento de esgoto coletivo atendendo a área onde está localizado o serviço, conforme definido na RDC ANVISA nº. 50/2002.

13.3.2 - Os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

13.3.3 - Os restos e sobras de alimentos citados no item 13.3.2 só podem ser utilizados para fins de ração animal, se forem submetidos ao processo de tratamento que garanta a inocuidade do composto, devidamente avaliado e comprovado por órgão competente da Agricultura e de Vigilância Sanitária do Município ou Estado.

14 - GRUPO E

14.1 - Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes, rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.

As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

14.2 - O volume dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária deste tipo de resíduo.

14.3 - Os recipientes mencionados no item 14.1 devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de

preenchimento ficar a 5 (cinco)cm de distância da boca do recipiente, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

14.4 - Os resíduos do Grupo E, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

14.5 - Os recipientes devem estar identificados de acordo com o item 1.3.6, com símbolo internacional de risco biológico, acrescido da inscrição de "PERFUROCORTANTE" e os riscos adicionais, químico ou radiológico.

14.6- O armazenamento temporário, o transporte interno e o armazenamento externo destes resíduos podem ser feitos nos mesmos recipientes utilizados para o Grupo A.

14.7 - TRATAMENTO

14.7.1 - Os resíduos perfurocortantes contaminados com agente biológico Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem ser submetidos a tratamento,utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

14.7.2 - Dependendo da concentração e volume residual de contaminação por substâncias químicas perigosas, estes resíduos devem ser submetidos ao mesmo tratamento dado à substância contaminante.

14.7.3 - Os resíduos contaminados com radionuclídeos devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou, conforme orientações constantes do item 12.3.

PROTOCOLO 1685 2 FUNC.

14.7.4 - As seringas e agulhas utilizadas em processos de assistência à saúde, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de paciente e os demais resíduos perfurocortantes não necessitam de tratamento.

As etapas seguintes do manejo dos RSS serão abordadas por processo, por abrangerem mais de um tipo de resíduo em sua especificação, e devem estar em conformidade com a Resolução CONAMA nº. 283/2001

15 - ARMAZENAMENTO EXTERNO

15.1 - O armazenamento externo, denominado de abrigo de resíduos, deve ser construído em ambiente exclusivo, com acesso externo facilitado à coleta, possuindo, no mínimo, 01 ambiente separado para atender o armazenamento de recipientes de resíduos do Grupo A juntamente com o Grupo E e 01 ambiente para o Grupo D. O abrigo deve ser identificado e restrito aos funcionários do gerenciamento de resíduos, ter fácil acesso para os recipientes de transporte e para os veículos coletores. Os recipientes de transporteinterno não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso aoabrigo de resíduos.

15.2 - O abrigo de resíduos deve ser dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta do sistema de limpeza urbana local. O piso deve ser revestido de material liso, impermeável, lavável e de fácil higienização. O fechamento deve ser constituído de alvenaria revestida de material liso, lavável e de fácil higienização, com aberturas para ventilação, de dimensão equivalente a, no mínimo, 1/20 (um vigésimo) da área do piso, com tela de proteção contra insetos.

15.3- O abrigo referido no item 15.2 deste Regulamento deve ter porta provida de tela de proteção contra roedores e vetores, de largura compatível com as dimensões dos recipientes de coleta externa, pontos de iluminação e de água, tomada elétrica, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento e ralo sifonado com tampa que permita a sua vedação.

PROTOCOLO / SES
1686
FUNC.

15.4- Os resíduos químicos do Grupo B devem ser armazenados em local exclusivo com dimensionamento compatível com as características quantitativas e qualitativas dos resíduos gerados.

15.5 - O abrigo de resíduos do Grupo B, quando necessário, deve ser projetado e construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas para ventilação adequada, com tela de proteção contra insetos. Ter piso e paredes revestidos internamente de material resistente, impermeável e lavável, com acabamento liso. O piso deve ser inclinado, com caimento indicando para as canaletas. Deve possuir sistema de drenagem com ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação. Possuir porta dotada de proteção inferior para impedir o acesso de vetores e roedores.

15.6 - O abrigo de resíduos do Grupo B deve estar identificado, em local de fácil visualização, com sinalização de segurança RESÍDUOS QUÍMICOS, com símbolo baseado na norma NBR 7500 da ABNT.

15.7 - O armazenamento de resíduos perigosos deve contemplar ainda as orientações contidas na norma NBR 12.235 da ABNT.

15.8- O abrigo de resíduos deve possuir área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes coletores e demais equipamentos utilizados no manejo de RSS. A área deve possuir cobertura, dimensões compatíveis com os equipamentos que serão submetidos à limpeza e higienização, piso e paredes lisas, impermeáveis, laváveis, ser provida de pontos de iluminação e tomada elétrica, ponto de água, preferencialmente quente e sob pressão, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgotos do estabelecimento e ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação.

15.9 - O trajeto para o traslado de resíduos desde a geração até o armazenamento externo deve permitir livre acesso dos recipientes coletores de resíduos, possuir piso com revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, quando necessária, com inclinação de acordo com a RDC ANVISA nº. 50/2002.

15.10 - O estabelecimento gerador de RSS cuja geração semanal de resíduos não exceda a 700 L e a diária não exceda a 150 L, pode optar pela instalação de um abrigo reduzido exclusivo, com as seguintes características:

• Ser construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas teladas para ventilação, restrita a duas aberturas de 10X20 cm cada uma delas, uma a 20 cm do piso e a outra a 20 cm do teto, abrindo para a área externa. A critério da autoridade sanitária, estas aberturas podem dar para áreas internas da edificação;

• Piso, paredes, porta e teto de material liso, impermeável e lavável. Caimento de piso para ao lado oposto ao da abertura com instalação de ralo sifonado ligado à instalação de esgoto sanitário do serviço.

• Identificação na porta com o símbolo de acordo com o tipo de resíduo armazenado;

• Ter localização tal que não abra diretamente para a área de permanência de pessoas e, circulação de público, dando-se preferência a locais de fácil acesso à coleta externa e próxima a áreas de guarda de material de limpeza ou expurgo.

Capítulo VII – Segurança Ocupacional

16 - O pessoal envolvido diretamente com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento, e armazenamento de resíduos, deve ser submetido a exame médico admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme estabelecido no PCMSO da Portaria 3214 do MTE ou em legislação específica para o serviço público.

16.1 - Os trabalhadores devem ser imunizados em conformidade com o Programa Nacional de Imunização-PNI, devendo ser obedecido o calendário previsto neste programa ou naquele adotado pelo estabelecimento.

16.2 - Os trabalhadores imunizados devem realizar controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta imunológica.

17 - Os exames a que se refere o item anterior devem ser realizados de acordo com as Normas Reguladoras-NRs do Ministério do Trabalho e Emprego.

18 - O pessoal envolvido diretamente com o gerenciamento de resíduos deve ser capacitado na ocasião de sua admissão e mantido sob educação continuada para as atividades de manejo de resíduos, incluindo a sua responsabilidade com higiene pessoal, dos materiais e dos ambientes.

18.1- A capacitação deve abordar a importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual - uniforme, luvas, avental impermeável, máscara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação.

19 - Todos os profissionais que trabalham no serviço, mesmo os que atuam temporariamente ou não estejam diretamente envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, devem conhecer o sistema adotado para o gerenciamento de RSS, a prática de segregação de resíduos, reconhecer os símbolos, expressões, padrões de cores adotados, conhecer a localização dos abrigos de resíduos, entre outros fatores indispensáveis à completa integração ao PGRSS.

20 - Os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício existente, que deve contemplar dentre outros temas:

- Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais;
- Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS;
- Definições, tipo e classificação dos resíduos e potenciais de risco do resíduo;
- Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
- Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais;
- Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;
- Identificação das classes de resíduos;
- Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;

PROTOCOLO
1689

- Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual-EPI e Coletiva-EPC;
- Orientações sobre biossegurança (biológica, química e radiológica);
- Orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;
- Orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;
- Providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;
- Visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município;
- Noções básicas de controle de infecção e de contaminação química.

20.1 - Os programas de educação continuada podem ser desenvolvidos sob a forma de consorciamento entre os diversos estabelecimentos existentes na localidade.

21 - Todos os atos normativos mencionados neste Regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Apêndice I

Classificação

GRUPO A

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

A1

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

- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
- Bolsas transfusionais contendo sangue ouhemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2

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

A3

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

A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.

- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.
- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.
- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica.
- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de micro-organismo, bem como suas forrações.
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.
- Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes-escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

GRUPO B

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias,

drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos Medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

GRUPO C

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, proveniente de laboratórios de análises clinica, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a resolução CNEN-6.05.

GRUPO D

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

- papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1;
- sobras de alimentos e do preparo de alimentos;
- resto alimentar de refeitório;
- resíduos provenientes das áreas administrativas;

PROTOCOLO/SES
FLS Nº 1693
FUNC

- resíduos de varrição, flores, podas e jardins.
- resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde

GRUPO E

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

Apêndice II

Classificação de Agentes Etiológicos Humanos e Animais - Instrução normativa CTNBio nº 7 de 06/06/1997 e Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico - Ministério da Saúde – 2004.

OBS : Os microrganismos emergentes que venham a ser identificados deverão ser classificados neste nível até que os estudos estejam concluídos.

PROTOCOLO / SES
FLS nº 1694
L
FUNC.

Apêndice II
Classe de Risco 4

BACTERIAS	Nenhuma
FUNGOS	Nenhum
PARASITAS	Nenhum
VIRUS E MICROPLASMAS	Agentes da Febre Hemorrágica (Criméia-Congo, Lassa, Junin, Machupo, Sabiá, Guanarito e outros ainda não identificados)
	Encefalites transmitidas por carrapatos (incluio vírus da Encefalite primavera-verão Russa,Vírus da Doença de
	Kyasanur, Febre Hemorrágica de Omsk e vírus da Encefalite da Europa Central)
	Herpesvírus simiae (Monkey B vírus)
	Mycoplasma agalactiae (caprina)
	Mycoplasma mycoides (pleuropneumonia contagiosa bovina)
	Peste eqüina africana
	Peste suína africana
	Varíola caprina
	Varíola de camelo
	Vírus da dermatite nodular contagiosa
	Vírus da doença de Nairobi (caprina)
	Vírus da doença de Teschen
	Vírus da doença de Wesselsbron
	Vírus da doença hemorrágica de coelhos
	Vírus da doença vesicular suína
	Vírus da enterite viral dos patos, gansos e Cisnes
	Vírus da febre aftosa (todos os tipos)
	Vírus da febre catarral maligna
	Vírus da febre efêmera de bovinos
	Vírus da febre infecciosa petequial bovina
	Vírus da hepatite viral do pato
	Vírus da louping III
	Vírus da lumpy skin
	Vírus da peste aviária
	Vírus da peste bovina
	Viris da peste dos pequenos ruminantes
	Vírus da peste suína clássica (amostra selvagem)
	Vírus de Marburg
	Vírus de Akabane
	Vírus do exantema vesicular
	Vírus Ebola

PROTOCOLO Nº 1695 FUNC

Os microorganismos emergentes que venham a ser identificados deverão ser classificados neste nível até que os estudos estejam concluídos.

Apêndice III

AGENTES	- Agentes exóticos ou perigosos que impõem um alto risco de doenças que ameaçam a vida; - Infecções laboratoriais transmitidas via aerossol ou relacionadas a agentes com risco desconhecido de transmissão.
PRÁTICAS	- Práticas padrões de microbiologia - Acesso controlado - Avisos de risco biológico - Precauções com objetos perfurocortantes - Manual de Biossegurança que defina qualquer descontaminação de dejetos ou normas de vigilância médica. - Descontaminação de todo o resíduo - Descontaminação da roupa usada no laboratório antes de ser lavada - Amostra sorológica - Mudança de roupa antes de entrar - Banho de ducha na saída - Todo material descontaminado na saída das instalações
EQUIP. SEGURANÇA BARREIRAS PRIMÁRIAS	Todos os procedimentos conduzidos em Cabines de Classe III ou Classe I ou II, juntamente com macacão de pressão positiva com suprimento de ar.
INSTALAÇÕES BARREIRAS SECUNDÁRIAS	- Edifício separado ou área isolada - Porta de acesso dupla com fechamento automático - Ar de exaustão não recirculante - Fluxo de ar negativo dentro do laboratório - Sistema de abastecimento e escape, a vácuo, e de descontaminação.

Apêndice IV

Nível I	Inativação de bactérias vegetativas, fungos e vírus lipofílicos com redução igual ou maior que 6Log10.
Nível II	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e micobactérias com redução igual ou maior que 6Log10.
Nível III	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e micobactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do B. stearothermophilus ou de esporos do B. subtilis com redução igual ou maior que 4Log10.
Nível IV	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e micobactérias, e inativação de esporos do B. stearothermophilus com redução igual ou maior que 4Log10.og10.

PROTOCOLO 1697 L FUNC

Apêndice V

Tabela de incompatibilidade das principais substâncias utilizadas em serviços de saúde

SUBSTÂNCIA	INCOMPATÍVEL COM
Acetileno	Cloro, Bromo,Flúor, Cobre, Prata, Mercúrio
Ácido acético	Ácido crômico, Ácido perclórico, peróxidos, permanganatos, Ácido nítrico, etilenoglicol
Acetona	Misturas de Ácidos sulfúrico e nítrico concentrados, Peróxido de hidrogênio
Ácido crômico	Ácido acético, naftaleno, cânfora, glicerol, turpentine, álcool, outros líquidos inflamáveis.
Ácido hidrociânico	Ácido nítrico, álcalis.
Ácido fluorídrico anidro, fluoreto de Hidrogênio	Amônia (aquosa ou anidra)
Ácido nítrico concentrado	Ácido cianídrico, anilinas, Óxidos de cromo VI, Sulfeto de hidrogênio, líquidos e gases combustíveis, ácido acético, ácido crômico.
Ácido oxálico	Prata e Mercúrio
Ácido perclórico	Anidrido acético, álcoois, Bismuto e suas ligas, papel, madeira.
Ácido sulfúrico	Cloratos, percloratos, permanganatos e água.
Alquil alumínio	Água
Amônia anidra	Mercúrio, Cloro, Hipoclorito de cálcio, Iodo, Bromo, Ácido fluorídrico.
Anidrido acético	Compostos contendo hidroxil tais como etilenoglicol, Ácido perclórico
Anilina	Ácido nítrico, Peróxido de hidrogênio.
Azida sódica	Chumbo, Cobre e outros metais
Bromo e Cloro	Benzeno, Hidróxido de amônio, benzina de petróleo, Hidrogênio, acetileno, etano, propano, butadienos, pósmetálicos.
Carvão ativo	Dicromatos, permanganatos, Ácido nítrico, Ácido sulfúrico, Hipoclorito de sódio
Cloro	Amônia, acetileno, butadieno, butano, outros gases de petróleo, Hidrogênio, Carbeto de sódio, turpentine, benzeno, metais finamente divididos, benzinas e outras frações do petróleo.
Cianetos	Ácidos e álcalis
Cloratos, percloratos, clorato de Potássio	Sais de amônio, ácidos, metais em pó, matérias orgânicas particuladas, substâncias combustíveis.
Cobre metálico	Acetileno, Peróxido de hidrogênio, azidas
Dióxido de cloro	Amônia, metano, Fósforo, Sulfeto de hidrogênio.
Flúor	Isolado de tudo
Fósforo	Enxofre, compostos oxigenados, cloratos, percloratos, nitratos, permanganatos.

Halogênios (Flúor, Cloro, Bromo e Iodo)	Amoníaco, acetileno e hidrocarbonetos.
Hidrazida	Peróxido de hidrogênio, ácido nítrico e outros oxidantes
Hidrocarbonetos (butano, propano tolueno)	Ácido crômico, flúor, cloro, bromo, peróxidos.
Lodo	Acetileno, Hidróxido de amônio, Hidrogênio.
Líquidos inflamáveis	Ácido nítrico, Nitrato de amônio, Óxido de cromo VI, peróxidos, Flúor, Cloro, Bromo, Hidrogênio
Mercúrio	Acetileno, Ácido fulmínico, amônia.
Metais alcalinos	Dióxido de carbono, Tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados.
Nitrato de amônio	Ácidos, pós-metálicos, líquidos inflamáveis, cloretos, Enxofre, compostos orgânicos em pó.
Nitrato de sódio	Nitrato de amônio e outros sais de amônio
Óxido de cálcio	Água
Óxido de cromo VI	Ácido acético, glicerina, benzina de petróleo, líquidos inflamáveis, naftaleno.
Oxigênio	Óleos, graxas, Hidrogênio, líquidos, sólidos e gases Inflamáveis.
Perclorato de potássio	Ácidos
Permanganato de potássio	Glicerina, etilenoglicol, Ácido sulfúrico.
Peróxido de hidrogênio	Cobre, Cromo, Ferro, álcoois, acetonas, substâncias Combustíveis
Peróxido de sódio	Ácido acético, Anidrido acético, benzaldeído, etanol, metanol, etilenoglicol, Acetatos de metila e etila, furfural
Prata e sais de Prata	Acetileno, Ácido tartárico, Ácido oxálico, compostos de amônio.
Sódio	Dióxido de carbono, Tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados.
Sulfeto de hidrogênio	Ácido nítrico fumegante, gases oxidantes.

Apêndice VI

- Substancias que devem ser segregadas separadamente
- Líquidos inflamáveis
- Ácidos
- Bases
- Oxidantes
- Compostos orgânicos não halogenados
- Compostos orgânicos halogenados
- Óleos
- Materiais reativos com o ar
- Materiais reativos com a água

- Mercúrio e compostos de Mercúrio
- Brometo de etídio
- Formalina ou Formaldeído
- Mistura sulfocrômica
- Resíduo fotográfico
- Soluções aquosas
- Corrosivas
- Explosivas
- Venenos
- Carcinogênicas, Mutagênicas e Teratogênicas
- Ecotóxicas
- Sensíveis ao choque
- Criogênicas
- Asfixiantes
- De combustão espontânea
- Gases comprimidos
- Metais pesados

Apêndice VII
Lista das principais substâncias utilizadas em serviços de saúde que reagem com embalagens de Polietileno de Alta Densidade (PEAD)

Ácido butírico	Dietil benzeno
Ácido nítrico	Dissulfeto de carbono
Ácidos concentrados	Éter
Bromo	Fenol / clorofórmio
Bromofórmio	Nitrobenzeno
Álcool benzílico	o-diclorobenzeno
Anilina	Óleo de canela
Butadieno	Óleo de cedro
Ciclohexano	p-diclorobenzeno
Cloreto de etila, forma líquida	Percloroetileno
Cloreto de tionila	Solventes bromados & fluorados
Bromobenzeno	Solventes clorados
Cloreto de Amila	Tolueno
Cloreto de vinilideno	Tricloroeteno
Cresol	Xileno

Apêndice VIII

GLOSSÁRIO

Agente biológico: Bactérias, fungos, vírus, clamídias, riquétsias, micoplasmas, prions, parasitas, linhagens celulares, outros organismos e toxinas.

Atendimento individualizado: ação desenvolvida em estabelecimento onde se realiza o atendimento com apenas um profissional de saúde em cada turno de trabalho: (consultório)

Aterro de resíduos perigosos - Classe I: Técnica de disposição final de resíduos químicos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública, minimizando os impactos ambientais e utilizando procedimentos específicos de engenharia para o confinamento destes.

Aterro sanitário: Técnica de disposição final de resíduos sólidos urbanos nosolo, por meio de confinamento em camadas cobertas com material inerte, segundo normas específicas, de modo a evitar danos ou riscos à saúde e à segurança, minimizando os impactos ambientais.

Cadáveres de animais: são os animais mortos. Não oferecem risco à saúde humana, à saúde animal ou de impactos ambientais por estarem impedidos de disseminar agentes etiológicos de doenças.

Carcaças de animais: são produtos de retaliação de animais, provenientes de estabelecimentos de tratamento de saúde animal, centros de experimentação, de Universidades e unidades de controle de zoonoses e outros similares.**Carros coletores**: são os contenedores providos de rodas, destinados à coleta e transporte interno de resíduos de serviços de saúde .

Classe de risco 4: (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): condição de um agente biológico que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes.

Condições de lançamento: condições e padrões de emissão adotados para o controle de lançamentos de efluentes no corpo receptor.

Comissão de ControledeInfecção Hospitalar – CCIH:órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de coordenação das ações de controle de infecção hospitalar.

Compostagem: processo de decomposição biológica de fração orgânica biodegradável de resíduos sólidos, efetuado por uma população diversificada de organismos em condições controladas de aerobiose e demais parâmetros, desenvolvido emduas etapas distintas: uma de degradação ativa e outra de maturação.

Corpo receptor: corpo hídrico superficial que recebe o lançamento de um efluente.

Destinação final:processo decisório no manejo de resíduos que inclui as etapas de tratamento e disposição final.

Equipamento de Proteção Individual – EPI: dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, atendidas as peculiaridades de cada atividade profissional ou funcional.

Estabelecimento: denominação dada a qualquer edificação destinada à realização de atividades de prevenção, promoção, recuperação e pesquisa na área da saúde ou que estejam a ela relacionadas.

Fonte selada: fonte radioativa encerrada hermeticamente em uma cápsula, ou ligada totalmente a material inativo envolvente, de forma que não possa haver dispersão de substância radioativa em condições normais e severas de uso.

Forma livre: é a saturação de um líquido em um resíduo que o absorva ou o contenha, de forma que possa produzir gotejamento, vazamento ou derramamento espontaneamente ou sob compressão mínima.

Hemoderivados: produtos farmacêuticos obtidos a partir do plasma humano submetidos a processo de industrialização e normatização que lhes conferem qualidade, estabilidade e especificidade.

Insumos farmacêuticos: Qualquer produto químico, ou material (porexemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.

Instalações radiativas:estabelecimento onde se produzem, processam, manuseiam, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação, excetuando-se as Instalações Nucleares definidas na norma CNEN-NE-1.04 "Licenciamento de Instalações Nucleares" e os veículos transportadores de fontes de radiação.

Licenciamento ambiental:atos administrativos pelos quais o órgão de meio ambiente aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação de tratamento ou destinação final de resíduos, permitindo a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto.

Licenciamento de instalações radiativas:atos administrativos pelos quais a CNEN aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação radiativa e permite a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto.

Limite de eliminação:valores estabelecidos na norma CNEN-NE-6.05

"Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radioativas" e expressos em termos de concentrações de atividade e/ou atividade total, em ou abaixo dos quais um determinado fluxo de rejeito pode ser liberado pelas vias convencionais, sob os aspectos de proteção radiológica.

Líquidos corpóreos: são representados pelos líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico.

Local de geração: representa a unidade de trabalho onde é gerado o resíduo.

Materiais de assistência à saúde: materiais relacionados diretamente com o processo de assistência aos pacientes

Meia-vida física: tempo que um radionuclídeo leva para ter a sua atividade inicial reduzida à metade.

Metal pesado: qualquer composto de Antimônio, Cádmio, Crômio (IV), Chumbo,Estanho, Mercúrio, Níquel, Selênio, Telúrio e Tálio, incluindo a forma metálica.

Patogenicidade: capacidade de um agente causar doença em indivíduos normais suscetíveis.

PlanodeRadioproteção – PR: Documento exigido para fins de Licenciamento de Instalações Radiativas, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, conforme competência atribuída pela Lei 6.189, de 16 de dezembro de 1974, que se aplica às atividades relacionadas com a localização, construção, operação e modificação de Instalações Radiativas, contemplando, entre outros, o Programa de Gerência de Rejeitos Radioativos – PGRR.

Príon: estrutura protéica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de Encefalite Espongiforme

Produto para diagnóstico de uso IN VITRO: reagentes, padrões, calibradores, controles, materiais, artigos e instrumentos, junto com as instruções para seu uso, que contribuem para realizar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa de uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma, que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados unicamente para provar informação sobre amostras obtidas do organismo humano. (Portaria n º 8/MS/SVS, de 23 de janeiro de 1996).

Quimioterápicos antineoplásicos: substâncias químicas que atuam a nível celular com potencial de produzirem genotoxicidade, citotoxicidade e teratogenicidade.

Reciclagem :processo de transformação dos resíduos que utiliza técnicas de beneficiamento para o reprocessamento, ou obtenção de matéria prima para fabricação de novos produtos.

Redução de carga microbiana: aplicação de processo que visa a inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos

Resíduos de Serviços de Saúde –RSS: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços definidos no artigo 1o que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.

Sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde: conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico-químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando aminimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador.

Sobras de amostras: restos de sangue, fezes, urina, suor, lágrima, leite, colostro, líquido espermático, saliva, secreções nasal, vaginal ou peniana, pêlo e unha que permanecem nos tubos de coleta após a retirada do material necessário para a realização de investigação.

Veículo coletor: veículo utilizado para a coleta externa e o transporte de resíduos de serviços de saúde.

SES
1705
FLS.
L
RUBRICA
PROTOCOLO

COMISSÃO - GERENCIAMENTO DE RESIDUOS

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento														
2	Criação da Comissão de Resíduos														
3	Definição dos Responsáveis pelo PGRSS														
4	Reforma / Construção do abrigo de Resíduos														
5	Aquisição de equipamentos														
6	Contratação de empresas terceirizadas														
7	Treinamento e implantação do PGRSS														
8	Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS														
9	Implementação do PGRSS														

O cronograma de atividade anual deve ser compreendido com os fatores relacionados da respectiva **Comissão de Gerenciamento de Resíduos** e do Plano de Gerenciamento de resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde, estando previsto para operar mediante as ações propostas sendo:

Reuniões de planejamento:

As reuniões de planejamento contemplarão os mecanismos e estudos para implantação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos e do PGRSS no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Definição dos responsáveis pela implantação e gerenciamento do PGRSS

Deverá ser definido responsável de implantação e gerenciamento do Plano Reforma / Construção do sistema de armazenamento dos resíduos

A implantação do abrigo já está prevista no projeto arquitetônico do Hospital, foi contemplado nesse cronograma para possível intervenção a ser realizada nos abrigos.

1706

Aquisição dos equipamentos para acondicionamento e armazenamento de resíduos.

Deverá ser realizado o levantamento de todo o material para acondicionamento e armazenamento disposto no PGRSS e complementado nas reuniões de planejamento que estarão mais perto da realidade operacional do empreendimento.

Definição e contratação da empresa responsável pela coleta, transporte e destinação final dos resíduos.

Deverão ser contratadas empresas devidamente licenciada para transporte e destinação final dos resíduos pertinentes.

Atividades a serem realizadas, após o início de operação do empreendimento. Treinamento do pessoal Capacitação para o trabalho com RSS.

O treinamento dos funcionários é etapa primordial para o sucesso na implantação do PGRSS

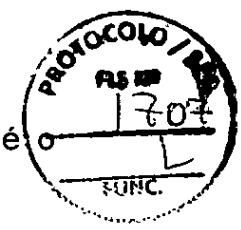
Implantação do PGRSS

O plano deve contar com prazo para sua implantação Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS

A fase de monitoramento deverá persistir durante toda a vida útil do empreendimento.

O PGRSS só poderá ser implantado após a sua aprovação pelos órgãos Responsáveis.

Os resíduos a serem gerados pelo Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGOem seu exercício de atividades de cuidados à saúde pertencem aos diversos gruposportanto por vislumbrar RDC Nº 306 de 2004, deixa claro que são aplicáveis somente os resíduos que estejam contaminados ou suspeitos de conter agentes de Classe de risco, que



apresentam relevância epidemiológica e risco de disseminação, o que é o caso.

É importante esclarecer que somente alguns dos resíduos (Grupo "E") originados pelas atividades de saúde do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO necessitarão de gerenciamento diferenciado, para evitar a geração excessiva de resíduos que, erroneamente, terão que ser processados como "potencialmente infectantes", e consequentemente, e sem necessidade, de elevar o custo destes serviços à coleta publica.

Além disso, ressalta-se a importância da nomeação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos capacitada para cuidar especificamente dos aspectos relacionados ao gerenciamento dos resíduos sólidos e educação em saúde, permitindo uma interação comos demais colaboradores.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar desde a geração até o destino final. A segregação é um passo importante para ter um adequado destino final.

Para fins de atendimento de apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO bem como a implementação das ações foram adotadas as seguintes Legislações e Normas Técnicas:

- **LEI FEDERAL Nº 9605/98:** Dispõe sobre crimes ambientais.
- **RESOLUÇÃO CONAMA Nº 01/86:** Estabelecem definições, responsabilidades, critérios básicos, e diretrizes da avaliação do impacto ambiental, determina que aterros sanitários, processamento e destino final de resíduos tóxicos ou perigosos são passíveis de avaliação.
- **RESOLUÇÃO CONAMA Nº 05/88:** Especifica licenciamento de obras de unidade de transferências, tratamento e disposição final de resíduos sólidos de origens domésticas, públicas, industriais e de origem hospitalar.
- **RESOLUÇÃO CONAMA Nº 05/93:** Dispõe sobre destinação dos resíduos sólidos de serviço de saúde, portos, aeroportos, terminais rodoviários e

PROTOCOLO
170
L

ferroviários. Onde define a responsabilidade do gerador quanto ao gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final.

- **RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005**: Dispõe sobre otratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- **RESOLUÇÃO ANVISA RDC 306/04:** Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- **NBR 10.004/87**: Classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.
- **NBR 7.500/87:**Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de resíduos sólidos.
- **NBR 12.235/92:**Armazenamento de resíduos sólidos perigosos definidos na
- NBR 10004 – procedimentos.
- **NBR 12.807/93:**Resíduos de serviços de saúde – terminologia.
- **NBR 12.808/93:**Resíduos de serviços de saúde – classificação.
- **NBR 12.809/93:**Manuseio de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- **NBR 12.810/93**: Coleta de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- **NBR 9.190/93:**Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – classificação.
- **NBR 9.191/93:**Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – especificação.
- **NBR 9.195/93:**Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – determinação da resistência à queda livre.
- **NBR 13.055/93**: Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – Determinação para a capacidade volumétrica.
- **NBR 13.056/93:**Filmes plásticos para saco para acondicionamento de lixo.
- **NBR 12.890/93**: Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos - terminologia.
- **NBR 11.175/90:**Fixa as condições exigíveis de desempenho do equipamento para incineração de resíduos sólidos perigosos.

- **NBR 13.853/97:**Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio.
- **CNEN – NE 6.05/98:**Gerência dos rejeitos radioativos.
- **Código de Posturas do Município de Goiânia**
- **Lei Orgânica Municipal do Município de Goiânia**

4.1.2.15 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

Descrição da Finalidade

A principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO e seus funcionários na Diminuição, Neutralização e/ou Eliminaçãodos Riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender á Legislação vigente, seguindo as recomendações constantes na Norma Regulamentadora nº 32 e Norma Regulamentadora nº 5.

Finalidades:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, ou a direção do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Verificar as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com o hospital das Campanhas de Prevenção;
- 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;
- Promover Campanhas Humanitárias e Educativas.

Constituição Básica

GERIR

A constituição da CIPA, no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

O HUGO estabelecerá, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo.

Organização

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

- Presidente;
- Vice Presidente;
- Secretário;
- membros titulares;
- membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no naNR,05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

A constituição da CIPA, no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

O HUGO estabelecera, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo.

Organização

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

- Presidente;
- Vice Presidente;
- Secretário;
- membros titulares;
- membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no naNR,05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo detrabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver,a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.



O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - é uma equipe de profissionais, a serviço do hospital, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos colaboradores.

O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho do hospital, deverá incluir os seguintes profissionais:

- Médico do trabalho;
- Enfermeiro do trabalho;
- Técnico de enfermagem do trabalho;
- Engenheiro de segurança do trabalho;
- Técnico de segurança do trabalho.

Atribuições Gerais

Cabe à CIPA do Hospital:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

- membros titulares;
- membros suplentes.

Artigo 4º - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Artigo 5º – 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.

Artigo 6º – A Diretoria do HUGOdesignará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Artigo 7º – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

Capítulo IV - DAS ELEIÇÕES

Artigo 8º – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

I. Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
II. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
III. Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

Parágrafo 1º - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração do hospital, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Parágrafo 2º - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administração do hospital, para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

335
1715

processos de trabalho relacionado à segurança e saúde dos colaboradores;

IX. participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

X. propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XI. verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;

XII. garantir a emissão e requisitar à Administração do hospital as cópias das CATs emitidas;

XIII. colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;

XV. promover, anualmente, em conjunto com a direção do hospital, Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;

XVI. acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

Capítulo III - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A CIPA do HUGO terá a seguinte composição:

- Presidente;
- Vice Presidente;
- Secretário;

334
1716

Regimento Interno

Base legal – LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA nº 3214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

Capítulo I - DO OBJETIVO

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

Capítulo II - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - As CIPAs terão por atribuições:

I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);
II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
III. participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores do hospital;
V. realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;
VI. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
VII. divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
VIII. participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e

SES 717 FLS. L RUBRICA PROTOCOLO

PROTOCOLO SES FUNC

Parágrafo 3º - Poderão se candidatar os colaboradores, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Parágrafo 4º - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Artigo 9º– Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Artigo 10º– Empossados os membros da CIPA, a Administração do hospital, deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Artigo 11º– Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Parágrafo 1º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.

Parágrafo 2º - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Artigo 12º– Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

Capítulo V - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 13º– Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

I. Participar da eleição de seus representantes;
II. Colaborar com a gestão da CIPA;
III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

PROTOCOLO
FLS Nº 1719
FUNC

Artigo 18º– Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;
II. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento.
III. Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;
IV. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Artigo 19º– Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

Capitulo VI - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 20º– A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal do hospital, em local apropriado.

Artigo 21º– Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Artigo 22º– As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Artigo 23º– As atas ficarão na respectiva Diretoria do hospital.

Artigo 24º– As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
II. Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1718
FUNC

Artigo 14º– Compete ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
III. Manter a Administração do hospital, informada sobre os trabalhos da CIPA;
IV. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Artigo 15º– Compete ao Vice-Presidente:

I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 16º– Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Artigo 17º– O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
II. Preparar as correspondências;
III. Outras que lhe forem conferidas.

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Parágrafo 1º - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

Parágrafo 2º - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Artigo 25º – As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Artigo 26º– Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Artigo 27º– O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Artigo 28º– A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

Parágrafo 1º - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria do hospital, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Parágrafo 2º - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Capitulo VII - DO TREINAMENTO

Artigo 29º– A Administração do hospital, deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração do hospital, ouvindo os membros da CIPA.

Artigo 30º– O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
IV. Noções e medidas de prevenção para DST/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
V. Noções sobre legislação trabalhista e previdenciárias relativas à segurança e saúde no trabalho;
VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
VII. Organização e funcionamento da CIPA.

Artigo 31º – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do HUGO.

Artigo 32º – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

Capítulo VIII - DO REGISTRO

Artigo 33º – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Artigo 34º – A Diretoria do hospitalreconhecerá o, através de Portaria, a CIPA eleita e empossada.

Capítulo IX - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 35º – As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Artigo 36º – Data-se e publiquem-se as informações contidas no respectivo regimento.

COMISSÃO – CIPA

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Constituição da CIPA														
2	Reuniões e Convocações														
3	Elaboração do Plano de Trabalho														
4	Apresentar Proposições Estatísticas														
5	Notificações de Registros														
6	Verificar a Instrução dos Procedimentos Estabelecidos														
7	Acompanhamento e Monitoração														
8	Relatórios Mensais e Divulgação aos trabalhadores das ações														
9	Relatório Anual														

4.1.2.16 Comissão de Ética em Pesquisa Científica

Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética em Pesquisa Científica envolvendo seres humanos é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Objetivos:

- Preservar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa;
- Contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade;
- Contribuir para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada;
- Revisar os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição;
- Emitir parecer consubstanciado por escrito;
- Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará a disposição das autoridades sanitárias;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento;
- Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

Constituição Básica

A Comissão é constituída por, no mínimo, 10 membros titulares incluindo os vários profissionais lotados noHospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO.

Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, um membro da comunidade representando os usuários da Instituição. A Comissão de Ética em Pesquisa Científica - CEPC, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros. Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as

diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição. Em consonância com o Capítulo VII, item 10 da Resolução/CNS nº 196, os membros não poderão ser remunerados.

O presidente da Comissão de Ética Médica do HUGO, eleito segundo regulamentação da Instituição, terá assento como membro do CEPC.

O mandato dos membros do CEPC será de 3 anos, sendo permitida a recondução.

O CEPC será coordenado por um dos membros, eleito entre seus pares, na primeira reunião de trabalho.

Será designado 01 (um) Vice coordenador, indicado pelo Coordenador eleito e aprovado pelos membros titulares do CEPC.

Regimento Interno

CAPÍTULO I - NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO (CEPCHUGO) é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma. Está vinculada ao Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO. Tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito do HUGO e de outras instituições que não possuam Comitê de Ética, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito do HUGO sem prévia avaliação e aprovação do CEPCHUGO.

Artigo 2º - O CEPCHUGO está subordinado administrativamente a Seção de Ensino e Pesquisa do HUGO (SEP-HUGO) e a Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 3º - A escolha dos membros do CEPC deverá estar em conformidade com a Res. CNS nº 196/96, com anuência da chefia do SEP e da Diretoria Geral do HUGO.

Artigo 4º - Os membros do CEPCHUGO deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro do CEPCHUGO quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÌTULO II - ORGANIZAÇÃO

Artigo 5º - A organização e criação do CEPCHUGO, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS nº 196/96.

CAPÍTULO III - COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa Cientifica do HUGO terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências

exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

Parágrafo1º - A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS 196/96.

Parágrafo 2º - Podem ser convidadas pessoas de fora da Instituição, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEPC.

Parágrafo 3º - Membros *ad hoc* poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Artigo 7º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEPC, devendo estar registrada em ATA.

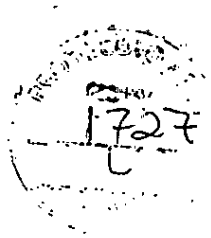
Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Artigo 8º - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Artigo 9º - O CEPCHUGO terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEPC, com experiência na área de pesquisa.

Parágrafo 1º - O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

Parágrafo 2º - O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral do HUGO, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.



Artigo 10º - Os membros do CEPCHUGO não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

Parágrafo 1º - Os membros do CEPC terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Parágrafo 2º - Os membros do CEPC terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

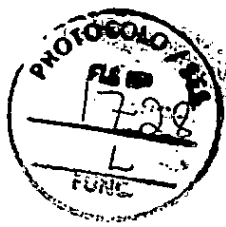
Artigo 11º - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do CEPC nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada.
II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada.
III. Incorrer em falta ética grave.

CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS

Artigo 12º - Ao CEPCHUGO compete:

I. Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida no HUGO e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas.
II. Manter atualizadas as normas de funcionamento.
III. Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da



análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas.

IV. Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos.

V. Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS nº 196/96.

VI. Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares.

VII. Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes à mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.

IX. O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo.

X. Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEPCHUGO não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

Artigo 13º - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEPCHUGO, conforme Res. CNS nº 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;

II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;

III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e finais da pesquisa;

IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEPCHUGO;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEPCHUGO sempre que solicitado;

VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

VIII. Justificar perante o CEPCHUGO a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX. Comunicar ao CEPCHUGO todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;

X. Todo e qualquer projeto da pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo.

XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;

XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

Artigo 14º - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

I. representar a comissão em suas relações internas e externas;

II. instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias;

III. promover a convocação das reuniões;

IV. indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;

V. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Artigo 15º - Aos membros do CEPCHUGO compete:

I. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;

II. comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;
V. desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;
VI. apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPCHUGO.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Artigo 16º - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pré- análise dos mesmos;
II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas;
III. assetoriais realizadas semanalmente;
IV. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPCHUGO e das pendências emitidas pelos relatores;
V. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;
VI. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa e difundir os princípios, as normas e as legislações vigentes;
VII. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPCHUGO.

Artigo 17º - Aos secretários da CEPCHUGO compete:

I. assistir às reuniões;
II. encaminhar o expediente;
III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEPHUGO;
IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPCHUGO;

VII. providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VIII. distribuir aos membros da CEPCHUGO a pauta das reuniões.

CAPITULO V DAS PESQUISAS

Artigo 18º - Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

Parágrafo 1º - Aspectos Legais:Quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

Parágrafo 2º - Aspectos Morais: O CEPCHUGO têm deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não maleficência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

Parágrafo 3º - Aspectos Éticos: Nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizados como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/beneficio tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas.

II. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia.

III. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa.

CAPÍTULO VI - FLUXO ADMINISTRATIVO

Artigo 19º - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada.

II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto.

III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada.

IV. Projeto de Pesquisa em Português

V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa)

VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa)

VII. Curriculum dos pesquisadores

VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos)

IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)

X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)

XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

Artigo 20º - O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96:

I. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;

II. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;

III. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;

IV. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

V. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;

VI. O CEPCHUGO deverá encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Artigo 21º - O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

I. Aprovado: quando o documento obedece às normas vigentes:

Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/MS, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEPC;

Uma vez aprovado o projeto, o CEPCHUGO passa a ser corresponsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;

Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;

Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias.

II. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;
III. c) Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;
IV. d) Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/MS;
V. e) Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO VII –DAS REUNIÕES

Artigo 22º - O CEPCHUGO reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; e extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação

de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

Parágrafo 1º - Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

Parágrafo 2º - O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

Parágrafo 3º - Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência.

Parágrafo 4º - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigido pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Artigo 23º - Qualquer membro do CEPCHUGO quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

Artigo 24º - As reuniões se darão da seguinte forma:

I. verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
II. verificação de presença dos membros titulares e existência de quórum;
III. votação e assinatura da Ata da reunião anterior;
IV. comunicações breves e franqueamento da palavra;
V. leitura e despacho do expediente;
VI. ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VII. organização da pauta da próxima reunião;
VIII. distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;
IX. encerramento da sessão.

CAPÍTULO VIII DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 25º - Estando o CEPCHUGO devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/MS, todas e quaisquer sugestões e/ou

alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Artigo 26º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de2/3 dos membros do CEPC.

COMISSÃO ÉTICA EM PESQUISA

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões e Convocações	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐
3	distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores			☐	☐					☐	☐				
4	Receber os projetos da secretaria		☐	☐					☐	☐					☐
5	verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos	☐	☐					☐	☐					☐	☐
6	acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Relatórios Mensais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Relatório Anual													☐	☐

4.1.2.17 Comissão de Educação Permanente

Para trabalhar esta Comissão será necessário apresentar uma síntese da Política do Trabalho e da Educação em Saúde. A **IGES**irá apresentar um modelo de Regimento em cumprimento ao Edital, mas se for a Organização escolhida para o Gerenciamento do Hospital irá realizar fóruns de debates e discussão visando implementar uma Política de Educação Permanente em Saúde, com os recursos humanos do hospital, instituições formadoras, Gestão Estadual e Municipal de Saúde, controle Social, a Escola de Saúde Pública e Polo de Educação Permanente, antes de definir a Comissão e o Regimento Interno.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil. Integram esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.

Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde. O Deges é organizado em três coordenações-gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atua no campo da educação superior nas profissões de saúde; Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação profissional dos trabalhadores da saúde e Ações Populares de Educação na Saúde, cujo objetivo é promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde. Assim, ao trabalhar as especificidades desses campos, o Departamento promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o

trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

Para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, o Deges articula agenda e compromissos de ação com os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e com as Secretarias Estaduais de Saúde, e Conselhos Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e com as Secretarias Municipais de Saúde, e Conselhos Municipais de Saúde, com o Ministério da Educação (MEC), com as entidades de profissionais e de ensino das profissões de saúde, com as entidades estudantis e com os movimentos e práticas de educação popular em saúde, entre outros.

O Deges propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, cujas linhas orientadoras estão definidas neste documento, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003 e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003.

Após aprovação e pactuação desta política, o Deges deu início ao processo de constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde e à aprovação de projetos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Ao analisar algumas das iniciativas do SUS, no campo da formação e do desenvolvimento em saúde, observou-se que alguns programas caminharam nessa direção, a saber:

- Capacitação e Formação em Saúde da Família (Polos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família).
- Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).
- Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores).
- Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS).
- Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras).
- Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).
- Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em
- Medicina (PROMED).
- Mestrados Profissionais.
- Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do
- Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS.

Esses programas possibilitaram a mobilização de pessoas e de instituições, no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS. Também desenvolveram condições de crítica e de reflexão sistemática e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde.

No entanto, por serem desenvolvidos de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos atores para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1740
RUBR.

Nesta perspectiva, o Deges decidiu-se pela adoção de uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema.

Para avançar na consolidação do SUS, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do

SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde – entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde - e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

No Brasil a saúde é um setor que vem protagonizando significativo processo de reforma de Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela reforma sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação de profissionais.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o

SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

PROTOCOLO 1741 FUNC.

A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- a democratização institucional;
- o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- o trabalho em equipes matriciais;
- a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:

- espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
- lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Os Polos devem funcionar como disparadores do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como locais de apoio e de construção coletiva. Apoia esta a Educação Permanente em Saúde.

Dentro destes, são autores e atores fundamentais aqueles integrantes da estrutura da Educação Permanente em Saúde:

- Gestores estaduais e municipais;
- universidades e instituições de ensino com cursos na área de saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- Escolas de Saúde Pública (ESP);
- Centros Formadores (CEFOR);
- Núcleos de Saúde Coletiva (NESC);
- Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);
- possíveis de ensino;
- estudantes da área de saúde;
- trabalhadores de saúde;
- Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos praticantes interessados.

A essas Polos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que contribuem à integralidade da atenção à saúde (qualidade construída), tais como: impacto sobre a saúde da população e uso das tecnologias de saúde, dentre outros dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, tais como: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde.

PROTOCOLO SES FLS Nº 1743

Os Polos deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva: Rodas para a Educação Permanente em Saúde.

Dentre outros, são autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde:

- gestores estaduais e municipais;
- universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- Escolas de Saúde Pública (ESP);
- Centros Formadores (CEFOR);
- Núcleos de Saúde Coletiva (NESC);
- Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);
- hospitais de ensino;
- estudantes da área de saúde;
- trabalhadores de saúde;
- Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.

A esses Polos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem à *integralidade da atenção à saúde* (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde.

SES
1744
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A integralidade da atenção à saúde envolve:

- o conceito ampliado de saúde;
- a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- o conhecimento sobre a realidade;
- o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- a ação intersetorial;
- o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como *cadeia do cuidadoprogressivo à saúde*, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam

prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

A educação permanente é a proposta mais apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação.

O processo de educação permanente, implementado no SUS, deve priorizar:

- as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;
- as equipes de urgência e emergência;
- as equipes de atenção e internação domiciliar;
- as equipes de reabilitação psicossocial;
- o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;
- os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de saúde;
- o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde;
- ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde.

As capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Precisa-se, assim, propiciar em sua implementação a discussão sobre os *programas* e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de

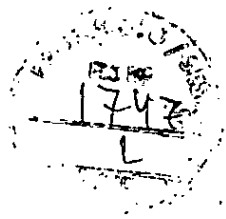
atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização.

Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho – as chamadas capacitações tradicionais –, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo. Para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, há de se inserir processos de reflexão crítica, que são a base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

A educação permanente em saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, a negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras, nesta perspectiva, não admite a organização de um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sim, possibilita, aos gestores, o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde. O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território locorregional, para que se possa debater e implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis, garantindo maior impacto de atuação.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde, por sua característica de encontro e integração interinstitucional entre educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis, também, pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, e atuam para fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores aqui mencionados.

As articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde se constituirão em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializem de forma agregadora e direcionada, em sintonia com as peculiaridades locorregionais. O conjunto de atores envolvidos se constitui como interlocutor



permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória.

A estreita sintonia entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educaçãoe os Conselhos Nacionais de ambos os setores é condição importante à aliançacom os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde.

Os **Polos de Educação Permanente em Saúde** tem a função de:

- Promover a formulação e a integração de ações de formação dos distintos atores locais tais como usuários; dirigentes dos serviços; gestores públicos; dirigentes institucionais; docentes; estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros.
- Induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação na saúde.
- Formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas.
- Estabelecer relações cooperativas com os demais Polos de Educação

Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (Rede de Polos de Educação Permanente em Saúde, Estaduais e Nacional).

O Polo é um dispositivo de agregação e de direcional idade das diferentes instituições e deve ser responsável por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado –, áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; deve levar em conta as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros).

Não é lugar executivo, é espaço de pactuação, é uma articulação interinstitucional.

- Reúne gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e serviços e representação estudantil. Esses autores/atores constituem-se em uma **plenária**, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e demais atores sociais da saúde.
- Caminha na mesma cultura construtora do SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, ruptura com a *lógica de relação de balcão ou de banco,* com o governo federal ou estadual e dos projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais em rodasinterinstitucionais.
- Produz políticas e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde.
- Deve efetuar o registro das práticas implementadas e suas características, bem como apresentar a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos.
- Cada parceiro institucional deve reorientar as iniciativas de formação e de desenvolvimento em saúde, atualmente em curso, de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e segundo as prioridades e as orientações produzidas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde. Em suma, todas as iniciativas de formação e de desenvolvimento devem ser planejadas ou repactuadas como integrantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
- É o fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação
- e ao desenvolvimento, na base territorial de sua abrangência.
- É referência para um certo território, que se vincula ao polo para apresentar necessidades de formação e de desenvolvimento.
- É o recurso para territórios ampliados no que pode ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base

de referência, apoiando os demais Polos de Educação Permanente em Saúde ou estruturas de formação, participantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

- Em cada base territorial abrangida, o Polode Educação Permanenteem Saúde é o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde para a formação e para o desenvolvimento.
- Referencia-se aos municípios abrigados em seu território, às diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde, ao conjunto de articulações interinstitucionais regionais para a Educação Permanente em Saúde, de cada estado e, de forma articulada, referencia-se à Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- O Polo de Educação Permanente em Saúde estabelece-se como um colegiado de gestão, com todos os participantes da plenária citada acima. Pode contar com um conselho gestor executivo constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do polo, das instituições formadoras e dos estudantes e formalizada mediante resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES). A gestão será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas no colegiado de gestão por consenso. Quando isso não for possível, a decisão será encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão IntergestoresBipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Pressuposto Pedagógico	O "conhecimento" preside / define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que "façam sentido" para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias Contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas. do sistema.
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 745
FUNC.

Regimento Interno

Comissão de Educação Permanente do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - Hugo

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

ARTIGO 1º

Considerando a Política do Trabalho e da Educação em Saúdeque vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil.

Considerando a existência e a importância dos Polos de Educação Permanente no estado de Goiás.

Considerando a necessidade de Implantar a Comissão de Educação Permanente do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - Hugopara desenvolver estratégias e adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pela Instituição.

A Comissão enfoca a adoção de uma política de educação permanente capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento das Ações de Desenvolvimento dos Recursos Humanos do HUGO.

CAPÍTULO II - DO OBJETIVO

ARTIGO 2º

Implantar a Comissão de Educação Permanenteno Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO conduzindo um processo permanente,como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo a negociação dohospital e as instituições formadoras, possibilitando a melhoria no desenvolvimento dos trabalhadores. O que se pretende é introduzir debates e implementar a melhor e mais adequada

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 173
FUNC.

ação e induzir processos de transformação das práticas de saúde, garantindo maior impacto de atuação.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

ARTIGO 3º

I. Estabelecer diretrizes para desenvolvimento da Política de Educação Permanente no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – Hugo;**
II. Assegurar que a Política de Educação Permanente em Saúde seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis da instituição;
III. Contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde na organização do serviço hospitalar;
IV. Articular-se com o Polo de Educação Permanente;
V. Elaborar o planejamento anualmente.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 4º

I. A Comissão de Educação Permanente será composta por representantes da Unidade de Ensino Serviço, representantes das Unidades dos Colegiados Técnicos, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem e representantes das Comissões de Residência Médica e Residência Multiprofissional.

II. A Comissão de Educação Permanente será representada pelo Coordenador que terá mandato de dois anos, a partir da data da nomeação, podendo ser reeleito.

Parágrafo único - Em caso de férias e afastamento do Coordenador, o cargo será assumido pelo Vice Coordenador. No caso de afastamento do Vice Coordenador será realizada a indicação por parte do Coordenador de um dos membros da Comissão.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 753
L
FOLHA

CAPÍTULO V- DAS ATRIBUIÇÕES
ARTIGO 5º

Compete ao Coordenador:

I. Representar o grupo interna e externamente à Instituição;
II. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
III. Prestar contas das atividades da Comissão anualmente.
IV. Articular a Comissão com o Polo de Educação Permanente.

Compete ao Vice Coordenador:

I. Auxiliar os trabalhos do Coordenador;
II. Receber, organizar e distribuir as correspondências;
III. Secretariar as reuniões e elaborar as atas.

CAPÍTULO VI - DAS REUNIÕES
ARTIGO 6º

I. A Comissão de Educação Permanente se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.
II. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas.
III. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
ARTIGO 7º

Considerando que a Educação Permanenteaborda metodologias de consenso, racionalização e de ordenamento e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS a Comissão deve estabelecer relações cooperativas com Polos de Educação Permanente em

Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais.

ARTIGO 8º

Este regimento entrará em vigor na data de aprovação e sua publicação.

COMISSÃO - EDUCAÇÃO PERMANENTE

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento														
2	Criação da Comissão														
3	Reuniões mensais da Comissão														
4	Apresentação de relatórios														
5	Apresentação de Projetos articulados com a Gestão Estadual do SUS														
6	Apresentação de relatório anual														

4.1.2.18 Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais

Apresentação

A Criação da Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais será articulada pelo **IGES** juntamente com as áreasafins do **HUGO** após a realização do Planejamento estratégico já referido na presente Proposta de Trabalho.

Neste sentido, não será apresentado nesta Proposta o Regimento Interno da Comissão.

Finalidade

A Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais – CPPA tem por finalidade estabelecer normas necessárias para os atos assistenciais médicos praticados na Instituição Hospitalar. Cabe-lhe a coordenação da elaboração,

atualização e divulgação de protocolos de diagnósticos e de tratamento a serem aplicados no **HUGO**.

Organização e Composição

A CPPA será composta por um grupo de médicos, enfermeiras, farmacêuticos e outros profissionais, conforme necessidade. Os atores chave da CPPA serão formados por representantes das especialidades médicas praticadas no HUGO devendo ser indicado um Presidente pelo Diretor Geral, que será responsável pela condução dos trabalhos.

Atribuições Gerais

Cabe à CPPA:

- Padronizar os procedimentos médicos e de enfermagem realizados no Hospital, incluindo a conduta terapêutica e rotina diagnóstica e evolutiva;
- Divulgar o protocolo assistencial para todo o corpo técnico do Hospital;
- Programar treinamento para o corpo clínico, tendo em vista fazer cumprir as rotinas descritas nos protocolos.

Das Reuniões

A Comissão se reunirá mensalmente e em caráter extraordinário, quando convocada pelo seu Presidente.

As decisões tomadas pela Comissão deverão ser lavradas em ATAS. Todas as resoluções da Comissão serão submetidas à apreciação da Direção Geral que autorizará sua aplicação.

A agenda de cada reunião (data e itens a serem discutidos) será desenvolvida e distribuída aos participantes, pela Secretaria Executiva, com pelo menos uma semana de antecedência, sendo a mesma baseada em tópicos de reuniões anteriores e submetida para análise ao Presidente da Comissão. Solicitações para discussão em pauta proveem dos membros, do Diretor Geral, do Pessoal Médico e dos outros profissionais.

A Comissão poderá convidar para participar de suas reuniões pessoas da equipe técnica do hospital ou de outras Instituições, as quais possam apresentar informações úteis e/ou especializadas, podendo também, estas reuniões serem abertas a todo pessoal técnico do Hospital.

Perfil do Cargo

O Presidente será um médico escolhido entre os membros do Corpo Clínico do HUGO.

COMISSÃO - PROC ASSISTENCIAIS

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Reuniões de Planejamento														
2	Criação da Comissão e Regimento Interno														
3	Reuniões mensais da Comissão														
4	Apresentação de relatórios														

4.2 Atividades Assistenciais: Aspectos Organizativosda Gestão Assistencial

A proposta de organização dos serviços e execução das **atividades assistenciais** do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO** apresentada pelo **IGES**incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização dos serviços de saúde. Esta estruturadana articulação com as Redes de Atenção à Saúde e seus processos e no Modelo Gerencial da Qualidade e Gestão com integralidade nos cuidados.

Apesar de não contar com tempo suficientepara a realização de um levantamento mais detalhado dos serviços e atividades em execução no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO**foi realizado um diagnostico inicial para a definição das principais ações elevantar alguns aspectos de setores mais relevantes.O diagnostico integrou a proposta para organização dos serviços e execução das atividades que se pretende

implementar para a produção de resultados eficazes e eficientes de um novo modelo gerencial para o hospital.

OIGES iniciará a execução da referida Proposta de Trabalho realizando um **Planejamento Estratégico,**objetivando em 30 dias, iniciar os processos do novo modelo gerencial proposto. O resultado destas ações será apresentado ao Gestor Estadual, Conselho Estadual de Saúde e Gestores Municipais de Saúde. Poderão, a critério da Gestão Estadual, serem inseridos no processo de apresentação: o COSEMS-GO e a Comissão IntergestoresBipartite.

A seguir, serão apresentados os aspectos organizativos das **atividades** a seremdesenvolvidas no hospital através de um processo sistematizado de produção de serviços sob o foco da satisfação dos seus clientes internos e externos.

4.2.1Serviço de Farmácia

Apresentação

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade. Nesta proposta a comunidade referidasão os usuários do **HUGO**.

A Farmácia Hospitalar é uma unidade de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa. A principal razão de ser da Farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas.

Aporta, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de rnedicamentos, ao armazenamento de medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, á atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de rnedicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação dos medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farrnacovigilância.

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.

O fornecimento de medicamentos inclui:

- Conhecimento da dinâmica da demanda;
- Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos;
- Sequência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;
- Controle de qualidade;
- Sistema racional de distribuição de fármacos.

4.2.1.1 Ações Estratégicas

- Implantação da **Comissão de Farmácia e Terapêutica**

Visando coordenar a formulação de diretrizes da **Assistência Farmacêutica** no **HUGO** será implementadaem um prazo de 60 dias, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, com aprovação de Regimento Interno.

A Comissão deverá estudar,reorientar e regulamentar a prescrição e a utilização dos medicamentos no Hospital.

- Reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária**, com previsão de implantação em **03 meses**.
- Trabalhar ferramentas para a utilização de prescrição eletrônica objetivando sua implementação no primeiro semestre da parceria.
- Desenvolver o Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia

4.2.1.1.1 Implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Missão, Organização e Composição da Comissão.

Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, objetivando a todo momento sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O farmacêutico tem, portanto, uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

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.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros, designados pelo Diretor Geral e assim distribuídos:

- 1 (um) representante da Farmácia;
- Responsável pelo Corpo Clínico;
- 1 (um) representante da Infectologia;
- 1 (um) representante da Clínica Cirúrgica;
- 1 (um) representante da UTI;
- 1 (um) representante da Enfermagem.

Para se desenvolver projetos especiais ou grupos de trabalho poderão ser criadas subcomissões com representação do Serviço de Assistência Social, Nutrição, e outros, dependendo dos objetivos a serem atingidos.

Atribuições Gerais

São atribuições gerais da Comissão:

- Assessorar a Direção Geral na formulação da política de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos;

- Organizar e manter atualizada a grade de medicamentos padronizados e correlatos a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- Fomentar mudanças e reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária;**
- Adotar medidas visando evitar a duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nome comercial diferente;
- Acompanhar estudos e pesquisas de medicamentos e correlatos, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- Examinar e emitir parecer com referência a medicamentos e correlatos, no que diz respeito a propostas de: substituição ou eliminação da grade de medicamentos padronizados; novas aquisições;
- Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo: grade de medicamentos padronizados; dados farmacológicos e clínicos; reações adversas; ocorrências no emprego;
- Trabalhar métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo;
- Estruturar a implantação e a utilização de prescrição eletrônica;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;
- Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;

- Recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para a escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;
- Promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;
- Registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;
- Emitir parecer de caráter técnico-científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;
- Revisar frequentemente a grade de medicamentos padronizados a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;
- Estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo corpo clínico do hospital;
- Formular programas de esclarecimentos ao Corpo Técnico, para conhecimento do uso de novos produtos do Hospital.

4.2.1.1.2 Implantação do Sistema de Dose Unitária

O **IGES** pretende implantar o Sistema de**Dose Unitária**, que consiste no atendimento individualizado das prescrições, no qual a medicação é fornecida por um período, em geral, de 24 horas, em um período de 03 (três) meses após o inicio da parceria.

Neste sistema, o médico faz as prescrições; a enfermagem as encaminha à farmácia, que separa os medicamentos por paciente, para cada período (em geral de 24 horas) e os envia.

Distribuição de Medicamentos por dose unitária:

- Dispensar, a partir da interpretação da ordem médica por parte do farmacêutico, as doses de medicamentos necessárias para cada

paciente, previamente preparada para que cubram um período determinado.

Estratégia de implantação:

- Organização do serviço de farmácia (compra de material, mobiliário, treinamento de pessoal);
- Elaboração de normas de funcionamento (cronograma de atendimentos, reenvase);
- Verificar as situações especiais: Quanto ao tipo de medicação, Medicações de urgência, Medicamentos de uso tópico, grandes volumes, Nutrição parenteral, citostáticos e outros medicamentos injetáveis, Entorpecentes e psicotrópicos.
- Aspectos funcionais: Prescrições "fora do horário", Acréscimos ou alterações.
- Reenvase de medicamentos: Cada embalagem deve conter uma quantidade de medicamento para ser tomada de uma só vez; Proporcionar uma adequada proteção do conteúdo junto aos agentes ambientais; Permitir uma fácil e completa identificação; Permitir administração diretamente do envase, sem necessidade de nenhuma manipulação.

4.2.1.1.3 Implantação da Prescrição Eletrônica

Na prescrição eletrônica, o profissional médico realiza as prescrições de medicamentos num sistema informatizado. Estes sistemas permitem acesso completo aos dados dos medicamentos, seja por nome comercial ou por princípio ativo, com objetivo de evitar erros na transcrição dos nomes de medicamentos e de interação medicamentosa. Cada prescrição efetuada dispara, automaticamente, os processos necessários para os setores relacionados, como, por exemplo, a farmácia, a enfermagem e o faturamento.

O sistema de prescrição eletrônica permita ao médico, enfermeiro e setor de farmácia acessar a prescrição de qualquer local do hospital, quando necessário. O sistema também permite recuperar e alterar a última prescrição digitada, assim como imprimi-las sempre que necessário.

No método eletrônico a enfermagem poderá visualizar a prescrição realizada, adicionar os horários e liberar o pedido de medicamento para a farmácia. A farmácia, ao receber o pedido, dispensaria os medicamentos às unidades de enfermagem. O serviço de nutrição também receberia o pedido de dieta, tão logo fosse encerrada a prescrição.

Os benefícios dos sistemas de prescrição eletrônica são reconhecidamente superiores àqueles associados ao método tradicional de prescrição. A prescrição eletrônica oferece melhor e mais ágil canal de comunicação entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros, reduz os erros de medicação e transcrição, reduz os custos relacionados ao manuseio e arquivamento de papel e facilita a repetição das prescrições.

O Sistema referido será implementado pelo **IGES** no primeiro semestre da parceria.

4.2.1.1.4 Desenvolvimento do Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia

O IGES vai desenvolver um Software para controle do fluxo do estoque com equipamentos de informática compatíveis.
Para implantação: Definir Base de Dados.

Tabela de Cadastro de Produtos:

- Grupos farmacológicos;
- Subgrupos farmacológicos;
- Princípios ativos;
- Produtos;
- Frações.



Tabela Apropriação de Consumo:

Centros de custo: - Clínica médica, bloco cirúrgico, Clinica Cirúrgica, etc.

Código de Barras: Implantação de leitoras e impressoras que facilitem o manuseio, dispensação e controle.

Melhorias alcançadas com o **Sistema Eletrônico:**

- Maior facilidade de gerenciamento;
- Maior agilidade no processamento das compras;
- Maior confiabilidade nos resultados;
- Possibilidade de interpolação de dados;
- Diminuição do tempo gasto nos processos;
- Diminuição dos custos de aquisição/estocagem;
- Possibilidade de monitoramento da utilização dos produtos;
- Melhoria dos serviços prestados ao paciente;
- Farmacovigilância;
- Capacitação da equipe.

4.2.1.2 Descrição de Finalidade e Atribuições do Serviço de Farmácia

O núcleo de farmácia do HUGO funciona 24 horas e será responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à seleção, aquisição, avaliação, recepção, armazenamento, conservação e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares. É o serviço responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à aquisição, seleção, avaliação, recepção, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle de medicamentos, assim como a manipulação de Nutrição parenteral e diluição de germicidas, atuando em todas as fases da terapia medicamentosa, procedimentos indispensáveis para o cumprimento da mesma e recuperação dos pacientes.

Tem por objetivo garantir o abastecimento de medicamentos e materiais correlatos, oferecendo atendimento com eficiência, qualidade e rapidez,

atendendo as necessidades da terapêutica e contribuindo para o processo de recuperação da saúde dos pacientes.

A sua área física:

- Local ventilado, temperatura ambiente ou fresco (de + 8ºC a 25ºC);
- Geladeiras ou câmaras frigoríficas para termo lábeis (+ 2ºC a +8ºC);
- Congeladores (freezer), quando o caso;
- Paredes e pisos revestidos com materiais laváveis;
- Os produtos devem ser acondicionados em estantes ou estrados (pallete);
- Localização que possibilite fácil acesso para carga e descarga;
- Área que permita a carga/descarga sob condições de intempérie;
- Área de fácil acesso/comunicação com a instituição.

4.2.1.2.1 Atribuições Gerais da Farmácia Hospitalar

- 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;
- 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;
- Realizar seleção e padronização de medicamentos;
- Promover distribuição dos medicamentos de forma racional, adequada à estrutura do hospital;
- Orientar as especialidades médicas quanto ao uso correto dos medicamentos e sua conservação;
- Integrar a área com a **Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;**
- Promover o ensino e capacitação 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 6º e 8º:

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 diversos 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."*

4.2.1.2.2 Composição eAtribuições dos Recursos Humanos

O Serviço de Farmácia Hospitalar do HUGO contará com a seguinte equipe:

Diretor do Serviço; Chefe da Dispensação/ Almoxarifado/ Farmacotécnica/ Gerenciamento; Farmacêuticos da Área da Dispensação; Farmacêuticos da Área de Gerenciamento; Farmacêuticos Clínicos.

As funções e atribuições dos serviços e dos profissionais do setor também 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 orientados de suas atribuições. O estabelecimento destas atribuições permite ao gestor farmacêutico a definição dos cargos, a

determinação do perfil e a seleção do funcionário mais adequado para o trabalho.

Atribuições: Chefe/Diretor do Serviço de Farmácia Hospitalar:

- **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:**
  - 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 responsável 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;
- Estabelecer participação na Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- Estabelecer participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica a ser implementada;
- Atualizar e padronizar os medicamentos, bem como sugerir novos medicamentos, de acordo com as características do hospital, com vantagens técnicas e econômicas,
- 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 Hospitalar

A complexidade e responsabilidade da área, almoxarifadode uma Farmácia Hospitalar, requer que a chefia deve ser exercida 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 pilhas, empilhamento 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;
  - 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 físico-química 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, educação continuada, e participar dos processos de Educação Permanente 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 capacitações;
  - 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 Exercício no Serviço/Diretoria

- **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 institucionalmente;
- Despachar os pacotes de medicamentos destinados a cada paciente, quando prontos e etiquetados.

- **Técnicas:**
  - Manipular e fracionar os medicamentos, após paramentação e limpeza adequada, 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 Trabalhadores: Manipulação de Medicamentos

- **Administrativas:**
  - Participar ativamente da implantação das rotinas operacionais contemplando todos os setores, desde almoxarifado até o transporte.

- **Operacionais:**
  - 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 antisséptico 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;
  - As recomendações devem estar contidas em um manual do serviço disponível para consulta.

4.2.1.3 Metodologia e Mecanismos de Controle

- **Aspecto Logístico**

Gerenciar a compra, armazenamento e distribuição fornecendo mecanismos de controle sobre esta demanda.

- **Aspecto Técnico**

Gerenciar e caracterizar o uso e analise deste consumo junto à equipe multiprofissional.

- **Aspecto Contábil**

Controlar financeiramente o estoque promovendoa sua valoração e sua apropriação nas contas dos pacientes.

- **Definiçãode Parâmetros**

Com relação ao Tempo de Processamento de Compras:

- Tempo de Processamento Interno (T.P.I): tempo gasto entre a decisão de executar uma compra e a emissão da requisição de compras ao fornecedor selecionado.
- Prazo de entrega (P.E): tempo transcorrido desde a entrega da requisição de compras ao fornecedor até o seu recebimento do produto no local da entrega.
- Tempo de Espera(T.E)

É a somatória do tempo de processamento interno mais o prazo de entrega.

TE = TPI+PE (resultados em dias) TE = (TPI+PE)/30 resultado em meses

Com relação ao Tempo Estocado (quantidade):

- Dias de Estoque (D.E)

É um numero de dias de estoque que deseja manter na instituição.

- Estoque Mínimo (E.Min.)

É a quantidade que desencadeia o processo de compras de tal forma que o produto chegue antes de se atingir o Estoque de Segurança (ES).

- Estoque de Segurança (nível critico) (E.S.)

É a quantidade que desencadeia uma compra de urgência, para evitar a ruptura de estoque.

- Estoque Zero (E.Z.)

É quando ocorre a ruptura do estoque.

- Estoque máximo (E.Max.)

É a máxima quantidade de estoque permitida. Pode ser definida administrativa ou fisicamente.

Consumo Médio Mensal:

Média Aritmética Simples É o quociente da somatória do consumo dos meses pelo número de meses.

C.M.A.= M1+M2+M3+Mn / n

Onde M1=mês passado, M2=mês retrasado, etc.

- **Inventário**
- Tem a finalidade de apurar o saldo físico com o contábil;
- Deve ser executado ao menos uma vez ao ano;
- Importante tanto para instituições públicas como privadas;
- Metodologia deve seguir normas internas e fiscais.

4.2.1.4 Levantamento dos Processos e Fluxos

PROCESSOS

Processo 1: Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de Apoio do Hospital.

Objetivo: Abastecer os setores disponibilizando os medicamentos e materiais a serem utilizados nos diversos procedimentos.

Subprocessos: Não tem.

Clientes

CME, Centro Cirúrgico, Apoio e Diagnóstico , Lavanderia, Diálise/Hemodiálise; Laboratório de Anatomia Patológica; Laboratório de Análises Clínicas; Odontologia; Agencia Transfusional; Fisioterapia; Ambulatório, Pronto Atendimento.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUBPROCESSOS**	**SAÍDAS**
Requisição pelo Sistema Eletrônico Requisição de materiais; Requisição de transferência; Relatórios de consumo do setor; Notificação de Receita.	Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de apoio ao hospital.	Construção de Indicadores; Requisições de atendimento (Documento de movimentação do item); Requisição de materiais atendidas; Livro de registro de medicamento da Portaria 344/98.

Controles

Registros:

- Documento de movimentação do item;
- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98
- Registro no Sistema Eletrônico.

Base Legal

- Lei Federal nº5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº6437 de 20/08/77
- RDC nº306 de 07/12/2004
- RDC nº50 de 21/02/02
- RDC nº67 de 08/10/07

Processo 2: Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado

Objetivo: Planejar e elaborar os pedidos mensais de medicamentos e correlatos para o abastecimento. Recebimento, guarda e conservação dos insumos.

Clientes

Divisão de Farmácia, Gerência de Abastecimento e Distribuição-SES, Diretoria Administrativa e Financeira.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUBPROCESSOS**	**SAÍDAS**
Padronização/Seleção Programação de Inventário do Almoxarifado de Farmácia Solicitações dos setores do hospital; Requisições de Transferência de unidades da rede	Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado. Suprimento de insumos farmacêuticos pelo HUGO;	Requisições de Atendimento da GAD-SES (Documento de movimentação do item); Notas Fiscais; Requisições de Transferência; Construção de Indicadores; Relatórios de Controle e Estoque

Controles

Registros:

- Relatório de Pedido Mensal, Inventário;
- Notas Fiscais;
- Relatórios de Controle de Estoque;
- Requisições de Transferência
- Comunicações Internas de Compra;
- Registros do Sistema Eletronico;
- Relatórios de Controle de CI.

Base Legal

- Lei Federal nº5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº6437 de 20/08/77
- RDC nº306 de 07/12/2004
- RDC nº50 de 21/02/02
- RDC nº67 de 08/10/07
- Portaria nº344 de 12/05/08

Processo 3: Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo.

Objetivo: Fornecer a medicação para os pacientes internados para 24 horas, juntamente com todos os materiais aos postos de enfermagem.

Subprocessos: Não tem

Clientes

Clínicas médicas e cirúrgicas; Pronto Atendimento; UTI; diálise/hemodiálise; intercorrência; RPA (Recuperação pós anestésica).

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUBPROCESSOS**	**SAÍDAS**
Prescrições médicas Acréscimos de prescrições. Requisições de materiais;	Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo; Registro de medicamentos da Portaria 344/98	Construção de Indicadores; Kits de medicamentos e materiais individualizados; Prescrições médicas, acréscimos, requisições de materiais, atendidos. Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98.

Controles

Registros:

- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98;
- Prescrição médica;
- Acréscimo de prescrição;

Base Legal

- Lei Federal nº5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº6437 de 20/08/77

SES 1778 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- RDC nº306 de 07/12/2004
- RDC nº50 de 21/02/02
- RDC nº67 de 08/10/07
- Portaria nº344 de 12/05/08

4.2.2 Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME

Apresentação

O Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, denominado também como Serviço de Arquivo Médico e Estatística - **SAME** tem por finalidade a guarda e a preservação doprontuário médico (dados pessoais, história,evolução clínica, exames, radiografias etc.) e aelaboração de relatórios e boletins referentes ao movimento hospitalar.

É ainda responsabilidade do SAME arquivar o prontuário do paciente de forma ética, dentro das normas arquivísticas com observância do sigilo de informações, visando disponibilizá-lo de forma rápida quando solicitado, pelo próprio paciente, judicialmente ou aos profissionais de saúde para o desenvolvimento da assistência médica, ensino e pesquisa.

Este serviço funciona com duas unidades: Unidade de Arquivo de Prontuários Médicos e Unidade de Estatística.

4.2.2.1 Descrição de Finalidade e horários de atendimento do SAME

O SAME presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 06 horas às 19 horas. Para desempenhar as funções necessárias ao atendimento com qualidade no **HUGO**, que tem demanda de urgência e emergência, o SAME deverá se preparar para trabalhar todos os dias da semana nas 24 horas.

O SAME terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

Para a Unidade de Arquivo de Prontuários a especificidade será: Arquivista.

Para a Unidade de Estatística a especificidade será: Estatístico e Epidemiologista.



Para o apoio: Auxiliares Administrativos

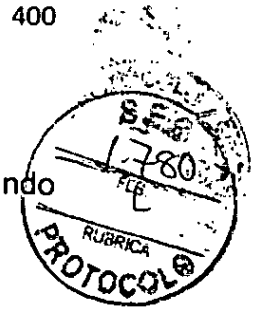
4.2.2.2 Atribuições Gerais do SAME

- Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;
- Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de altas;
- Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores do hospital;
- Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes e ou encaminhando para atendimento das informações solicitadas;
- Arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
- Manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
- Receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
- Receber, controlar e resumir, diária ou mensalmente, as informações estatísticas de consultas externas (ambulatoriais) e dos serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalização;
- Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse do hospital;
- Calcular os indicadores de saúde requeridos pelo **HUGO**;
- Encaminhar ao setor de contas médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;
- Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela diretoria do **HUGO**.

4.2.2.2.1: Unidade de Arquivo de Prontuários Médico

Atividades

- Retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
- Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;



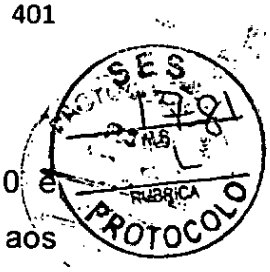
- Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado.

Setores da Unidade de Arquivo de Prontuários Médico

O Serviço de Arquivo Médico do HUGO tem a seguinte composição:

- **Setor de Expediente**: responsável pelas rotinas administrativas do serviço, pelo atendimento das solicitações de relatórios médicos e outros, além do fornecimento de cópias de documentos do prontuário.
- **Seção de Registro:** responsável pela matrícula e abertura dos prontuários de todos os pacientes a serem tratados pelo Hospital, sendo necessário para tanto a apresentação do impresso "Pedido de Caso Novo", devidamente preenchido com especialidade, data, assinatura e carimbo do profissional responsável pelo atendimento.
- **Seção de Arquivo de Prontuário Médico:**é responsável pela manutenção e controle da movimentação de prontuários médicos, sendo que aqueles encaminhados para atendimento ambulatorial não poderão ser retidos pelo médico.

  As pesquisas deverão ser realizadas na "Sala de Pesquisas", que deverá permanecer aberta diariamente das 08:00 horas às 17:00 horas, exceto sábados, domingos e feriados. Se o profissional necessitar retirar o prontuário da Seção de Arquivo Médico, deverá apresentar autorização, por escrito, do docente responsável.
- **Seção de Documentação de Prontuário Médico**: responsável pela revisão quantitativa do prontuário, após o atendimento do paciente. As correções necessárias no preenchimento dos impressos obrigatórios serão cobradas, por escrito, do profissional responsável pelo atendimento.
- **Seção de Dados Médicos:**responsável pela elaboração de demonstrativos estatísticos de atendimentos, codificação dos



diagnósticos constantes nos prontuários médicos segundo CID-10 e fornecimento de levantamentos estatísticos e nosológicos aos Profissionais.

4.2.2.2.2: Descrição da Unidade de Estatística

Apresentação

É função da Unidade de Estatística elaborar a Estatística Administrativa e Nosológica do hospital, ressaltando que um Sistema Integrado de Gestão Hospitalar reúne as estatísticas referentes às atividades diárias preservando também a privacidade dos prontuários médicos.

Sistemática e Metodologia de Trabalho

Destina-se a organizar o funcionamento da unidade de estatística do HUGO, utilizando para tanto métodos estatísticos próprios para a área hospitalar e tem como principal objetivo cooperar no entendimento do funcionamento e características dos serviços prestados pelo hospital e as suas consequências.

- **Estatística Administrativa:**Elabora os Indicadores hospitalares e outras estabelecidas pela Administração do Hospital.
- **Estatística Nosológica:**Refere-se às causas de morbidade e mortalidade das investigações classificadas de acordo com a Codificação Internacional de Doenças (CID- 10), contidos em nosso Sistema Integrado de Gestão Hospitalar.

Será criado um manual de normas, serviços e rotinas, que visa o melhor aproveitamento dos recursos e dados existentes, bem como a implantação, coleta e gerência de novos dados.

A seguir o **IGES** apresentará as técnicas necessárias à organização de um serviço de estatística hospitalar através da utilização das técnicas do controle estatística da qualidade, análise dos indicadores hospitalares, as fases do trabalho estatístico e demais ferramentas.

Finalidade



Fornecer dados para a avaliação da instituição e eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo, com qualidade e confiabilidade, atuando e auxiliando todas as áreas do HUGO.

Objetivo Geral

Investir na busca de parâmetros fidedignos que facilitem a tomada de decisão, o planejamento e a pesquisa cientifica sem esquecer seu papel de agente em saúde pública, com a Gestão do SUS e elemento de ligação ao sistema de informação em saúde.

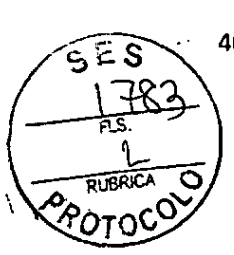
Objetivos Específicos

- Resgatar a importância do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) nas instituições de saúde;
- Apresentar de maneira simples as noções necessárias à organização de um serviço de estatística hospitalar;
- Facilitar a compreensão das circunstâncias que envolvem sua administração e interpretação de seus indicadores;
- Contribuir com a pesquisa clínica;
- Facilitar o registro das evoluções médicas;
- Facilitar o registro das evoluções de enfermagem.

Composição da Unidade

Os hospitais em sua maioria não dispõem de pessoal qualificado para o desempenho das atividades estatísticas. Antes de planejar e organizar o serviço de estatística deve-se preparar o pessoal habilitado necessário ao seu funcionamento. Este preparo deve ser feito através de curso específico, com o objetivo de melhorar o aproveitamento dos recursos humanosque já fazem parte do quadro.

Além deste pessoal, o **IGES** vai organizar a Unidade de Estatística com composição multidisciplinar e multiprofissional, de profissionais qualificados em Estatística e Epidemiologia.



Atribuições da Unidade de Estatística

- 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, urgência e central de internações, também são obtidas informações de outros setores: radiologia, laboratório, enfermagem e serviço social;
- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

A Unidade funcionará nos turnos matutino (07h00min às 13h00min) e vespertino (13h00min às 19h00). Porém, a equipe de Enfermagem é responsável pela coleta dos mapas no período entre os expedientes para entrega ao setor no início das atividades diurnas.

4.2.2.3 Modernização do Serviço

Após levantamento inicial mais substanciado a modernização do serviço se dará através da implantação de sistemas gerenciais em saúde, inclusive através do Prontuário Eletrônico (PEP), conforme descrito em Ferramentas de Gestão da Organização, Organização de Serviços Assistenciais, Módulo: Prontuário Eletrônico.

A modernização do serviço passará também pelos itens descritos em Modelo de Gerenciamento Eletrônico de Prontuários.

4.2.3 Principais Indicadores de Desempenho

Apresentação

As estatísticas hospitalares são fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde.

SES
1284 404
Fls
L
RUBRICA
PROTOCOLO

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de sensibilidade (medir as alterações desse fenômeno) e especificidade (medir somente o fenômeno analisado).

4.2.3.1 Metodologia

A metodologia para desenvolvimento dos Indicadores é baseado na seguinte estrutura:

Avaliação

- Identificar os conceitos em vigor
- Identificar os casos de utilização de diferentes conceitos para uma mesma variável;
- Propor a adaptação de novos conceitos para novas áreas;
- Recorrer à colaboração de painel de consultores peritos externos.

A avaliação será feita semestralmente e obedecerá aos seguintes critérios:

- Análise dos resultados de metas estabelecidas
- Análise dos indicadores estabelecidos
- Análise de satisfação da clientela e dos indicadores de qualidade assistencial
- Análise dos relatórios e dos quadros da ouvidoria
- Monitoramento da Produção e Faturamento
- Além dos indicadores de desempenho descritos abaixo, serão aferidos a curto, médio e longo prazo, outros indicadores que serão mencionados.

O IGES vai elaborar: **Ficha Técnica dos Indicadores**

- **Nome do indicador**

SES 1785 405 RUBRICA PROTOCOLO

- **Conceituação:** Características que definem o indicador, a forma como ele se expressa, bem como sua delimitação em relação à forma, espaço e ao tempo.
- **Fórmula:** Utilizada para calcular o indicador e que define precisamente os elementos que a compõem.
- **Definição de termos utilizados no indicador:** Informações agregadas para compreensão do conteúdo dos termos que compõem o conceito, normalmente constante do glossário do sistema de coleta do dado.
- **Interpretação do indicador:** Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
- **Usos:** Principais formas de utilização do indicador gerado, as quais devem ser consideradas para fins de análise.
- **Parâmetros, dados estatísticos e recomendações:** valores de referência locais, nacionais e/ou internacionais, disponíveis para análise comparativa da situação descrita pelo indicador e utilizada para definição da meta. Expressão da amplitude das variações aceitáveis de um indicador ou critério.
- **Meta:** É o valor pretendido, em relação ao parâmetro, a ser alcançado em tempo definido no programa, levando-se em conta as diretrizes da ANS para o setor e a segmentação assistencial de atuação da operadora. As metas dos indicadores da dimensão de Avaliação da Qualidade de Atenção à Saúde foram definidas principalmente com base nas metas recomendadas por organismos internacionais, identificados na literatura internacional, obtidas na base de dados da ANS ou do Sistema Único de Saúde (SUS).
  Os valores estabelecidos como metas poderão ser revistos e ajustados semestralmente no processo de avaliação da qualidade das operadoras, na perspectiva de se caminhar adequando as metas atuais para os níveis ideais.
- **Pontuação**
- **Periodicidade**
- **Fonte**

SES
1786
RUBRICA
PROTOCOLO

- **Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador:** Ações de saúde em qualquer nível de atenção ou atividades afins cujo resultado pode proporcionar uma aproximação do resultado do indicador ao estabelecido como meta.
- **Limitações e vieses do indicador:** Fatores que restringem a interpretação do indicador, referente tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
- **Referências bibliográficas**

  Os indicadores em síntese são apresentados em ficha técnica específica contendo a conceituação, o método de cálculo, a definição dos termos, suas possíveis interpretações, usos, parâmetros dados estatísticos e recomendações existentes, meta, pontuação, fonte dos dados, ações esperadas para causar impacto positivo na situação analisada, limitações e vieses, bem como as referências que tratam do assunto.

Indicadores em Saúde

- Epidemiologia
- Indicadores
- Informações
- Administração
- Benchmarking

Os indicadores isoladamente não apresentam utilização. São apenas vários dados. O **IGES** pretende que os indicadores sejam:

- organizados,
- atualizados,
- disponibilizados,
- utilizados e comparados.

O **IGES** irá constituir: Uma base de dados / banco de dados Para a Avaliação Comparativa de indicadores irá trabalhar com:

FLS. 1
RUBRICA
PROTOCOLO

Padronização

- fórmula igual
- coleta igual
- tratamento igual

Similaridade

- tamanho
- especialidade
- clientela

4.2.3.2: Indicadores, Parâmetros e Estabelecimento de metas

O **IGES**, nos primeiros 30 dias da parceria, vai estabelecer como meta, valores próximos dos parâmetros já apresentados pela SES GO no edital.

Justificativa

- Necessidade de verificar se os parâmetros estabelecidos estão consistentes.
- Necessidade de comparações de resultados.
- Necessidade de base para planos de melhoria.
- **Taxa de Infecção Hospitalar:** é a relação percentual entre o total de infecções ocorridas, sem relação com a causa que motivou a internação.

$$\text{Taxa:} \quad \frac{\text{Total de infecções no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$$

Parâmetro - Taxa de infecção Hospitalar = 9,30%

Meta: TIH: 6,0%

- **Taxa de Mortalidade Global:** é a relação global entre o total de óbitos na unidade durante um determinado período e o total de pacientes saídos (alta e óbitos) durante o mesmo período.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1788
FUNC

Taxa:	Total de óbitos ocorridos no período / Total de altas e óbitos no mesmo período	x100

Parâmetro - Taxa de mortalidade global = 4,72%

Meta: TMG: 3,0%

- **Taxa de Ocupação Hospitalar:** é a relação percentual entre o total de pacientes-dia em determinado período e o total de leitos dia no mesmo período.

Taxa:	Total de pacientes / dia no período de 1 mês / Total de leitos operacionais no período	x100

Parâmetro - Taxa de ocupação hospitalar = 90,00%

Meta: TOH: 95,0%

- **Média de Permanência Hospitalar:** é a relação entre o total de pacientes dias e a quantidade de internações realizadas em determinado período.

O cálculo de algumas estatísticas hospitalares, como a média de permanência, é afetado pela forma de tratamento das transferências internas no censo hospitalar. No caso da média de permanência para cada unidade hospitalar, para evitar a duplicação da internação ou a divisão da permanência do paciente, toda a permanência da internação deve ser atribuída à unidade da qual o paciente teve alta. Nessa situação, um grande viés é introduzido nas estatísticas de unidades que têm grande volume de pacientes transferidos, como é caso do CTI. Para essas unidades, as estatísticas devem ser feitas separadamente, incluindo todos os pacientes que passaram pela unidade.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1789
FUNC

Média de permanência

$$\text{Taxa:} \quad \frac{\text{Total de pacientes / dia no período de 1 mês}}{\text{Total de pacientes saido no mesmo período}} \times 100$$

Parâmetro - Média de permanência no hospital

Observação	12 horas
Reanimação - Trauma	1 hora
Emergência Clínica	2 dias
Internação Clínica / Cirúrgia	3 dias
Traumatologia	3 dias
U T I	8 dias

- **Tempo médio de entrega de resultados de exames:** é a relação da data de solicitação do exame e a data de entrega do mesmo.

Tempo médio de entrega dos resultados dos exames

$$\text{Tempo:} \quad \frac{\text{Data da solicitação do exame}}{\text{Data de realização dos exames}} = < 24 \text{ hs}$$

Meta: menor que 24 horas.

- **Satisfação da clientela:** é a relação percentual entre a quantidade de avaliação entre bom e ótimo com o total de pessoas pesquisadas, mediante entrevista direta.

Índice de Satisfação da Clientela

$$\text{ISC:} \quad \frac{\text{Quantidade de avaliação entre bom e ótimo}}{\text{Total de pessoas pesquisadas}} \times 100 = > 80\%$$

Meta: Maior que 80%

- **Índice de Resultado Financeiro**

Índice de Resultado Financeiro

$$\text{IRF:} \quad \frac{\text{Receita total no período}}{\text{Despesas total no mesmo período}} = > 1$$

> 1 - Resultado positivo
< 1 - Resultado negativo
= 1 - Equilibrio

PROTOCOLO 1790

Meta: Equilíbrio ou maior que 1.

- **Índice de Transparência Administrativa**

Índice de Transparência Administrativa
ITA = [IRO + (1-IIA)/2] = > 70%
IRO = Índice de resposta da Ouvidoria IRO = Total das repostas enviadas pelas Ouvidorias / Total de demandas formuladas IIA = Índice de regularidade Administrativa IIA = Número de processos Administrativos Disciplinares abertos / Número total de servidores

Meta: Maior que 70%

4.2.3.3: Monitoramento de Outros Indicadores Selecionados

Coeficientes Hospitalares

- **Censo Médio Diário**

Definição: É o número médio de pacientes dia em um hospital

Numerador: Número de pacientes de determinado período

Denominador: Número de dias desse período

Unidade: paciente/dia

- **Duração Média da Internação**

Definição: É o tempo médio (em dias) que os pacientes internados ficaram no hospital, durante esse período.

Obs: Trata-se de uma maneira simplificada de calcular esse índice, porém não mostra a verdadeira média e deve ser usado somente para hospitais de curta permanência.

Numerador: Pacientes/dias em determinado período

Denominador: Saídas (altas +óbitos) desse mesmo período

Fator de Multiplicação: 100

Unidade: dias

- **Coeficiente de Mortalidade Hospitalar**

Definição: Mede a proporção dos pacientes que vão à obito durante a hospitalização

Observação: É considerado óbito hospitalar aquele que ocorre após o registro do paciente no hospital.

Numerador: Número de óbitos no hospital em determinado período

Denominador: Número de saídas (altas + óbitos) no mesmo período

Fator de Multiplicação: 100

Unidade: pacientes

- **Coeficiente Específico de Mortalidade Hospitalar**

Definição: Mede a proporção dos pacientes que morrem após 48 horas de internação È comum o uso de coeficientes específicos de mortalidade para cirurgias, anestesias, obstetrícia, etc.

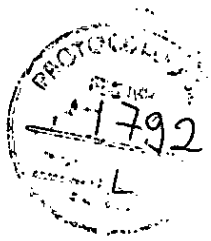
Numerador: Número de óbitos ocorridos após 48 horas de internação no hospital em determinado período.

Denominador: Número de saídas (altas + óbitos) no mesmo período de tempo

Fator de Multiplicação: 100

Unidade: Pacientes

Observação: Recomenda-se que seja calculado trimestralmente* Neste caso é considerado óbito hospitalar aquela morte que ocorreu após 48 horas de internação



- **Coeficiente de Necropsia**

Definição: Mede a proporção de necropsia realizada no hospital

Numerador: Número de necropsia em determinado período

Denominador: Número de óbitos hospitalares no mesmo período

Fator de Multiplicação: 100

Unidade: Óbitos

- **Taxa de Mortalidade Pós-operatório (TxMPO)**

Numerador: Número de óbitos ocorrido no pós-operatório no período

Denominador: Número de atos cirúrgicos no mesmo período

Fator de Multiplicação: 100

Unidade: porcentagem

- **Taxa de Produtividade Hospitalar (TxPH)**

Numerador: Número de internações/ano x média de permanência x números de leitos existentes/ano

Denominador: 365 dias ao ano

Fator de Multiplicação: 100

- **Taxa Média de Permanência (TxMP)**

Numerador: Total de pacientes ao dia em um período

Denominador: Total de pacientes com alta no mesmo período

Fator de Multiplicação: 100

- **Taxa de Mortalidade Operatória**

Numerador: Número de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico no período
Denominador: Total de atos cirúrgicos no mesmo período

Fator de Multiplicação: 100

- **Índice de Renovação**

Definição: Representa utilização do leito hospitalar durante o período considerado Indicador hospitalar de produtividade

Numerador: Número de saídas (altas e óbitos) em determinado período

Denominador: Número de leitos mesmo período

- **Índice de Intervalo de Substituição**

Definição: Indicador hospitalar de produtividade queassinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão do outro.

Numerador: porcentagem de desocupação x média de permanência.

Denominador: porcentagem de ocupação

- **Relação Funcionários por Leito**

Definição: O número de funcionários inclui todos os profissionais do hospital: médicos, enfermeiros, técnicos, pessoal administrativo, cozinheiros, pessoal da limpeza, segurança e outro Indicador hospitalar de produtividade.

Numerador: Número total de funcionários constantes da folha de pagamento dos hospitais.

Denominador: Soma do número de leitos existentes em operação no mesmo período

Unidade: funcionários/leitos

Coeficientes trabalhados com AIH:

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1794
FUNC.

- **Índice de gastos com hospitalização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa)**

Definição: Calculado através da divisão do valor total gasto com hospitalização por faixa etária pelo número total de pacientes por faixa etária

Numerador: Valor total gasto com hospitalização por faixa etária

Denominador: Número total de pacientes por faixa etária

Fator de Multiplicação: múltiplo de 10

Unidade: habitantes

- **Índice de hospitalização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa)**

Definição: calculado através da divisão do número total de dias de hospitalização por faixa etária pelo número total de habitantes por faixa etária

Numerador: Número total de dias de hospitalização por faixa etária

Denominador: Número total de habitantes por faixa etária

Fator de Multiplicação: Múltiplo de 10

Unidade: Habitantes

- **Taxa de utilização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa)**

Definição: Calculado pela divisão do número total de dias de hospitalização por faixa etária pelo número total de habitantes por faixa etária

Numerador: Número de internações por faixa etária

Denominador: Número de habitantes naquela(s) faixa(s) etária(s)

Fator de Multiplicação: 100

PROTOCOLO PLS 295

Unidade: habitantes

- **Mortalidade hospitalar geral ou por alguma causa ou procedimentos específicos**

Definição: Calculado pela divisão do número total de óbitos registrados em todas as AIHs (ou AIHs selecionadas por causa e procedimento) pelo número total de internações (AIHs tipo), ou total de internações por causa ou procedimento selecionado

Numerador: Número total de óbitos registrados em todas as AIHs (ou AIHs selecionadas por causa ou procedimento)

Denominador: Número total de internações (AIHs do tipo 1)ou total de internações por causa ou procedimento selecionado

Fator de Multiplicação: 1000

- **Utilização de UTI (ou insumos especiais)**

Definição: Calculado pela divisão do número total de diárias em UTI cobradas (ou quantidade do Insumo selecionado utilizado), pelo número de AIHs apresentadas.

Numerador: Número total de diárias em UTI cobradas (ou quantidade do insumo selecionado utilizada)

Denominador: Número de AIHs apresentadas

Fator de Multiplicação: 100

Unidade: AIHs

- **Proporção de internação por causa ou procedimento selecionado**

Definição: Calculado pela divisão do número de internações por aquela causa ou procedimento pelo número total de internações realizadas

PROTOCOLO 1796

Numerador: Número de internações por determinada causa ou procedimento

Denominador: Número total de internações

Fator de Multiplicação: 100

Unidade: Internações

- **Valor médio da internação, geral ou por alguma causa específica.**

Definição: Calculado pela divisão do valor total pago pelas AIHs consideradas, pelo número total de internações (AIHs do tipo 1) consideradas

Numerador: Valor total pago pelas AIHs

Denominador: Número total de internações (AHIs do tipo 1)

- **Tempo médio de permanência geral ou por alguma causa específica**

Definição: Calculado pela divisão do número total de dias constantes nas AIHs consideradas, pelo número total de internações (AIHs do tipo 1) consideradas

Numerador: Número total de dias constantes nas AIHs

Denominador: Número total de internações (AIHs do tipo 1)

Unidade: Paciente/dia

4.2.3.4 Sistemática de Aplicações de Ações Corretivas

Estabelecer procedimentos para implementar ações corretivas quando forem identificadas não-conformidades, observando os seguintes aspectos:

- **Análise de causas:**

A definição da ação corretiva deve iniciar com a investigação para determinação da (s) causa (s) da não conformidade.

- **Seleção e implementação de ações corretivas**:

Identificar as ações corretivas potenciais e selecionar / implementar as ações que sejam mais prováveis para eliminar as causas e prevenir reincidência.

- **Monitoramento das ações corretivas:**

Monitorar os resultados das ações corretivas para garantir que as mesmas estão sendo eficazes.

- **Auditorias adicionais:**

Ocorrem quandoas não-conformidades e desvios demonstrem que o mesmo não está adequadamente estruturado ou em conformidade, providenciar auditoria nas atividades que estão sendo questionadas.

4.2.3.5 Ações Estratégicas

- Elaborar normas para tratamento de não conformidades contendo:
  - formulários de registros de não conformidade;
  - fluxo das informações de não conformidades;
  - formulário para análise das causas e registro de ações corretivas;
  - níveis de competência para tomada de ação corretiva e/ou preventiva.
- Conscientizar os trabalhadores da importância dos registros.
- Adotar a Ação Preventiva:

É um processo proativo para identificação de oportunidades de melhoria e não uma reação à identificação de não-conformidades, problemas ou reclamações.

O **HUGO** deve identificar melhorias necessárias e potenciais causas de não conformidades.

Sendo requeridas ações preventivas, elaborar plano de ação para implementá-las e monitorá-las, visando reduzir a probabilidade de ocorrência de não conformidades e aproveitar oportunidades de melhorias.

- O Comitê de Qualidade exerce papel importante na análise, encaminhamento, acompanhamento e avaliação da eficácia das ações corretivas e preventivas.
- O **IGES** assumindo o gerenciamento do HUGO conforme já referido iniciará o processo de Planejamento Estratégico e neste momento irá pactuar com a Gestão Estadual indicadores para alcance de metas.

4.2.4 Implantação do Programa de Humanização e Acolhimento

Apresentação

O IGES ira estabelecer um Projeto Estratégico de Reconstrução da Política de Humanização no HUGO.

O **IGES** na descrição do **Modelo Gerencial que pretende desenvolver no HUGO** já explicitou o pressuposto da PNH voltadoa **inseparabilidade entre gestão e atenção.** Para mudar os modos de atender, temos que mudar a organização dos processos de trabalho: Equipes interdisciplinares; o planejamento, a decisão e participação.

Serão desenvolvidos no referido Projeto Estratégico:

- **Projeto: Alianças-Ações Estratégicas**
- **Projeto: Acolhimento da Porta de Entrada**
- **Projeto de Avaliação da Satisfação do Usuário**
- **Projeto de Ouvidoria Hospitalar**

O SUS apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, ainda enfrenta grandes desafios em relação ao Sistema de Atenção á Saúde e ao Modelo de Atenção que se apresentam desarticulados e fragmentados. Como consequência o sistema enfrenta a fragmentação da rede assistencial, do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais. Existem ainda poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

A realização do HUGO, serviço possibilitar integrante desse todo sociotenc[illegible] integrantes e desenvolvidas, apesar do iniciativas fragilizadas bem desenvolver uma Política de Humanização entenda ainda muitos desafios.

- Equipes se ajudem mas interação e com dependência para ligar com a
- Gerência dificuldades nas práticas de atenção;
- investimento precário em qualificação dos profissionais, especialmente
- no dia-a-dia à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Profissionais de saúde distante do debate e da formulação de política
  pública de saúde;
- Controle social fraco;
- Modelo de atenção centrado na relação dupla-exclusiva e mes
  valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção
  do saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Qualificativo:

As iniciativas voltadas a Humanização da Atenção desenvolvidas no HUGO, representam pouca valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Nesse sentido, o ICES acredita que para alcançar os objetivos de mudança no modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho, as ações precisam ser reconstruídas incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários com estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão.

A reconstrução passa[illegible] como ou[illegible] com a ampliação, melhoria das condições de trabalho e do atendimento; valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores e fortalecimento de vínculos solidários e do protagonismo desses sujeitos.

Objetivo:

Promover mudanças no modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho do HUGO tendo como foco as necessidades dos usuários e a produção de

A realidade do HUGO, serviço hospitalar integrante dessa rede assistencial fragmentada e desarticulada, apesar de iniciativas fragilizadas para desenvolver uma Política de Humanização enfrenta ainda muitos desafios:

- Equipes atuam sem interação e com despreparo para lidar com a
- dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Investimento precário na qualificação dos trabalhadores, especialmente
- no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta e sem valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Justificativa:

As iniciativas voltadas a Humanização da Atenção desenvolvidas no HUGO, apresentam pouca valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Neste sentido, o **IGES** acredita que para alcançar os objetivos de mudança no modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho, as ações precisam ser reconstruídas incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários com estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão.

A reconstrução pressupõe: compromisso com a ambiência; melhoria das condições de trabalho e de atendimento; valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores e fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos.

Objetivo:

Promover mudança no modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho do HUGO tendo como foco as necessidades dos usuários e a produção de

saúde, resgatando os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS.

Operacionalização:

Facilitar e promover a gestão participativa e ampliar o diálogo entre os profissionais; entre profissionais e população; entre profissionais e a gestão instituindo um **Grupo de Trabalho de Humanização**.

Instituir o Grupo de Trabalho de Humanização com participação dos diversos atores da instituição hospitalar: os gestores, os trabalhadores e os usuários;

Implementar, estimular e fortalecer o Grupo de Trabalho de Humanização e promover a elaboração de um **Plano de Trabalho** definido.

O Grupo de Trabalho de Humanização vaielaborar um **Plano de Trabalho** que deve contemplar estratégias que promovam e favoreçam:

- O estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- A troca e a construção de saberes trabalhando com grupos de estudos de casos, com equipes multiprofissionais e multidisciplinares, e grupos de experiências de profissionais e usuários;
- O reconhecimento dos usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- O fortalecimento do controle social com caráter participativo instituindo no Colegiado Gestor, já referido no Modelo Gerencial, a participação da população, dos trabalhadores e da gestão;
- O compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- A ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco: Classificação de Manchester, já referido no Modelo Gerencial;

- A disseminação das informações ao usuário e dos direitos do código dos usuários do SUS;
- A garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica da unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- A garantia que os usuários da instituição hospitalar saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- A participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- A intersetorialidade;
- A pesquisa relacionada às necessidades da instituição hospitalar na perspectiva da humanização;
- A sistemática de acompanhamento e avaliação da Humanização articulada com outros processos de avaliação do MS (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares), também já referidos na Proposta de Trabalho;
- A construção e revisão dos contratos/convênios, protocolos e fluxos assistenciais incorporando as diretrizes da Humanização. Neste sentido é fundamental a realização do Planejamento Estratégico reorientação dos processos e para revisão de protocolos e fluxos do HUGO;
- O estimulo de práticas resolutivas, racionalização e adequação do uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- O conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, aspecto também já referido no Modelo Gerencial;
- A sensibilização das equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar(criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- O compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento;

PROTOCOLO
FLS Nº
1802
FUNS

- A adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- O estímulo a mudanças nas condições do trabalho e do ambiente hospitalar para facilitar o desenvolvimento de "cultura e práticas saudáveis de saúde";
- As formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, à classificaçãode riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivados;
- A garantia dos fluxos e contra fluxos com elaboração de critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra referência;
- A resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Os mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Os mecanismos de escuta para a população e trabalhadores com ouvidoria resolutiva;
- O estabelecimento de equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- O estabelecimento de alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias e o fomento para o desenvolvimento de trabalhos com **Grupos de Voluntariado** voltados a Humanização do Atendimento e ao Acolhimento;
- A capacitação dos trabalhadores na Politica de Humanização;
- A existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares articuladas com o Gestor Estadual ou Municipal de Saúde;
- A implementação de projetos voltados a Humanização do Acolhimento. Estes projetos vão ser desenvolvidos a partir do estabelecimento de **Alianças-Ações Estratégicas**descritas a seguir.

- **Grupo de Voluntariado:** Fomentar a participação da comunidade em iniciar o processo com a organização de um cadastro de oferta/procura e identificar comunidades. Este cadastro deve conter as potencialidades das pessoas para as atividades.
- **Estudantes Universitários:** Desenvolver parcerias com as Instituições Privadas de Ensino Superior visando a identificação de jovens universitários que possam atuar no acolhimento aos usuários do HUCO primordialmente nas áreas de recepção. Prover capacitamento/treinamento para apoio diagnóstico e suporte/orientações de egressos clínicos.

O IGES prioriza parceria com Bolsas de Estudos das Instituições Privadas de Ensino Superior nos jovens universitários que dedicarem parte do seu tempo ao referido trabalho.

- **Profissionais da área da Cultura e Lazer:** Trabalhar com pessoas idosas e que as cultura e lazer que poderiam dedicar um dia da semana para desenvolver atividades lúdicas com os pacientes internados visando melhorar as condições de sustentação e dificuldades de aceitação com o ambiente hospitalar.
- **Estudantes de Pedagogia:** Promover Trabalho de Leitura com pacientes internados; se o hospital for infantil trabalhar com contos e jogos. Para o hospital jovem trabalhar com dinamicas voltadas a prevenção de drogas, DST- AIDS. Para o hospital adulto e idoso verificar tipo de leitura preferida.

Considerando o aumento da população idosa: Solicitar aos estudantes de pedagogia que elaborem um trabalho voltado ao acolhimento do hospital idoso. Para implementar esta ação iniciar o processo com a Qualificação dos Trabalhadores com recepção de oficinas que abordem:

- **Aspectos Gerais:** Entendimento sobre envelhecimento: Conhecimento das pessoas idosas: Garantia de direitos do idoso.

PROTOCOLO
FLS Nº 1803
FUNAI

4.2.4.1 Projeto: Alianças-Ações Estratégicas

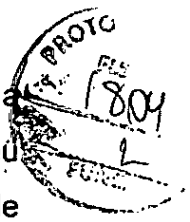
- **Grupos de Voluntariado**: Fomentar a participação da comunidade em iniciar o processo com a organização de um cadastro de organizações e lideranças comunitárias. Este cadastro deve conter as potencialidades das pessoas para as atividades.
- **Estudantes Universitários:** Desenvolver parcerias com as Instituições Privadas de Ensino Superior visando a identificação de jovens universitários que possam atuar no acolhimento dos usuários do HUGO principalmente nas áreas de recepção, Pronto Socorro, encaminhamento para apoio diagnóstico e ambulatórios de egressos cirúrgicos.

  O **IGES** pretende pactuar Bolsas de Estudos das Instituições Privadas de Ensino Superior aos jovens universitários que dedicariam parte do seu tempo ao referido trabalho.

- **Profissionais da área de Cultura e Lazer:** Trabalhar com pessoas ligadas a área da cultura e lazer que poderiam dedicar um dia da semana para desenvolver atividades lúdicas com os pacientes internados visando melhorar as condições de ansiedade e dificuldades de aceitação com o ambiente hospitalar.
- **Estudantes de Pedagogia:** PromoverTarde da Leitura com pacientes internados. Se o público for infantil trabalhar com contos e jogos. Para o público jovem trabalhar com questões voltadas a prevenção de drogas, DST- AIDS. Para o publico adulto e idoso verificar tipo de leitura preferida.

  Considerando o aumento da população idosa: Solicitar aos estudantes de pedagogia que elaborarem um trabalho voltado ao acolhimento do publico idoso. Para implementar esta ação iniciar o processo com a Qualificação dos Trabalhadores com realização de oficinas que aportem:

  - **Aspectos Gerais:**Entendimento sobre envelhecimento; Conhecimento das bases legais; Garantia da tríplice dimensão do ser humano.



- **Comunicação verbal:** Relação respeitosa; Considerar que a pessoa idosa compreende perguntas e orientações; Dizer seu nome/não infantilizá-la. Ser receptivo à diminuição da capacidade sensório-perceptivas: **audição** – tom de voz, repetição, leitura labial; **voz** – alteração/transtorno;**linguagem** – habilidade cognitiva e nível de orientação; individualizar as informações. .**Comunicação não-verbal:**Postura corporal, expressão facial, Delimitação de espaço/início de um diálogo,Toque.
- **Identificação de sinais de maus tratos:**Aspectos físicos, Atitude.

- **Capacitação para a Politica de Humanização da Força de Trabalho do SUS:**

Capacitar os trabalhadores da instituição hospitalar, das áreas técnicas e administrativas. Realizar Capacitação, ensino – serviço, contemplando:

- Estrutura e organização do Sistema Único de Saúde;
- Princípios e diretrizes do controle social no SUS;
- Princípios e diretrizes da Politica de Humanização;
- Metodologias que facilitam a participação em grupo;
- Planejamento e coordenação de ações comunitárias em saúde;
- Liderança, trabalhoem grupo e manejo de conflitos.

4.2.4.2 Projeto: Acolhimento da Porta de Entrada

O projeto visa estimular e facilitar o contato entre a equipe de saúde e familiares, organizando e agilizando os atendimentos e informações dos pacientes internados. Protocolar os pedidos de documentos, agilizando sua confecção, através de consulta imediata aos arquivos. Objetiva também, auxiliar na identificação dos pontos de conflito, escutando a demanda das famílias e dos pacientes, procurando minimizar a ansiedade pela doença e pela internação no hospital.

PROTOCOLO
1805

O Acolhimento contará com no mínimo três funcionárias, que deverão estar articulados com os grupos do projeto acima descrito: Estudantes Voluntários. Atuarão junto aos familiares e pacientes internados e ambulatoriais,no período de 8 horas diárias, de 2ª a 6ª feira. Aos sábados, domingos e feriados o contato com os familiares e pacientes ficará sob a responsabilidade da Equipe de Enfermagem.

- **Atividades no Pronto Atendimento e Ambulatório**:
  - Receber os pacientes, orientá-los e informá-los quanto ao atendimento, necessidade de reagendamento e ou encaminhamentos para outros serviços;
  - Organizar a sala de espera, propiciando o conforto dos usuários;
  - Ouvir os usuários: reclamações, dúvidas e sugestões;
  - Orientar quanto: formulação da sua queixa, sugestão ou elogio por escrito, encaminhando para a Ouvidoria.
- **Atividadesnos espaços de internação:**
  - Identificaros pacientes internados;
  - Localizar os familiares, após a identificação;
  - Organizar o contato entre o médico, os pacientes e familiares;
  - Organizar o horário de visitas junto à recepção;
  - Organizar e monitorar as visitas extras junto a Enfermeira da Unidade nos casos necessários;
  - Ouvir os usuários: reclamações, dúvidas e sugestões;
  - Orientar quanto: formulação da sua queixa, sugestão ou elogio por escrito, encaminhando para a Ouvidoria.

4.2.4.3 Projeto de Avaliação da Satisfação do Usuário

O referido projeto tem como objetivo registrar a opinião do cliente/usuário ou seu responsável, no momento da alta hospitalar ou ambulatorial e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais que o assistiram.Devem ser focadas: a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal e qualidade das instalações físicas e equipamentos, através deinstrumento (questionário) padrão.

Diariamente dois funcionários e estudantes universitários, devidamente capacitados,aplicaram o instrumento que medirá a satisfação do cliente em relação à assistência recebida. No caso do ambulatório, aplicar o questionário em horários alternados e após o atendimento médico e nos casos de internação, na alta hospitalar.

Os questionários serão mensurados e seus resultados analisados visando: elaborar medidas de ajuste; reproduzir e encaminhar elogios para ciência dos interessados. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria Geral e as relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas as unidades, para conhecimento e utilização, se for o caso.

O Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário tem como objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal, qualidade e higiene das instalações físicas e dos equipamentos.

Metodologia de Aplicação do Questionário:

No Ambulatório

Enquanto o usuário e familiar aguardam os procedimentos (consulta ou exame), é apresentado o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário, orientado quantoa importância e o direito de expressão. O questionário fica disponível na recepção juntamente com a urna para o depósito após o preenchimento.

Na Internação

Na alta hospitalar, o usuário e familiar recebem informações sobre o Questionário de Avaliação da Satisfaçãodo Usuário e são orientados quanto a importância e o direito de expressãoem relação aoatendimento prestado.

4.2.4.4 Projeto de Ouvidoria Hospitalar

O projeto tem como objetivo escutar o usuário atendido no hospital, registrando elogios, queixas e sugestões, atuando para que a fala do cliente auxilie na transformação do cotidiano institucional.

Diariamente, de 2ª à 6ª feira, no horário de 08h00 as 17h00, dois estudantes universitários, em local apropriado, estará à disposição dos usuários para o registro das queixas, elogios e sugestões. Os registros poderão ser feitos através de:

- Telefone;
- Preenchimento de formulário na sala da Ouvidoria;
- Por fax, ou e-mail.

Após o registro, o material é encaminhado ao Grupo de Humanização e Acolhimento, que verificará a situação apontada.

Se procedente: quando se tratar de mudança de processos, decorrentes de sugestões, queixas sobre funcionamento do serviço e ou elogios, encaminhará aárea responsável pela Unidade que originou o relato registrado, visando correção das distorções.

Nos casos de denúncia de maus tratos e ou situações afins: O Grupo de Humanização e Acolhimento após análise, encaminhará à Diretoria Geral para que seja instaurada Sindicância e nomeada comissão de apuração dos fatos.

As áreas terão até 05 dias úteis de prazo para responder, por escrito, os registros encaminhados pelo grupo. Caso a resposta aborde todos os questionamentos contidos no registro, este deverá retornar para maiores esclarecimentos e terá mais 03 (três) dias de prazo.

A Ouvidoria, através do funcionário responsável pelo registro acompanhará os casos, tendo como responsabilidade, dar retorno ao usuário no prazo máximo de 10 (dez) dias.

A Ouvidoria será um canal de comunicação para defender e representar os direitos do cidadão. O fortalecimento deste serviço promove novaspráticasno relacionamento do usuário do SUS com o serviço público de saúde.

4.2.4.5 Cronograma de Execução

SEQUÊNCIA	ATIVIDADES	2012									2013				
		ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
1	Rouniões de Planejamento														
2	Criação do Grupo de Humanização doAtendimento														
3	Elaboração do Plano do Trabalho														
4	Implementaçaôdo Alianças-Ações Estratégicas														
5	Implantação da Central do Vagas Internas														
6	Projeto: Acolhimento d Porta do Entrada														
7	Projeto:Avaliação Satisfação Usuário														
8	Projeto Ouvidoria Hospitalar														
9	Acompanhamento da execução dos serviços														

4.2.5 Nutrição e Dietética

O serviço deNutrição e Dietética (SND) : Os profissionais nutricionistas são do **HUGO** e fazem a orientação e a dieta. O preparo das dietas é terceirizado. Alimentação para os funcionários e pacientes. Custo: R$ 450.000,00 em média. Não incluído enteral e parenteral.

A Responsabilidade apesar de parte do serviço ser terceirizado: produção de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde de sua clientela, por meio do fornecimento de refeições, alimentos e orientações técnicas, embasando-se em aspectos técnicos, administrativos e científicos atualizados, efetuando o controle qualitativo e quantitativo em todas as etapas de produção da alimentação.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1809
FUNC.

Realiza atividades de ensino, participando e/ou desenvolvendo trabalhos de pesquisa nas diversas áreas de atuação dos profissionais.

São duas atuações:

Nutrição: responsável por todas as etapas do planejamento, preparação e distribuição das refeições normais, englobando os atendimentos relacionados às diversas clientelas:

- Pacientes e acompanhantes das Unidades de Internação e ambulatórios autorizados (Café da Manhã, Almoço, Jantar e Complementares).
- Centro Cirúrgico: Lanches à equipe médica em atividade.
- Servidores: Almoço e Jantar.

Dietética: responsável por todas as etapas do planejamento, preparo, e distribuição das refeições modificadas, dietas enterais e fórmulas pediátricas, bem como a Assistência Nutricional aos pacientes, tendo como atividades:

- Promover a assistência nutricional aos pacientes, compreendendo desde a avaliação, diagnóstico, intervenção e orientação nutricional, até a coleta da prescrição médica, produção das dietas, dispensação e distribuição nas unidades de internação.
- Todas as atividades desenvolvidas visam proporcionar a satisfação das necessidades expressas ou implícitas da clientela, buscando a garantia da qualidade dos produtos finais, com segurança alimentar baseado em normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

REFEIÇÃO
Café da manhã
Almoço
Jantar
Refeições Complementares
Ceia Noturna
Dietas Enterais
Fórmulas Pediátricas

PROTOCOLO
FLS Nº
180
FUNC.

Incrementos

Evolução / Melhorias

Com o inicio do Sistema de Prescrição Eletrônica

Trabalhar a Padronização de Dietas de Rotina e Especializadas, Fórmulas Pediátricas e Nutrição Enteral, existentes no **HUGO**, permitindo uma linguagem unificada entre a unidade e todas as equipes envolvidas na assistência ao paciente para integrar o Sistema de Prescrição Eletrônica.O sistema será flexível quanto á expansão das dietas padronizadas, permitindo a multiplicidade de tipos de terapia nutricional para um mesmo paciente, pois sua estrutura possibilita os seguintes níveis de escolha: Via de administração, Forma de Apresentação da Dieta, Quantificação de Nutrientes e Fracionamento.

Assistência nutricional aos pacientes internados:

Inclui a elaboração e informatização da triagem, avaliação e intervenção nutricional efetuada de forma sistemática e padronizada.

Acolhimento e Humanização:

Aplicar um questionário, instrumento objetivando avaliar a qualidade das refeições, preferencia de cardápio e preferencia de horário.

Estes processos não importam aumento de recursos financeiros ou recursos humanos.

4.2.6 Protocolos Clínicos de Atendimento

Apresentação

A diversidade de procedimentos cirúrgicos hoje disponíveis no arsenal médico, assim como, a premente necessidade de comunicação transparente e racional com os pagadores de serviços médicos exigem, dos gestores hospitalares e membros do corpo clínico, a elaboração e adoção de ferramentas que sejam simples e capazes de aperfeiçoar a oferta desses serviços. Entre elas, se

valoriza sempre mais a confecção de protocolos clínicos, baseados em evidências.

Mas, o que isso significa? Protocolos clínicos baseados em evidências nada mais são que diretrizes terapêuticas fundamentadas em evidências científicas e práticas de consenso, racionalizadas quanto ao uso e organizadas de modo a tornar prática sua aplicação. Entre as muitas vantagens observadas após a implantação desse modelo de assistência está o incremento significativo na segurança e qualidade da assistência, uma vez que atenua a variabilidade da conduta clínica; fato que seguramente aumenta os riscos da assistência, colocando assim, paciente, médicos e instituição em confronto direto com o perigo.

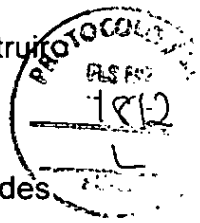
Diferencial de mercado. Esta é outra vantagem muito valorizada pelos diversos agentes que integram o sistema de saúde moderno. O uso dos protocolos como base para confecção de produtos hospitalares oferecidos confere clareza e transmite confiança aos compradores de serviços de saúde; visto que ressalta a preocupação com o custo-efetividade dos procedimentos. Também torna mais fácil e objetivo o fluxo de informações, solicitações, elaboração e auditoria de contas.

O **IGES** explicita, porém que além da garantia no que tange à segurança e qualidade da assistência é preciso preservar, o respeito à autonomia dos médicos e demais membros da equipe de saúde; aliás, o único fórum de onde tais protocolos devem se originar.

Neste sentido, o **IGES** apresenta em cumprimento ao roteiro da Proposta de Trabalho, alguns Protocolos Clínicos selecionados para exemplificar como serão elaborados os referidos Protocolos Clínicos no **HUGO**. Os protocolos selecionados para serem apresentados são utilizados pelo Corpo Técnico do **IGES**.

Os protocolos apresentados foram elaborados: pelas Sociedades Médicas Brasileiras; Ministério da Saúde e Corpo Técnico do **IGES**.

O IGES reafirma que pretende no primeiro semestre da parceria,construir coletivamente: o Projeto Protocolos Clínicos Embasados em Evidências.



Entre as diretrizes que nortearão esta construção: respeitar as particularidades de cada serviço, assim como, a defesa técnica oriunda dos membros da equipe de saúde; considerar o perfil epidemiológico da instituição; considerar a necessidade de custo-efetividade e buscar a validação da instituição.

Estas definições remetem:

A coerência com a Proposta do Modelo Gerencial proposto;

As estratégias desta proposta de trabalho na implementação da Política de Humanização no SUS, que estabelece compartilhamento e participação dos trabalhadores: A participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional.

Ainda reafirmando estas definições se encontra a premissa que as pessoas só incorporam e se sentem responsáveis pelo que ajudam a construir.

A implantação inteligente e racional do Projeto representará para o **HUGO**um significativo avanço naquilo que é o seu maior compromisso: oferecer serviços de saúde com qualidade, segurança e responsabilidade.

4.2.6.1 Protocolos Clínicos de Atendimento por Tema

TEMA 01: Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Cranioencefálico Leve

TEMA 02: Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal

TEMA 03: Protocolo de Tratamento Primário das Fraturas Expostas

TEMA 04: Cuidados com o paciente em morte encefálica ou suspeita de morte encefálica.

PROTOCOLO
1813

TEMA 05: Protocolo de Atendimento: Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora

TEMA 06: Urgências Vasculares

NOME DO TEMA 01

Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Cranioencefálico Leve

INTRODUÇÃO / RACIONAL

- Traumatismo crânio-encefálico (TCE) é entidade frequente e com alta mortalidade. A cada 15 segundos ocorre um caso de TCE e em decorrência deste, umpaciente morre a cada 12 minutos;
- 50% das mortes decorrentes de trauma têm como etiologia o TCE;
- Classificam-se como TCE leve os pacientes com 13 a 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG) (texto subsidiário). Há tendência a classificar o paciente com 13 pontos na ECG como TCE moderado, tendo em vista a maior incidência de lesões expansivas intracranianas (LEIC) pós-traumáticas.

(texto subsidiário – APÊNDICE IV)

OBJETIVO

Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de TCE leve, por médicosespecialistas ou não especialistas, em unidades da rede hospitalar do Sistema Estadual de Saúde de Goiás;

Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de LEIC pós-traumática;

Evitar internações desnecessárias de pacientes com baixo risco de LEICpós-traumática;

Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas (TC) do encéfalo desnecessárias.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº
1814
FUNC.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

- Equipe médica capacitada para avaliação inicial do paciente vítima de trauma,segundo preceitos do Advanced Trauma Life Support (ATLS). (Cirurgião geral, Clínico geral ou Pediatra);
- Equipe de enfermagem treinada e orientada para cuidados com ovítima de TCE;
- Sala de Raio-X com técnico treinado para a realização de radiografias de crânio e coluna cervical;
- Colar cervical para imobilização. Lanterna com luz forte para exame das pupilas;
- Veículo e equipe médica e paramédica capacitada para o interhospitalarde pacientes vítimas de TCE. Estes pacientes apresentam o risco derápida deterioração durante o transporte, portanto o veículo deve estar capacitadopara realizar proteção de vias aéreas (inclusive intubação oro-traqueal);
- Medicamentos essenciais: analgésicos, anticonvulsivantes (diazepam, fenitoína), manitol a 20%, anestésicos para intubação orotraqueal (midazolam, fentanil e suxametônio).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Admissão do paciente vítima de TCE na sala de emergência, pela equipe do trauma ou plantonista, com registro do diagnóstico;
- Aplicar protocolo de atendimento segundo preceitos do ATLS;
- Realizar Exame Neurológico Mínimo:
  - Nível de Consciência (Escala de Coma de Glasgow);
  - Exame do diâmetro pupilar (isocórica/anisocórica);
  - Detectar déficits neurológicos grosseiros (paresias/plegias).
- Propedêutica radiológica se necessário;
- Classificar o paciente com TCE leve em RISCO AUMENTADO, RISCO MODERADOe RISCO BAIXO de apresentar LEIC pós-traumática. **(APÊNDICE I);**
- Definir uma dentre as quatro condutas específicas:

PROTOCOLO FLS Nº 815

- Alta hospitalar;
- Observação hospitalar (até 12 horas) em UBH e alta subsequente;
- Encaminhar para o hospital, que tem apoio diagnóstico, UAT, para realização de TC do encéfalo com TTIH preenchido **(APÊNDICE II)**.Se TC normal, o paciente retornará à unidadede origem para observação hospitalar. Se TC anormal, o paciente deverámanter observação no **HUGO**;
- Encaminhamento direto para internação e conduta especializada por neurocirurgião/neurologista do **HUGO**;

• Fornecer e explicar a FOLHA DE ORIENTAÇÕES básicas ao paciente vítima de TCE leve ou a seu acompanhante. **(APÊNDICE III)**, em caso de alta.

ITENS DE CONTROLE

- Avaliar redução nos pedidos de RX de crânio na unidade hospitalar básica da rede hospitalar do Sistema Estadual de Saúde de Goiás;
- Avaliar redução nos pedidos de TC do encéfalo na unidade referência de trauma da rede-**HUGO**;
- Notificação compulsória dos pacientes vítimas de TCE leve, que foram corretamente submetidos ao protocolo de atendimento acima, mas mesmo assim evoluíram com complicações neurológicas pós-traumáticas;
- Percentual de internações pelo diagnóstico de TCE;
- Percentual de TC de encéfalo em vítima de TCE alcoolizado;
- Percentual de Folha Orientação Entregas.

SIGLAS

TCE – TraumatismoCranioencefálico ATLS – Advanced Trauma Life Support

TC – Tomografia Computadorizada

RX – Radiografia

ECG – Escala de Coma de Glasgow

UBH – Unidade básica da rede hospitalar do Sistema de Saúde de GO – Hospital da rede não capacitado para atendimento neurológico de pacientes vítimas de TCE.

UAT – Unidade avançada de trauma neurológico da rede: Hospitalcapacitado com neurologistas/neurocirurgiões e TC do encéfalo para tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes vítimas de TCE = **HUGO**

TTIH – Termo Transferência Inter-Hospitalar

HIC – Hipertensão Intracraniana

PIC – Pressão Intracraniana

HSDA – Hematoma Subdural Agudo

HSAT – Hematoma Sub-araquinoide de Traumático

PIA – Pressão Intra Arterial

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

HEDA – Hematoma Extradural Agudo

REFERÊNCIAS

1. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Suporte avançado de vida no trauma (SAVT – ATLS). 8a Ed. Chicago: 2008.

2. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, *et at*. Moderate head injury: completing the clinical spectrum of brain trauma. Neurosurgery1982; 11:344-51.

3. Siang JNKH. High-risk mild head injury. J Neurosurgery 1997;87: 234-8.

4. Masters SJ, McClean PM, Arcarese JS, *et at*. Skull X-ray examinations

PROTOCOLO GSM 1817 FLS

after head trauma. N Engl Med 1987; 316:84.

5. Andrade AF, CiquiniJrO, Figueiredo EG, *et at.* Diretrizes do atendimento ao paciente com traumatismo craniencefálico. ArqBrasde neurocir, 1999;

6. Valadka AB, Narayan RK. Emergency room management of the head injured patient. In: Narayan RK, Wilberger JE, Povlishok JT, editors. Neurotrauma. New York: McGraw-Hill; 1996. p.119-35

APÊNDICE I

CLASSIFICAÇÃO DO TCE LEVE (ECG 13 E 15) RISCO AUMENTADO

1. Criança espancada, gestante, discrasia sanguínea (ex: pcte hemofílico);

2. Fístula liquórica (rino ou otoliquorreia);

3. TCE + trauma de outros sistemas (Politraumatismo);

4. Petéquias sugestivas de síndrome de embolia gordurosa;

5. Piora do nível de consciência para ECG < 15 ou surgimento de déficits neurológicosfocais;

6. Meningismo;

7. Déficit de acuidade visual;

8. TCE por ferimento de arma branca;

9. ECG < 15;

10. Crises sub-entrantes (estado epilético).

RISCO MODERADO

1. Envolvimento em acidente grave, com vítimas fatais. Queixas neurológicas.

PROTOCOLO 1818

História não confiável (suspeita de crianças/idosos espancados);

2. Equimose palpebral, retroauricular ou ferida em grande extensão no courocabeludo;

3. Intoxicação aguda por álcool ou drogas ilícitas. Síndrome de abstinência alcóolica;

4. Cefaleia progressiva, vômitos ou convulsão;

5. Perda momentânea da consciência;

6. Desorientação temporo-espacial, amnésia retrógrada ou pós-traumática (amnésialacunar);

7. Síncope pós-traumatismo (síndrome vaso-vagal);

8. Idade < 2 anos (exceto se traumatismo muito trivial);

9. RX do crânio evidenciando fratura.

RISCO BAIXO

1. TCE por mecanismo de trauma de pequena intensidade, assintomático, exame físico geral normal e sem alterações neurológicas. RX de crânio, se realizado, normal;

2. Sinais ou sintomas mínimos;

3. Cefaléia leve, não progressiva;

4. Tontura, vertigem temporária;

5. Hematoma subgaleal (HSG) ou laceração do couro caneludo (LCC) pequena, com RX de crânio normal.

APÊNDICE II

TERMO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

Hospital de origem _____ Data____/____/____Hora ____:____

Nome do Paciente _____

Nº do registro _____

Diagnóstico Neurológico _____

Outros Diagnósticos _____

Foi observado o protocolo?

☐ sim ☐ não

Motivo Clinico da transferência baseado na observação do protocolo

_____

_____

_____

História Sumária e dados vitais:

PA ____/____ ____ mmHg Pulso ____bpm FR ____irpm Glasgow _____

_____

SAÍDA

Médico Autorizador: _____CRM: _____

Contato feito pelo autorizador no destino: _____CRM: _____

Assinatura e carimbo do Autorizador _____

Nome, nº de registro profissional e assinatura do Assistente Social profissionalresponsável pelo transporte: _____

Ambulância: □SAMU □UTI □COMUM

Hora contato: ___:____ Hora saída: ___:___ Hpra chegada: ___:___

CHEGADA

Hora da chegada Hugo

Exame:

□ USA □ TC □ Angiografia

□ Outro _____

Laudo sumário (radiologista ou médico assistente): _____

_____

Nome, CRM e carimbo do médico avaliador: _____

RETORNO

Hora saída : ___:___ Hora chegada à origem: ___:___

Nome, CRM e carimbo médico que recebeu na origem: _____

_____

APÊNDICE III

FOLHA DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Até o momento não foi constatada, através dos exames realizados, qualquerevidência de que o trauma deste paciente tenha sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste hospital e portanto será

LIBERADO. Entretanto, novos sintomas e sinais podem surgir horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais críticas. É aconselhável que este paciente permaneça em companhia de alguémconfiável pelo menos durante este período.

O paciente deverá retornar ao hospital se apareceremos seguintes sinais e sintomas abaixo relacionados:

1. Dor de cabeça que não melhora com analgésicos comuns.

2. Sonolência excessiva.

3. Irritabilidade ou ansiedade.

4. Desmaio, fraqueza, diminuição da força ou formigamento nas pernas ou metadedo corpo.

5. Dificuldade para falar ou entender, de memória ou concentração.

6. Distúrbio de personalidade ou comportamento.

7. Confusão mental.

8. Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão.

9. Diminuição da audição ou visão.

10. Movimento estranho dos olhos, visão dupla.

11. Alteração da respiração, batidas do coração ou febre (acima de 37,8°C).

12. Perda de líquido claro ou sangue pelo ouvido ou nariz.

13. Alteração do tamanho das pupilas.

14. Depressão ou agressividade.

15. Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço.

16. Dificuldades de realizar suas atividades normais em casa ou no emprego.

17. Pode continuar usando as medicações prescritas pelo seu MÉDICO, porém não use sedativos, remédios para dormir, xaropes para tosse ou bebidas alcoólicas pelo menos nas próximas 48 horas. Durante o sono peça para ser acordado frequentemente (2 a 3 vezes), para que se possa avaliar a presença dos sinais acima descritos.

Assinatura e carimbo médico

Goiânia,.....de..... de 2012

Ciente: _____

Assinatura e nº de registro do paciente/responsável

APÊNDICE IV

TEXTO/SUBSIDIÁRIO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE)

I. INTRODUÇÃO

O trauma cranioencefálico (TCE) é entidade grave e frequente. A cada 15segundos ocorre um novo caso de TCE e em consequência deste, um pacientemorre a cada 12 minutos. Aproximadamente 50% das mortes em decorrência do trauma são devidas ao trauma encefálico e quando se considera as mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, mais de 60% delas são devidas ao TCE.

Várias são as causas do TCE: quedas, acidentes de trabalho, agressão física, acidentes domiciliares, queda de bicicleta, trauma no esporte, mas a mais frequente de todas, atualmente, é o acidente de tráfego. Destaca-se como acidentes relacionados ao trânsito, o acidente automobilístico e os atropelamentos.

II. ABORDAGEM GERAL

O princípio de abordagem do ATLS (*Advanced Trauma Life Suport*) é de corrigir em primeiro lugar as condições que mais ameaçam a vida do paciente:

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1823

A. Vias aéreas pérvias com controle da coluna cervical;

B. Respiração e ventilação;

C. Circulação com controle da hemorragia;

D. Incapacidade, estado neurológico;

E. Exposição do paciente/controle do ambiente (evitar hipotermia).

Durante esta avaliação inicial, após detectados e corrigidos os ítens A, B e C, o médico irá avaliar o estado neurológico do paciente (escala de coma de

Glasgow, avaliação das pupilas e determinação de déficits motores) e determinar a propedêutica a ser realizada:

1. Alta Hospitalar;

2. Observação na UBH (até 12 horas) e alta hospitalar;

3. Encaminhar para HUGO para realização de TC do encéfalo. (TCnormal = retorna p/ UBH. TC alterada = permanece no HUGO).

III. EXAME NEUROLÓGICO E CLASSIFICAÇÃO DO TCE

O exame neurológico na sala de emergência deve ser objetivo o suficientepara detectar as principais alterações neurológicas mas não deverá retardar o andamento da propedêutica e tratamento de patologias concomitantes. Este exame neurológico inicial deve ser detalhadamente anotado na folha de admissão porque servirá de base para exames subsequentes, permitindo uma análise quantitativa de melhora ou piora do paciente. Se o paciente está alerta ecooperativo e não queixa cervicalgia ou limitação à sua movimentação, pode ser retirarado o colar cervical. Se há confusão mental, coma ou qualquer queixa cervical, o colar deve ser mantido até que propedêutica radiológica exclua fraturas ou luxações cervicais. O exame objetivo consta na avaliação de três itens:

a. Nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow).

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1824

b. Função pupilar.

c. Detecção de déficit neurológico motora.

Nível de consciência: a Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi desenvolvida para uniformizar e quantificar o exame neurológico, eliminando assim a subjetividade interpessoal. Compreende na pontuação somatória da avaliação da abertura ocular, melhor resposta motora e resposta verbal, variando de 3 a 15 pontos, como se segue:

ABERTURA OCULAR	(1-4)
	4. Espontânea
	3. Ao chamado
	2. À dor
	1. Não abre
MELHOR RESPOSTA MOTORA	(1-6)
	6. Obedece a comandos
	5. Localiza estímulo doloroso
	4. Flexão inespecífica
	3. Decorticação
	2. Descerebração
	1. Sem resposta
RESPOSTA VERBAL	(1-5)
	5. Orientado
	4. Confuso
	3. Palavras desconexas
	2. Sons incompreensíveis (geme)
	1. Sem resposta verbal

Segundo a escala EGC, classifica-se o TCE como:

□ leve (13 -15); □ moderado (9 -12) ou grave (< 8).

Todo paciente com ECG < 8 (TCE grave) deve ser intubado para proteção de vias aéreas.

b.Avaliação pupilar: as pupilas são avaliadas pela simetria e pela sua resposta à luz. Uma diferença no diâmetro pupilar de mais de 1 mm é considerada anormal. Deve–se excluir trauma ocular direto, próteses, uso de colírios

oftalmológicos, amaurose prévia que podem confundir o exame e uso de drogas.

c.Detecção de déficit neurológico motor: deve-se observar a movimentação espontânea do paciente, se há alguma assimetria ou limitação. A detecção desta assimetria pode ser realizada já no exame da ECG em relação à melhor resposta motora. O fato do paciente localizar o estímulo doloroso de um lado e descerebrar contralateralmente é de extrema importância ao exame e deve ser anotado. Se o paciente está alerta e orientado, podemos ainda quantificar

o déficit: não move (0), contrações musculares (1), move no horizontal, mas

não vence gravidade (2), vence gravidade (3), vence gravidade e oferece alguma resistência (4), normal (5).

Realizado este exame neurológico sumário e objetivo, já podemos classificar opaciente como TCE leve, moderado ou grave, anotando possíveis assimetrias pupilares e motoras e determinar a propedêutica adequada a ser realizada (ex: TC do encéfalo, RX ou observação apenas).

IV. PROPEDÊUTICA

O RX de crânio é eficiente método de triagem. Em pacientes com trauma leve sem perda da consciência e que se encontram com exame neurológico normal, mas com sinais externos de trauma craniano, o RX deve ser realizado.

Se o exame for normal, o paciente pode ser observado no hospital ou liberado

com orientações. Mas se houver fratura craniana, a TC do encéfalo deverá serrealizada. Desta maneira, reserva-se a tomografia do encéfalo apenas aos pacientesque perderam a consciência no momento do trauma, que se encontracom Escala de Coma Glasgow abaixo de 14 ou que apresentem alteraçõesao RX.

O RX do crânio deve ser pedido nas incidências AP, perfil e Towne. A tomografia pode ser pedida com janela óssea (para melhor se detectar fraturas)

e eventualmente com contraste venoso. Basicamente hematomas apresentam-se hiperdensos à TC do encéfalo e infarto e edema, hipodensos.

V. CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

Os pacientes vítimas de TCE devem ser observados de maneira rigorosa por uma equipe treinada. De preferência esta observação deve ser feita inicialmente na sala de politraumatizados e após propedêutica e estabilização do quadro, em unidade de terapia intensiva, se indicado.

Posição: Preferencialmente estes pacientes devem ser posicionados com cabeceira elevada (30 graus) para melhorar o retorno venoso e com isto evitar

HIC. Em caso de vômitos, posicionar lateralmente para se evitar aspiração de secreções.

Observação: de sinais vitais e neurológicos devem ser realizados de uma em uma hora ou de 2 em 2 horas. Qualquer anormalidade deve ser prontamente relatada.

□ Sonda vesical de demora e sonda nasogástrica nos pacientes comatosos.

□ Dieta suspensa.

Analgésicos/Antitérmicos/Antieméticos: Administra-se dipirona e metoclopramidade rotina, pois sabe-se que a dor, hipertermia e um episódio de vômito pode aumentar a PIC e ser até o evento precipitante de uma piora neurológica.

Proteção mucosa gástrica: o paciente vítima de TCE está sob risco de desenvolver úlcera de stress, e por isto administra-se Ranitidina oral ou venosa de 12/12 horas.

Anticonvulsivante: é administrado de rotina para prevenção de crises convulsivas naquelas lesões sabidamente irritativas ao sistema nervoso, como exemplo as contusões cerebrais, HSDA, fratura com afundamento, trauma penetrante, HSAT, entre outras. É administrado para tratamento de qualquer

paciente, independente da lesão, que tenha apresentado um episódio de crise convulsiva após o trauma. Utiliza-se de rotina a fenitoína (250 mg/5 ml).

Administra-se uma dose de ataque de 15-20 mg/kg e manutenção de 5 mg/ kg dia, de 8/8 horas. Para cessar a crise inicial administra-se Diazepam 10 mg

EV, devendo observar a depressão respiratória.

Manitol: trata-se de um agente hiperosmolar que reduz de maneira transitóriaa PIC. Não deve ser administrado em pacientes com hipotensão arterial.

Atualmente reservamos seu uso como medida de urgência para um paciente que chega à sala de emergência com sinais iminentes de herniação cerebral eque ainda vai submeter-se à propedêutica. Neste caso, administra-se na dosede 0,25 a 1g/Kg, em bolus. Corticoide não é indicado no paciente com TCE.

Hiperventilação: pode-se hiperventilar o paciente para diminuir a PCO2 cerebralcom consequente vasoconstrição e diminuição da PIC. Não deve serrealizada empiricamente pois esta vasoconstrição pode ser maléfica a ponto de causar isquemia cerebral. Estes pacientes devem estar no CTI, com monitor de PIC e PIA para se calcular a PPC. Deve-se passar um cateter de bulbo de jugular para se medir a diferença de O2 que entra no compartimento craniano (gasometria arterial) e que sai pela jugular (saturação de O2 jugular – SJO2). Com isto podemos otimizar a hiperventilação de modo a evitar a isquemia cerebral.

VI. PROTOCOLOS DE INDICAÇÃO PARA TC/CTI E MONITORIZAÇÃO DA PIC

Indicação de TC: Glasgow < 15 – Presença de déficit neurológico; Sinais defratura no RX crânio; Cefaleia/vômitos persistentes. Glasgow 15, masperda da consciência > 5 minutos no momento do trauma.

Indicação de CTI: Glasgow < 12 – Pós-operatório cirurgia craniana (exceto afundamento craniano e HEDA). Deterioração neurológica progressiva.

Trauma sistêmico grave. Necessidade de monitorização de PIC

Indicação para monitorização da PCI: Glasgow < ou igual a 8, independente do achado tomográfico

Pós-operatório de contusão cerebral, HSDA ou hematoma cerebral

Pós-operatório de HEDA se o paciente não acordar após 6 horas.

Glasgow 9 -13 se TC com sinais de HIC, lesão intraparenquimatosa ou desvio de linha média > 5 mm.

Glasgow 8 -12 se:

Necessita sedação para trauma sistêmico grave

Trauma torácico que necessite ventilação mecânica prolongada.

TIPOS DE MONITORIZAÇÃO DE PIC:

Subdural – Richmond

Parenquimatoso – Fibra óptica

Cateter intraventricular

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Manual de Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS. Colégio Americano de Cirurgiões. Oitava edição, 2008.

2. Merrit HH. A textbook of Neurology.Philadelphia, Lea and Febiger, 1973. 84

3. Stávale MA. Bases da terapia intensiva neurológica. São Paulo, 1a edição, Santos 1996.

4. Narayan RK, Wilberger JE, Povlishock JT. Neurotrauma. McGraw-Hill, 1995.

5. Braakman R. Survey and follow-up of 225 consecutive patients with a depressed skull fracture. J NeurolNeurosurgPsychiatr 1972; 35:395-402.

6. Jennett B. Epilepsy after non-missile head injuries. London, A William Heinemann Medical Books, 1975.

7. Jennett B, Miller JD, Braakman R. Epilepsy after nonmissile depressed skull fracture. J Neurosurg, 1974.

8. Cooper PR. Head Injury. Third edition. Williams & Wilkins, Baltimore,1993.

9. López M. Emergências Médicas, quinta edição, Rio de Janeiro, Guanabara, 1989: 714-726.

10. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery, third edition. Lakeland, Greenberg Graphics, 1994.

NOME DO TEMA 02

Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A avaliação do abdome é um dos componentes mais críticos na abordageminicial do traumatizado. O momento mais oportuno para avaliação abdominaldeve ser determinado considerando o mecanismo de trauma, sua localizaçãoe o estado hemodinâmico do paciente.

A lesão intra-abdominal não diagnosticada é causa frequente de mortes evitáveis.Qualquer doente vítima de traumatismo abdominal contuso ou penetrante,deve ser visto como portador de lesão cirúrgica, até prova em contrário.(texto subsidiário – **(APÊNDICE II).**

OBJETIVO

Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de trauma abdominalpor médicos especialistas ou não especialistas, em unidades básicas da redehospitalar do Sistema Estadual de Saúde de Goiás;

Identificar os padrões de Trauma Abdominal de acordo com sua causa;

Sistematizar os procedimentos diagnósticos e estabelecer prioridades de tratamentoconforme o mecanismo da lesão;

Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de desfecho desfavorável;

Evitar internações desnecessárias de pacientes com baixo risco de desfecho desfavorável;

Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas(TC) do abdome desnecessárias;

Diminuir o número de cirurgias no HUGO, que possam ser realizadas nos outros hospitais.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

- Serviços médicos de urgência, com equipe médica qualificada (cirurgião geral,clínico geral e/ou pediatra), coordenada por um cirurgião geral com formaçãoem trauma, para avaliação inicial deste tipo de paciente segundo ospreceitosdo *Advanced Trauma Life Support*(ATLS);
- Equipe de enfermagem treinada e orientada para cuidados com o pacientevítima de trauma;
- Especialidades de suporte – com médicos disponíveis 24 horas:

PROTOCOLO 563 FLS. RUBRICA

  - Indispensável: cirurgião vascular, anestesiologista, ortopedista, neurocirurgião;
  - Complementar: intensivista.
- Imaginologia (disponível 24 horas);
  - Ultrassonografia na sala de emergência;
  - Indispensável: radiologia convencional, tomografia computadorizada (oureferirpara HUGO e retornar conforme formulário TTIH; **(APÊNDICE I);**
  - Complementar: recursos para angiografia;
- Infra-estrutura de bloco cirúrgico 24 horas;
- Veículo e equipe médica e paramédica capacitada para o transporte inter-hospitalarde pacientes vítimas de trauma (estes pacientes apresentam o riscode rápida deterioração durante o transporte, portanto o veículo deve estarcapacitado para reanimação);
- Medicamentos essenciais: analgésicos, anticonvulsivantes.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Reavaliação clínica periódica do paciente;
- Monitorização respiratória e hemodinâmica;
- Revisão laboratorial;
- Métodos de imagem para eventuais intercorrências;
- Trauma abdominal contuso ou penetrante: (pensar em possibilidade cirúrgica).

Usar o ATLS conforme a padronização:

- Manutenção das vias aéreas com proteção da coluna cervical;
- Respiração e ventilação;
- Circulação com controle da hemorragia;
- Avaliação neurológica (vide protocolo de TCE);
- Exposição do paciente e prevenção da hipotermia.

ITENS DE CONTROLE

PROCESSO 182 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Monitoramento dos índices de trauma;
- Número de protocolos aplicados;
- Tempo entre admissão do paciente até a resolução definitiva;
- Número de contra referências preenchidas.

ALTERNATIVA EM CASO DE DESVIOS E AÇÕES NECESSÁRIAS

Pacientes vítimas de trauma abdominal exclusivo, que não necessitem do concursode outras especialidades, deverão ser tratadas nas unidades que dispõem de estrutura básica para tratamento de doentes cirúrgicos (videatividades essenciais estrutura básica). Naquelas situações em que a condutacirúrgica não está definida e que há necessidade de complementação propedêuticacom algum método de imagem (ultrassom ou tomografia computadorizada)não disponível na unidade naquele momento, o paciente deverá serencaminhado ao HUGO (estrutura avançada), com posterior retornoà unidade de origem para tratamento definitivo. Este encaminhamento deveráser feito após contato telefônico prévio com a coordenação do plantão do HUGO e com o preenchimento do formulário TTIH **(APÊNDICE I).**

SIGLAS

TCE – TraumatismoCranioencefálico

ATLS – Advanced Trauma Life Support

TC – Tomografia Computadorizada

RX – Radiografia

ECG – Escala de Coma de Glasgow

USA – Ultrassonografia Abdominal

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

TRM – Traumatismo Raquimedular

REFERÊNCIAS

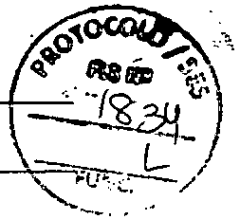
PROTOCOLO / SES
Fls 1833
Rubr

1. Feliciano DV: Abdominal Trauma. In: Schwartz SI, Ellis H (eds): Maingot's Abdominal Operations, 9th Edition. East Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1989.
2. Feliciano DV: Diagnostic modalities in abdominal trauma. Peritoneal lavage, ultrasonography, computed tomography scanning, and arteriography. Surgical Clinics of North America 1991.
3. Feliciano, DV, Rozycki GS: The management of penetrating abdominal trauma. In: Cameron JL, *et at* (eds): Advances in Surgery. Volume 28. St. Louis, Mosby, 1995.
4. Root HD: Abdominal trauma and diagnostic peritoneal revisited. American Journal of Surgery1990.
5. Trafton PG: Pelvic ring injuries. Surgical ClinicsofNorth América 1990.
6. Ivatury RR, *et at*: Penetrating gluteal injury. Journal of Trauma 1982.
7. Feliciano, DV: Management of traumatic retroperitoneal hematoma. Annals of Surgery 1990.
8. Coimbra R, Hoyt D, Winchell R, *et at*: The ongoing challenge of retroperitoneal vascular injuries. Am J Surg 1996
9. Advanced Trauma Life Support – Student Manual,1999.

APÊNDICE I

TERMO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

Hospital de origem _____Data____/____/____ Hora ___:___



Nome do Paciente _____

Nº do registro _____

Diagnóstico Neurológico _____

Outros Diagnósticos _____

Foi observado o protocolo?

( ) sim

( ) não

Motivo Clinico da transferência baseado na observação do protocolo

_____

_____

História Sumária e dados vitais:

PA ____/____ ____ mmHg Pulso ____bpm FR ____irpm Glasgow _____

_____

_____

SAÍDA

Médico Autorizador: _____CRM: _____

Contato feito pelo autorizador no destino: _____CRM: _____

Assinatura e carimbo do Autorizador _____

Nome, nº de registro profissional e assinatura do Assistente Social ou profissionalresponsável pelo transporte: _____

Ambulância: SAMU ( ) UTI ( ) COMUM ( )

Hora contato: ___:____ Hora saída: ___:___ Hora chegada: ___:___

CHEGADA

Hora da chegada HUGO: ___:___

PROTOCOLO
FLS 180
1835

Exame:

( ) USA ( ) TC ( ) Angiografia

( ) Outro _____

Laudo sumário (radiologista ou médico assistente): _____

_____

Nome, CRM e carimbo do médico avaliador: _____

RETORNO

Hora saída HUGO: ___:___ Hora chegada à origem: ___:___

Nome, CRM e carimbo médico que recebeu na origem: _____

APÊNDICE II

TEXTO SUBSIDIÁRIO

CONSENSO DE TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

OS CRITÉRIOS PARA DEFINIR ESTABILIDADE HEMODINÂMICA DEVEM SERCLÍNICOS, COM PA SISTÓLICA > 90 mmHg, BOA PERFUSÃO TECIDUAL EPOSSIVELMENTE PULSO < 100 BPM.

Para a quantificação do hemoperitôneo, deve-se usar a presença de sanguenos quadrantes, através de métodos de imagem. Assim, pequena quantidadeseria quando houver presença de sangue em apenas um quadrante (ou restritoà pelve ou ao espaço hepato-renal); moderada quantidade, quando estiverpresente em dois quadrantes e, finalmente, grande quantidade quando trêsou mais quadrantes estiverem ocupados.

Todos os pacientes com traumatismo abdominal fechado deverão ter o atendimentoinicial realizado segundo os preceitos do ATLS.

O PACIENTE HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL

O paciente com trauma abdominal que se encontra hemodinamicamente instávelapós ABC (PA sistólica < 90 mmHg, pulso > 100 bpm e má perfusãotecidual) deverá ser submetido a ultrassonografia na sala de politraumatizados(FAST – focusedassessmentsonographic in trauma) , sempre que possível.

Quando isto não for possível, deverá ser submetido ao lavado peritoneal com500 ml de SF 0,9%, preferencialmente aquecido. Não confundir com punçãoabdominal que tem sensibilidade menor (65%), comparado com aquele(95%). Se a ultrassonografia mostrar presença de líquido livre na cavidade abdominal,o paciente deverá ser encaminhado à laparotomia exploradora. Se,ao contrário, o resultado da ultrassonografia for normal, a avaliação prosseguirána tentativa do diagnóstico de outra causa de choque. Havendo dúvidana interpretação da ultrassonografia deve-se realizar um lavado peritoneal. Seo exame realizado for o lavado peritoneal, o paciente deverá ser submetido àlaparotomia se houver saída evidente de pelo menos 10 ml de sangue na aspiração ou retornode líquido francamente sanguinolento. Se não houver saídade sangue ou a presença de sangue no líquido for microscópica, os examesprosseguirão na tentativa do diagnóstico de outra causa de choque.

As radiografias de tórax, pelve e coluna cervical, quando indicadas, só serãorealizadas se houver aparelhagem na sala de trauma.

O PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

O paciente com trauma abdominal que se encontra hemodinamicamente estável

(P A sistólica > 90 mmHg, pulso < 100 bpm e perfusão tecidual adequada)deverá ser submetido à ultrassonografia. Se o resultado for negativo emrelação à presença de líquido, o paciente ficará em observação no hospital.Caso contrário, o paciente deverá submeter-se à tomografia computadorizada(preferencialmente com duplo contraste). Caso exista hemoperitônio, poderáser considerado o tratamento não operatório se o lavado

peritoneal, comorecomendado para o paciente instável, exame físico ou mecanismo do traumanão sugerirem lesão de víscera oca. Se a causa do hemoperitônio não fordefinida, o paciente deverá ser insistentemente avaliado, monitorizado clinicamentee a possibilidade de laparotomia deve ser sempre considerada.

Se não for possível a realização de tomografia computadorizada, não seráaconselhável o tratamento não operatório.

As radiografias de tórax, pelve e coluna cervical, quando indicadas, deverãoser realizadas antes da cirurgia. Situações especiais:

PACIENTES COM LESÃO PÉLVICA ASSOCIADA

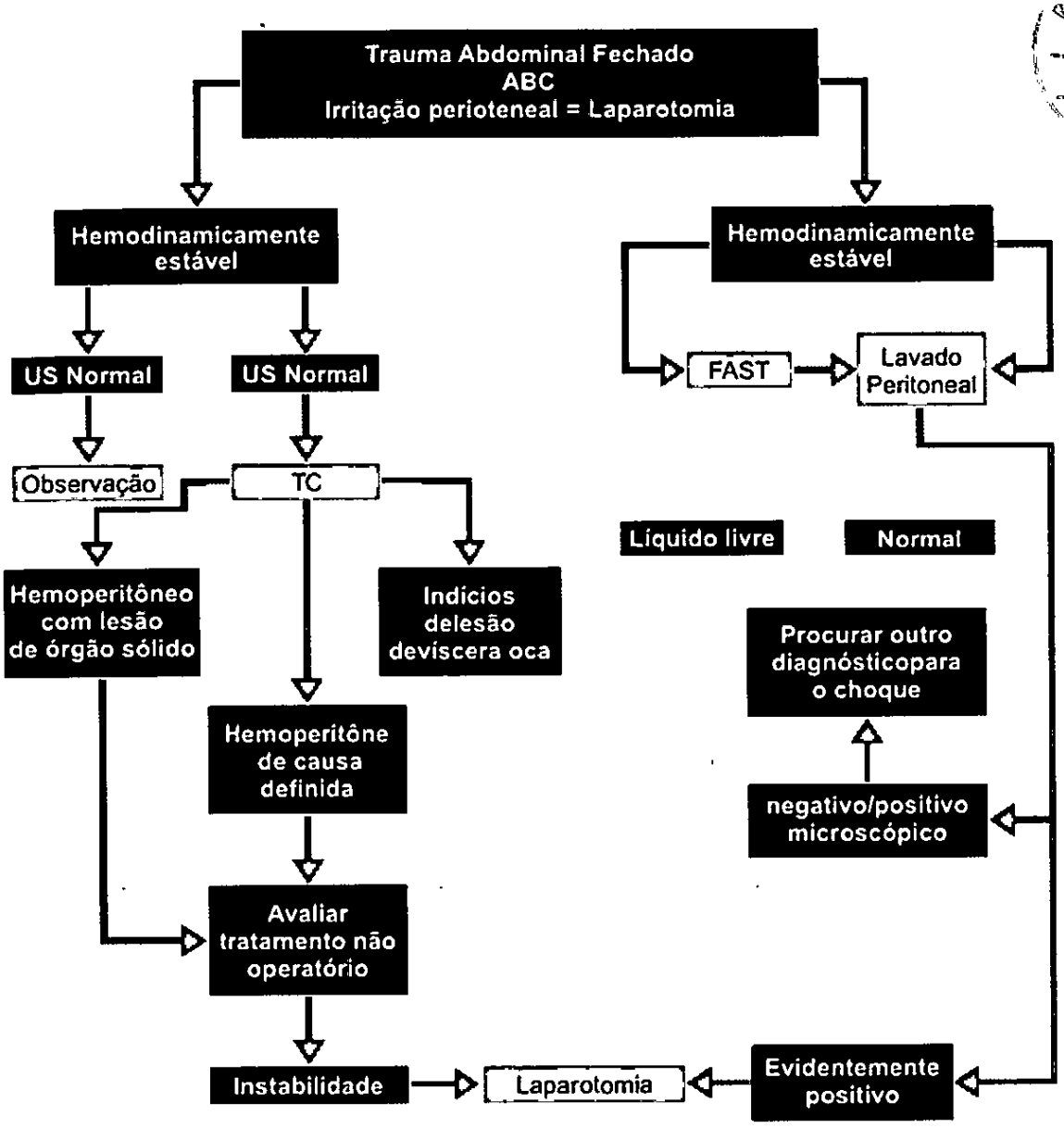
1. A incisão para a realização de lavado peritoneal deverá ser supra umbilical.

2. Se positivo, a laparotomia deve ser indicada.

3. A fratura pélvica deve ser imobilizada com lençol ou outro dispositivo nãoortopédico antes da laparotomia, particularmente nos pacientes instáveis.

PACIENTES COM TCE ASSOCIADO

1. Pacientes com TCE, TRM e intoxicação exógena que tenham ultra-sonografiae/ou lavado peritoneal evidenciando presença de sangue na cavidade, aindaque estáveis, deverão ser laparotomizados quando forem encaminhados à cirurgiaextra-abdominal.



NOME DO TEMA 03

Protocolo de Tratamento Primário das Fraturas Expostas

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Este protocolo é estruturado por classificação de doença (fratura exposta) com base em evidência clínica e tem como público-alvo: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de radiologia e assistente social.

Fratura exposta (FE) é aquela em que há comunicação entre o foco de fratura e o ambiente externo, geralmente através de uma lesão na pele.

Apesar dos avanços atuais no tratamento das lesões de partes moles e nas técnicas de estabilização das fraturas expostas, o índice de morbidade da afecção é alto, mesmo quando tratadas em serviços de referência.

Grande esforço tem sido realizado em todo o mundo para diminuir as complicações no tratamento das FE, principalmente, das infecções ósseas e dos retardos de consolidação que são intercorrências que elevam o tempo do tratamento, de retorno às atividades e os custos da instituição.

OBJETIVO

Uniformizar o atendimento e tratamento das fraturas expostas na rede.

Objetivos Específicos

- Priorizar a estabilização definitiva das fraturas expostas;
- Promover a consolidação adequada da fratura;
- Diminuir a incidência de complicações infecciosas, ósteo-articulares, musculares, vasculares e nervosas;
- Restaurar a funcionalidade do membro;
- Diminuir os custos no tratamento da doença.

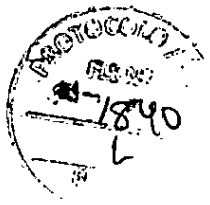
MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

NO AMBULATÓRIO:

PESSOAL

Equipe em regime de plantão e composta por:

- Ortopedistas;
- Cirurgião plástico;
- Cirurgião vascular;
- Enfermeira pertencente à equipe de tratamento de fratura;



- Equipe de Enfermagem;
- Assistente social;
- Técnicos em radiologia;
- Técnico em gesso.

MATERIAL

- Material ortopédico padrão para imobilizações (talas descartáveis acolchoadas e modeláveis; tração cutânea adequada);
- Material de curativos;
- Serviço de radiologia convencional com arco cirúrgico (intensificador com memória de imagem na sala de politraumatizados);
- Material de documentação (máquina fotográfica digital para fins científico e médico-legal).

NO BLOCO CIRÚRGICO:

PESSOAL

- Ortopedistas pertencentes à equipe de tratamento de fratura exposta;
- Anestesiologistas;
- Técnicos de radiologia;
- Equipe de Enfermagem da sala de fratura exposta com instrumentador especializado.

MATERIAL

- Salas adequadas para tratamento de fratura exposta. (Ante-sala para limpeza e preparo do paciente anexa à sala de cirurgia);
- Intensificador de Imagens (Arco cirúrgico com gravação digital e impressão de imagem);
- Furadeiras elétricas com bateria recarregável e serra de osso;
- Instrumental cirúrgico;
- Material anestésico habitual;
- Medicamentos.

- Implantes para estabilização das fraturas (placas e hastes intramedulares de última geração);
- Material convencional de imobilização de fraturas.

NA ENFERMARIA:

PESSOAL

- Ortopedistas;
- Equipe de Enfermagem. A enfermeira responsável pela unidade de fratura exposta também acompanhará o paciente internado;
- Técnico de radiologia;
- Fisioterapeuta;
- Terapeuta ocupacional;
- Técnico de radiologia;
- Clínico geral;
- Representante da SCIH;
- Nutricionista.

MATERIAL

- Camas com quadro balcânico;
- Equipamento de tração (pesos, roldanas, cordas, elevadores do pé da cama);
- Material para curativo;
- Medicamentos;
- Almofadas e travesseiros;
- Cadeira de roda para banho e usual;
- Maca ortostática.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

CONCEITOS BÁSICOS DE TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS:

NO LOCAL DO ACIDENTE

1° atendimento: no local do acidente e conduzidos ao Hospital pelas unidades do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), segundo as regras do Advanced Trauma Life Suport (ATLS).

NO AMBULATÓRIO DO PRONTO ATENDIMENTO

- Acolher as fraturas expostas em caráter de emergência;
- Proteger adequadamente a fratura de novas contaminações (cobertura com gase estéril);
- Avaliação: I – Cirurgia do trauma, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ortopedia:
  - Identificar lesões;
  - Coletar história;
  - Solicitar exames;
  - Solicitar reserva de sangue quando necessário;
  - Preencher formulário de atendimento **(APÊNDICE I);**
  - Classificar o tipo de fratura segundo Gustilo*et at.* e Tscherne **(ANEXOS I , II);**
  - Usar o índice do MangledExtremitySeverity Score para tomada de posição
    entre a salvação e a amputação do membro. (MESS – APÊNDICE II).

Observação:

A cirurgia deve ser realizada sempre em bloco cirúrgico (ambiente estéril) dentro das primeiras 6 horas após a fratura.

- Antibioticoterapia venosa. Iniciar no pré-operatório (**APÊNDICE III** e protocolo de antibióticoprofilaxia cirúrgica);
- Profilaxia de tétano;
- Exames complementares de rotina para cada tipo de fratura;
- Documentação por imagem digital da lesão e da radiografia.

NO BLOCO CIRÚRGICO

- Anestesia conveniente ao caso;

- Reclassificar a fratura e as lesões de partes moles;
  - Decisão por amputação do segmento:
  - Solicitar segunda opinião, inclusive do cirurgião vascular;
  - Fotografar o membro;
  - Enviar a peça de amputação para o IML;
  - Assinatura dos médicos avaliadores.
- Realizar o desbridamento – remoção de todos os tecidos desvitalizados, incluindo pele, músculos, ossos e corpos estranhos.
- Irrigação – Limpeza mecânica abundante com soro fisiológico 0,9%, utilizando volume mínimo de 10 litros.
- Estabilização – Fazer a opção mais adequada de fixação. Utilizar sempre que indicado a fixação intramedular precoce. Nas fraturas diafisárias dos MMII evitar ou abolir a TTE.

Observação:

Fraturas do tipo I de Gustilo: realizar a mesma estabilização das fraturas fechadas. Hastes intramedulares não devem ser frezadas ou ter frezagem mínima do canal.

Fraturas tipo II e III – A: fixar interna ou extemamente, sendo a osteossíntese escolhida com base na classificação da fratura, lesões das partes moles, condições do paciente.

Fraturas tipo III-B e III-C:

- 1° TEMPO: estabilizar com fixador externo biplanar com recursos de correção
  de desvio de eixo que permita melhor tratamento das partes moles;
- 2° TEMPO: osteossíntese definitiva dentro do prazo máximo de 15 dias.

Osteossíntese híbrida com fixação minimamente invasiva pode ser acrescentada nas fraturas epífise/metafisárias.

Montagens transarticulares e fixador externo híbrido podem ser opções para as fraturas peri-articulares;

Fratura exposta da pelve com lesão de alça intestinal:

- Indicação de fixador externo e colostomia. Nas fraturas com lesão arterial ocorrida em menos de 6 horas a osteossíntese deve preceder a revascularização. Nas fraturas expostas passíveis de fixação interna, deve-se considerar o segmento ósseo fraturado.

Fraturas articulares e epifisárias:

- Fixar rigidamente com placas, parafusos, fios, com técnica minimamente invasiva e pouco implante.

Fraturas metafisárias:

- Fixação com placas e na região diafisária a osteossíntese deve ser feita com hastes intramedulares (preferencialmente) ou placasponte.

Fraturas no membro superior:

- Fraturas diafisárias dos ossos longos: usar placas. O enxerto ósseo esponjoso não está indicado na fase aguda.

TRATAMENTO DAS PARTES MOLES:

Após o desbridamento inicial com a finalidade de cobrir ossos, tendões, nervos, vasos.

Fechamento primário:

- Nas seguintes condições:
  - Sutura sem tensão;
  - Ausência de espaços mortos, tecidos viáveis, desbridamento completo com ferida limpa. Geralmente as fraturas do tipo I de Gustilo podem ter sutura primária de pele.

PROTOCOLO
FLS Nº
1845
FUNC.

Fraturas do tipo II e III:

- Avaliação do cirurgião. Fraturas do tipo III devem ser deixadas abertas.

Havendo boas condições o fechamento retardado pode ser feito em 3 a 7 dias. Havendo tecido desvitalizado residual, novos desbridamento devem ser feitos a cada 48-72 horas. O fechamento retardado pode ser realizado com sutura direta, enxerto livre de pele, retalho local ou retalho distante.

Nesses casos, o tratamento das partes moles é assumido pela Clínica de Cirurgia Plástica.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

As fraturas expostas provocadas por projétil de arma de fogo seguem protocolo abaixo:

- Projétil de baixa velocidade, baixa energia e baixo impacto (menos de 500 metros/segundo). Armas civis:
- Cuidados locais com o ferimento em bloco cirúrgico e tratamento das fraturas com o protocolo indicado para as mesmas como se fossem fraturas fechadas;
- Protocolo de antibioticoterapia para fraturas Tipo I de Gustilo;
- Se for realizada fixação interna, deve-se remover o projétil do foco de fratura.
- Projétil de alta velocidade, alta energia e alto impacto (mais de 600 metros/segundo). Armas de guerra, exército:
- Desbridamento e irrigação usual para fraturas expostas;
- Busca completa por corpo estranho;
- Remover projétil intra-articular e do foco de fratura;
- Osteossíntese externa ou interna de acordo com o caso;
- Protocolo de antibioticoprofilaxia e antibioticoterapia para fraturas Tipo III de Gustilo;
- Reparo vascular, se necessário, após a osteossíntese;

PROTOCOLO
FLS 1846
FUNC.

- Tratamento de pele de rotina para fraturas expostas;
- Déficit neurológico distal isolado não necessita de exploração.

O cirurgião poderá modificar o procedimento levando em conta variáveis como ferimento grosseiramente contaminado, características do projétil, energia cinética, estabilidade, características da entrada, do trajeto percorrido através do corpo e das características biológicas do tecido lesado.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS DA MÃO

- As fraturas expostas da mão são tratadas pela Clínica de Cirurgia da Mão com protocolo próprio;
- Todos pacientes portadores de fratura exposta devem ser internados;
- Após o tratamento de urgência o paciente com fratura exposta atendido no HJXXIII, da Rede FHEMIG, deverá ser transferido para os hospitais de atendimento ortopédico terciário da Instituição para continuação do tratamento.

ITENS DE CONTROLE

- Cirurgia nas primeiras seis horas
- Taxa de infecção
- Tempo de permanência hospitalar;
- Número de procedimentos após o tratamento inicial;

SIGLAS

FE – Fratura Exposta

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

ATLS – Advanced Trauma Life Suport

MESS – Mangled Extremity Severity Score

MMII – Membros Inferiores

PROTOCOLO
1847
FUNC.

TTE – Tração Trans-esquelética

REFERÊNCIAS

1. Brumback RJ. Open Tibial Fractures: Current Orthopaedic Management. Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedic Surgeons. St. Louis, C.V. Mosby 1992.

2. Brumback RJ, Jones AL. Interobserver agreement in the classification of open fractures of the tibia.The result of a survey of 245 orthopaedic surgeons. J Bone and Joint Surg 1994.

3. Chapman MW, Olson SA. Open fractures, in Rockwood and Green`s Fractures in Adult-Edited by C. A. Rockwood, Jr., D.P Green, R.W. Bucholz and J.D. Heckman Ed 4, Philadelphia: Lippincot-Raven, 1996.

4. Gustillo RB, Anderson JT. Prevention of Infection in the treatment of one thousand and twenty five open fractures of long bones.Retrospective and prospective analyses.J Bone and Joint Surg 1976.

5. Gustillo RB, Merkow RL. Templeman D. Current concepts review, the management of open fractures. J Bone and Joint Surg 1990.

6. Gustillo RB, Mendosa RM, Willians DN. Problems in the management of type III open fractures. A new classification for type III fractures. J Trauma 1984.

7. Helfet DL *et at.* Limb salvage versus amputation. Preliminary results of the mangled extremity severity score.ClinOrthopaedic.

8. Maurer DJ, Merkow RI, Gustillo RB: Infection after intramedullary nailing of severe open tibial fractures initially treated with external fixation. J Bone and Joint Surg 1989.

9. Muller M.E., AllgöwerM.,Schneider R., Willenegger H.; Manual of Internal Fixation. Berlin, Springer Verlag, 1991.

10. Norris BL, Kellam JF. Soft-tissue injuries associated with high energy extremity trauma: principles of management. J of The Am Acad of OrthopSurg 1997.

11. Olson SA. Open fractures of the tibial shaft. Current treatment. Instructional Course Lectures, The American Academy of OrthopaedicSuegeons. J Bone and Joint Surg 1996.

12. Patzakis MJ, Harvey JP, Ivler D. The role of antibiotics in the management of open fractures.J Bone and Joint Surg 1974.

13. Sanders R, Swiontkowski M, Nunley J, Spiegel P. The management of fractures with soft-tissue disruptions. Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedics Surgeons. J Bone and Joint Surg 1993.

14. Tsheme H, Gotzen L. Fractures with soft tissue injuries. Berlin: Springer-Verlag, 1984.

15. Paccola CAJ. Fractures expostas: artigo de atualização. Rev Bras Ortop 2001.

16. Clifford RP. Open fractures, AO principles of fracture management. Ed. Ruedi, T.P.; Murphy, W.M. Thieme, 2000.

17. Lourenço PRB, Franco JS. Atualização no tratamento das fraturas expostas. Rev Bras Ortop 1998.

18. Christian CA. General principles of fracture treatment. In: Campbell's Operative Orthopaedics(ed) S.T. Canale. Ninth Edition Mosby 1998.

19. Bhandari M, Guyatt GH, Swiontkowski MF Schemitsch EH. The treatment of open fractures of the shaft of the tibiaasistematic overview and meta-analysis.J Bone and Joint Surg 2001.

PROTOCOLO 1849 L

20. Bartlett CS, Helfet DL, Hausman MR, Strauss F: Ballistics and gunshot wounds: effects on musculoskeletal tissues. J Am Acad. OrthopSurg 2000..

21. Cunha, FM, Braga GF, Drumond Jr. SN, Figueiredo CTO. Estudo epidemiológico de 1212 fraturas expostas. RevBrasOrtop, 1998.

22. Cunha FM, Braga GF, Abrahão LC, Vilela JCS, Silva CEL. Fraturas expostas em crianças e adolescentes. RevBrasOrtop, v.33, p. 431-435, 1998.

ANEXOS

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO DOS PORTADORES DE FRATURA EXPOSTA

Nome:	Registro
Sexo: M ( ) F ( )	Idade: Profissão:
Data/hora admissão:	Data/hora lesão:
Transportado por:	( ) Resgate ( ) Ambulância ( ) Particular ( ) Policia ( ) Outros
Tipo de trauma:	( ) Alto impacto ( ) Baixo impacto
Mecanismo da lesão:	( ) Ac. automobilístico ( ) Ac. moto ( ) Atropelamento

( ) Queda de altura ( ) PAF ( ) Outro
Qual?
Relato sucinto:
Lesões associadas:
Descrever propedêutica:

Antibioticoprofilaxia:	( ) Cefalotina ( ) Cefazolina ( ) Gentamicina ( ) Metronizadol
Classificação de Gustilo:	( ) Tipo I ( ) Tipo II ( ) Tipo III-A ( ) Tipo III-B Tipo III-C
Classificação de Tscherne:	( ) Grau 1 ( ) Grau 2 ( ) Grau 3 ( ) Grau 4
Índice MESS:	pontos
Lesão vascular: Sim ( ) Não ( )	Lesão nervosa: Sim ( ) Não ( )
Traço:	( ) Transv. ( ) Obliq. ( ) Borbol. ( ) Cominut. ( ) Segm. ( ) Helicoid. ( ) Outros
Localização:	( ) Epífise ( ) Diáfise ( ) Metáfise

PROTOCOLO
FLS Nº
1852
FUNC.

Osso(s) acometido(s):	
Hora do início da cirurgia:	Final da cirurgia:
Torniquete: Sim ( ) Não ( )	Tempo de torniquete:
Fechamento da ferida: Sim ( ) Não ( )	Cobertura primária: Sim ( ) Não ( )
Método de estabilização: ( ) Haste IM bloq ( ) Haste IM ( ) Osteossíntese Híbrida ( ) Gesso ( ) Outros	Frezagem: ( ) Sim ( ) Não ( ) Placa e parafuso ( ) Fixador externo
Procedimentos associados:	
Cirurgião:	CRM:
Enfermeira:	COREN:
Destino após alta:	

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DE FRATURAS EXPOSTAS DE ACORDO COM GUSTILO:

Tipo I – Fratura exposta com lesão de pele igual ou inferior a 1 cm, com mínimalesão de partes moles e aparentemente limpa;

Tipo II – Fratura exposta com laceração maior que 1 cm, associada a traumamoderado e lesões de partes moles;

PROTOCOLO FLS Nº 893

Tipo III – Fratura exposta com lesão extensa de tecidos moles e esmagamento,causadas por mecanismo de alto impacto.

A – Fratura com adequada cobertura de tecidos moles a despeito da extensalaceração;

B – Fratura com extensa lesão de partes moles, grande descolamento periósteoe maciça contaminação;

C – Fratura com lesão vascular que necessite de reparo.

ANEXO II

CLASSIFICAÇÃO DE TSCHERNE E GOTZEN PARA LESÃO DE PARTES MOLES EM FRATURAS EXPOSTAS:

Grau 1 – Laceração cutânea por fragmento ósseo perfurante; nenhuma oupouca contusão da pele; fratura usualmente simples.

Grau 2 – Qualquer tipo de laceração cutânea com contusão simultânea circunscritaou contusão de partes moles e moderada contaminação; qualquertipo de fratura.

Grau 3 – Grave dano às partes moles, frequentemente com lesão vasculonervosaconcomitante, fraturas acompanhadas de isquemia e grave cominuição;acidentes em ambientes rurais e contaminados com material orgânico; síndromede compartimento.

Grau 4 – Amputação traumática total ou subtotal, necessitando reparo arterialpara manter vitalidade do membro distalmente.

PROTOCOLO
FLS Nº
1894
L
FOLHA

APÊNDICE II

ÍNDICE DE MESS

TIPO	CARACTERÍSTICAS	LESÕES	PONTOS
GRUPO DE LESÕES ESQUELÉTICAS E DE PARTES MOLES			
1	Baixa energia	Ferida cortante, fratura simples fechada, projétil de arma de fogo de pequeno calibre	1
2	Média energia	Fraturas múltiplas ou exposta, luxação, lesão por esmagamento moderada.	2
3	Alta energia	Explosão por arma de fogo, ferida de arma de fogo de alta velocidade.	3
4	Esmagamento maciço	Queda de árvore, acidente de trem, soterramento.	4
GRUPO DE CHOQUE			
1	Hemodinamicamente normotenso	Pressão estável.	0
2	Hipotensão transitória	Pressão instável, mas respondendo a infusão de líquido intravenoso.	1
3	Hipotensão Prolongada	Pressão sistólica abaixo de90 mm Hg e respondendo a infusão de líquido intravenososomente na sala de operação.	3
GRUPO ISQUÊMICO			
1*	Ausência	Pulso sem sinais de isquemia.	0*
2*	Leve	Pulso diminuído sem sinais deisquemia.	1*
3*	Moderada	Sem pulso por Doppler,enchimento capilar lento,parestesia, diminuição daatividade motora.	2*
4*	Grave	Sem pulso, membro frio,paralisado e entorpecido, sempreenchimento capilar.	3*
Grupo etário			
1	< 30 anos		0
2	> 30 < 50 anos		1
3	> 50 anos		2

*Multiplicar por 2 se a isquemia tiver mais de 6 horas.

Membros com escore de 7 a 12 pontos geralmente requerem computação. Membros com escore entre 3 e 6 pontos usualmente são viáveis.

PROTOCOLO FLS. 1855

APÊNDICE III

ANTIBIOTICOPROFILAXIA E ANTIBIOTICOTERAPIA:

A utilização de antibiótico profilático é sempre realizada, iniciando-se no préoperatório.

É seguido o seguinte esquema:

FRATURA EXPOSTA TIPO I DE GUSTILO.

Opção 1: Cefalotina 2 gramas por via endovenosa de 4/4 horas, com a primeiradose aplicada na sala de politraumatizados.

Opção 2: Cefazolina 1 grama por via endovenosa de 6/6 horas, com a primeiradose aplicada na sala de politraumatizados.

- Doses seguintes:
  - Cefalotina 2 gramas por via endovenosa de 4/4 horas;
  - Cefazolina1 grama por via endovenosa de 6/6 horas.

FRATURA EXPOSTA TIPOS II E III

- Cefalotina ou Cefazolina na mesma dose do Tipo I;
- Gentamicina adulto 240 mg por via endovenosa de 24/24 horas(máximo de 5 dias).

FRATURAS EXPOSTAS SUJAS E DE ÁREA RURAL.

Mesmo esquema dos Tipos I, II e III, associado a:

- Metronizadol 500 mg por via endovenosa de 6/6 horas ou aClindamicina 600 mg por via endovenosa de 6/6 horas;
- Gentamicina dosagem acima.

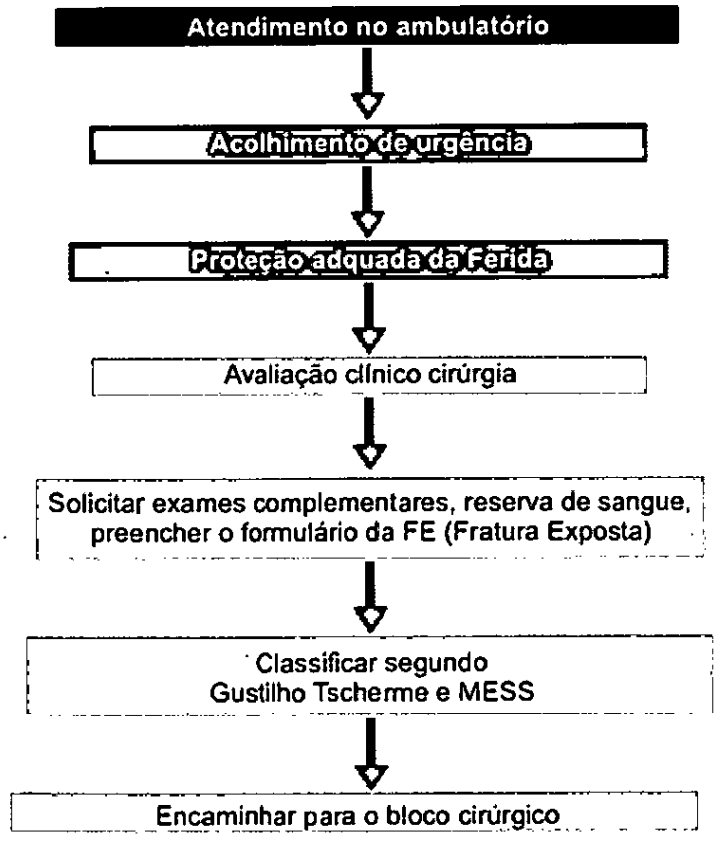
Observações:

- As fraturas expostas Tipos I e II devem ter antibioticoprofilaxia para bactérias gram positivas e gram negativas;

PROTOCOLO 1856

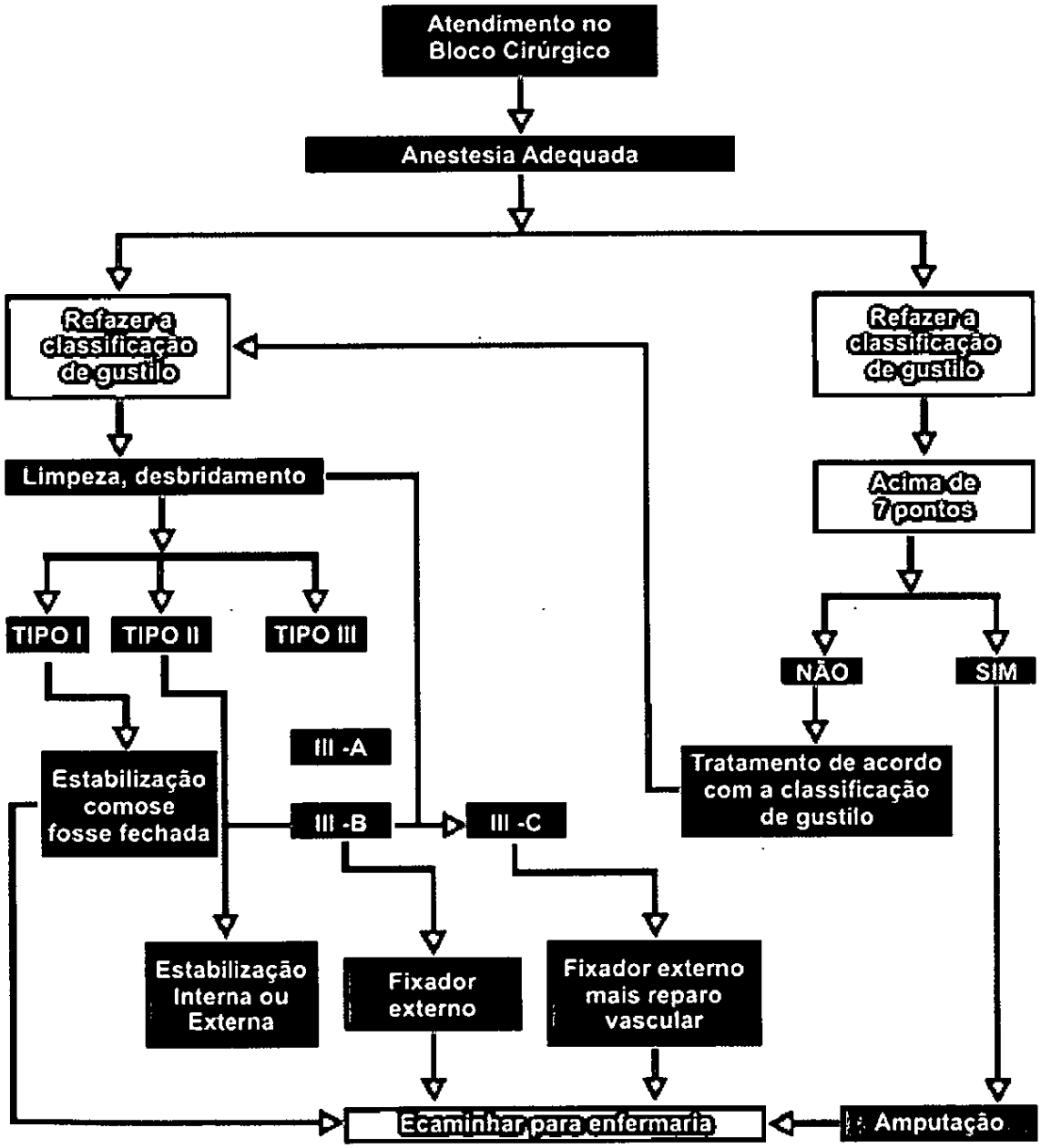
- Nas fraturas expostas Tipo III pode-se adicionar cobertura para bactérias anaeróbicas;
- A antibioticoprofilaxia por 72 horas só é usada para traumatismos até 6horas. Após 6 horas já se considera a ferida como infectada (passando ser TipoIII ou fratura exposta infectada). Nesse caso, deverão ser realizados cultura eantibiograma para adequarmos o antibiótico;
- Havendo infecção na ferida, culturas são realizadas e a antibioticoterapia éajustada. Nesses casos, são utilizados protocolos da SCIH.

FRATURA EXPOSTA



PROTOCOLO
FLS Nº
1857
2
RUBR.

FRATURA EXPOSTA



PROTOCOLO
FLS Nº 1858
FURG

NOME DO TEMA 04

Cuidados com o paciente em morte encefálicaou suspeita de morte encefálica.

INTRODUÇÃO / RACIONAL

O Brasil está inserido no cenário mundial dos transplantes de órgãos há cerca de 40 anos. 90% destes procedimentos ocorrem através do Sistema Único de Saúde. A relação adequada de doadores por milhão da população (pmp) no mundo gira em torno de 16. No Brasil houve um decréscimo nos últimos dois anos de 7 doadores pmp para 5,8 doadores pmp. O número de possíveis doadores não diminuiu, entretanto, de alguma forma os cuidados pouco adequados inviabilizam os testes necessários para a confirmação da morte encefálica a tempo de ocorrer doação e, geralmente, os possíveis doadores evoluem para falência múltipla de órgãos e sistemas com parada cardiorrespiratória.

O diagnóstico de morte encefálica é normatizado pela resolução CFM nº. 1.480/1997 e uma sucessão de leis desde 1968 até a atual Lei 10.211 de março de 2002.

OBJETIVOS

Capacitar a equipe médica para a busca ativa e identificação de pacientes em ME. Habilitar a equipe médica a realizar os protocolos de diagnóstico de confirmação e teste de apneia.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem aos cuidados intensivos aos pacientes com suspeita clínica ou já com diagnóstico de ME.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem a prever e reconhecer as principais complicações nos pacientes com suspeita clínica ou em ME para pronta reversão das mesmas.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem para estabelecer o diagnóstico de ME em, no máximo, 30 horas em pacientes com sedação prévia e em 12 horas naqueles sem sedação.

Habilitar a equipe de saúde quanto à consciência cívica do papel da doação, mas sem interferir no processo de captação que cabe ao CNCDO, uma vez que configura conflito ético o médico assistente interferir no processo de doação.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

MATERIAL E EQUIPAMENTOS

- Monitor padrão com módulos de entrada para registro eletrocardiográfico, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, pressão venosa central, pressão intra-arterial e temperatura corporal externa e interna;
- Módulos e domes para entrada de dados de monitorização como os citados acima;
- Cateteres em silicone com dupla via para linha venosa central e arterial pela técnica de Selding;
- Bomba de infusão de medicamentos capaz de trabalhar com volumes pequenos como 0,5 ml/hora;
- Cateteres para bomba de infusão para fluidos e medicamentos;
- Estoque de equipo fotossensível;
- Cateteres para infusão de medicamentos e suas adaptações de vias;
- Estoque de agulhas (13x4, 25x7, 25x8 e 40x12);
- Estoque de jelco (24, 22, 20, 18, 16 e 14);
- Estoque de seringas (1, 3, 5, 10 e 20 ml);
- Estoque de sondas nasogástricas (14, 16, 18 e 20);
- Estoque de sonda vesical de demora e sistema coletor fechado (10, 12, 14 e 16);
- Tubos orotraqueais (5, 5.5, 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5, 9 e 9.5);
- Ventilador mecânico com capacidade de monitorizar volume e pressão;

PROTOCOLO
1860

- Manta térmica para aquecimento através de circuito de ar;
- Aparelho de microondas para aquecer fluidos;
- Estoque de fita adesiva e fita antialérgica (micropore);
- Estoque de pacotes de gazinha, gaze aberta e compressas cirúrgicas estéreis;
- Estoque de caixas de luvas de procedimentos;
- Estoques de luvas estéreis (6.5, 7, 7.5, 8 e 8.5);
- Estoque de gorro, máscara e propé descartáveis;
- Estoque de capotes e campos estéreis para procedimentos;
- Manter sempre duas bandejas de pequenos procedimentos disponíveis;
- Estoque de soluções iodadas degermantes, tópicas, álcool 70% e clorexidine;
- Estoque de soluções para infusão como: frascos de 500 e 1000 ml de água bidestilada, frascos de 500 ml de ringer lactato, soro glicosado isotônico e soro fisiológico 0,9%;
- Estoque de soluções de coloide sintético em frascos de 500 ml;
- Estoque de substância de controle eletrolítico como:
  - NaCl 10% frascos de 10 ml. b.KCl 10% frascos de 10ml.
  - Sulfato de magnésio 50% frascos de 20 ml.
  - Gluconato de cálcio 10% frascos de 20 ml.
  - Bicarbonato de sódio 8,4 mEq frascos de 250 ml.
  - Glicose hipertônica 50% frascos de 10 e 20 ml.
  - Frasco ampola de insulina regular com 10 ml e 100U/ml.
- Estoque de substâncias vasoativas:
  - a.Dobutamina 1 ampola de 20 ml (12,5mg/ml): cada duas ampolas diluídas em 460 ml de soro, correspondem a 1000 µg/ml.
  - b. Dopamina em 1 ampola com 10 ml com 5 mg/ml. Quando diluídas duas ampolas em 480 ml de soro corresponde a 200 µg/ml.
  - c. Noradrenalina: 1 ampola (na forma de bitartarato) com 4 ml contém 4 mg. A ser preparada de acordo com a seguinte fórmula: velocidade de infusão (ml/h) = dose (µg/kg/min) x peso x 60 + concentração da solução em µg/ml.

- Outras drogas:
  - a.Nitroprussiato de sódio (Nipride®): 1 frasco ampola = 50 mg + 2ml de SGI5% (diluente). O cálculo da diluição para 24 horas deve ser feito conforme segue: peso do paciente x taxa de infusão em (µg/kg/min) x 1,44 divididos por 25. Rediluir esse volume em SGI5% para completar o volume a ser usado em 24 horas.
  - Dipirona sódica ampolas com 2 ml contendo 500 mg/ml. Diluir em 8 ml de ABD.
  - Desmopressina (DDAVP). Spray nasal com 0,1 mg/ml ou ampola com 4 µg/ml.
  - Hidrocortisona. Frasco ampola contendo 100 e 500 mg.
  - Ranitidina em ampolas contendo 50 mg a serem diluídas em 18 ml de ABD.

Cuidados com o paciente em morte encefálica ou suspeita de morte encefálica.

PESSOAL NECESSÁRIO

- **MÉDICO (A): responsável por Serviço de Assistência á vida.**
  - Responsável por rever os protocolos.
  - Responsável por passar visitas nos leitos, ajudando a equipe a se manter atualizada e estimulada.
  - Responsável por representar os interesses desse tipo de atendimento aos coordenadores e à direção.
  - Profissional responsável pela orientação das equipes que acompanhem, porventura, pacientes em ME.
- **MÉDICOS(AS) PLANTONISTAS:**
  - Responsáveis pelo andamento dos plantões, pelos cuidados intensivos de cada um dos pacientes em suspeita clínica de morte encefálica.
  - Responsável por manter relação estreita com a família, fazendo a ponte com o MG Tx e com a Neurologia por ocasião do segundo teste.

- É desejável ter perfil dinâmico e compreender a importância do seu papel na sociedade.

- **NEUROLOGISTAS/NEUROCIRURGIÕES:**
  - Fazem parte diretamente da equipe e são responsáveis pelo diagnóstico de morte encefálica, analisando o EEG e realizando o segundo teste de apneia, seis horas após o primeiro teste, independentemente da hora.
- **ECOCARDIOGRAFISTA:**
  - Médico especialista disposto a levar com sua equipe o aparelho de ecocardiografia ao local da realização do exame, devido à instabilidade clínica dos pacientes para o transporte.
- **INFECTOLOGISTA (CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR):**
  - Deverá ser chamado para discussões que envolvam o seu parecer nos casos de infecções e necessidade de uso racional de antibioticoterapia pelos possíveis e potenciais doadores.
- **MÉDICO(A) COORDENADOR GERAL DO PLANTÃO:**
  - Responsável pela intermediação entre os especialistas quando necessário.
- **MÉDICO (A) RESIDENTE:**
  - Poderá ser convidado a passar período de treinamento .
  - Desenvolverá habilidades técnicas para procedimentos invasivos.
  - Participará de atividades teóricas para o trato com a perda (morte), humanização, discussões sobre o manejo de pacientes com suspeita clínica e morte encefálica, capacitação em realizar o primeiro teste de apneia, aspectos psicológicos da morte e a importância da doação de órgãos como única alternativa de tratamento para alguns pacientes.
- **ENFERMEIRO (A):**
  - Responsável pelo checklist dos equipamentos.
  - Responsável pela organização e gerenciamento da equipe de enfermagem por ocasião da admissão, manutenção dos pacientes e doação.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1863
PUC

- Responsável por receber equipes para visita técnica e treinamento dos acadêmicos de enfermagem.

- **AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM:**
  - Profissionais treinados para lidar com pacientes de terapia intensiva. Devem ser dinâmicos e bem dispostos, mantendo os cuidados e a monitoração contínua desses pacientes, entendendo a importância do seu trabalho.
  - Equipe treinada para a função de multiplicadores quanto a importância do atendimento adequado a esse grupo de pacientes.
- **FISIOTERAPEUTAS:**
  - Envolvidos no auxílio aos pacientes com complicações respiratórias como por exemplo: os que sofreram trauma torácico associado, aqueles com produção abundante de secreção seja por infecção ou outras razões, aqueles com quadros de atelectasia e outros cujo médico assistente julgar necessário solicitar apoio.
- **PSICÓLOGOS:**
  - Responsável pelo auxílio e apoio às famílias e aos profissionais diante das perdas.
  - Devem estar presente durante as visitas e durante o boletim médico.
  - Atender os filhos menores de pacientes internados e estabelecer junto às famílias a possibilidade ou não de visita.
- **ASSISTENTE SOCIAL:**
  - Responsável pela organização da visita aberta e humanizada.
  - Responsável pelo acolhimento de famílias sem recursos e vindas do interior.
  - Responsável pelas informações de procedimentos junto ao IML e ações em cartório no caso de morte não violenta.
- **EQUIPE DO REGISTRO E PORTARIA:**
  - Profissionais treinados como já descrito em projetos voltados a humanização no auxílio da visita aberta e humanizada.

PROTOCOLO FLS Nº 1864 FUNC

ATIVIDADES ESSENCIAIS

ATENDIMENTO AOS PACIENTES

ADMISSÃO NA SAV (SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À VIDA)

Procedimentos Iniciais

É essencial que a equipe seja representada por um coordenador, responsável em reunir sua equipe nas ações de um protocolo, capaz de estabelecer rapidamente o diagnóstico de ME. A equipe deve ter um coordenador pró-ativo, sempre atualizado, dinâmico, envolvido na busca ativa e condução dos casos, independentemente do setor onde o paciente estiver.

É preciso reconhecer um possível doador como um paciente em que há suspeita clínica de morte encefálica ainda não confirmada. São aqueles pacientes com ECG 3, sem reflexos de tronco e sem sedação por mais de 24 horas.

Como potencial doador, o diagnóstico de ME deve ser estabelecido com dois testes de apneia, sendo um deles realizado pelo neurocirurgião e o outro pelo registro em silêncio do EEG. Para fins de acompanhamento ambos devem ter o mesmo tratamento intensivo e cuidados. Ao serem admitidos como pacientes de SAV, UTI ou outra unidade, os seguintes passos devem ser seguidos:

- Confirmar o diagnóstico que causou a ME;
- Checar se há exame de imagem. Por exemplo, tomografia de encéfalo;
- Confirmar a Escala de Coma de Glasgow e seu valor 3;
- Confirmar a inexistência de reflexos de tronco ou supraespinhais;
- Monitorar o paciente (inicialmente monitoração não invasiva).
- Avaliar o posicionamento do tubo orotraqueal e se há necessidade de trocá-lo;
- Avaliar os parâmetros da ventilação mecânica e se há necessidade de ajustá-los;
- Passar SNG e mantê-la aberta em coletor;
- Passar SVD em sistema fechado;

FLS N.º 1865

- Realizar a bateria de exames estabelecidos para a admissão na tabela 1;
- Realizar procedimentos para monitoração invasiva:
  - Puncionar acesso venoso central para medida de PVC e se houver a necessidade administrar droga inotrópica;
  - Puncionar acesso arterial para medida de pressão intra-arterial.
- Após a higiene dos olhos com soro fisiológico 0,9%, manter as pálpebras cerradas com fita antialérgica (micropore) e pingar uma gota de colírio de lágrima artificial a cada seis horas.

TESTES COMPLEMENTARES UTILIZADOS PARA DOADORES DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS:

TABELA 1 EXAMES
Gerais e obrigatórios para todo doador de órgãos Eletrólitos: (Na, K, Cl, Ca, Mg, P), hemograma, gasometria arterial, ureia, creatinina, duas amostras de hemocultura em sítios diferente.
Doador de fígado: AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas, LDH, coagulograma.
Doador de rins: EAS, urocultura.
Doador de coração: CPK-MB, troponina, ECG 12 canais, ecocardiografia e, se acima de 45 anos, cineangiocoronariográfia.
Doador de pâncreas: amilase, lipase.
Doador de pulmões: gasometria arterial, RX de tórax.

Sorologia: responsabilidade CNCDO

CONFIRMAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA (ME)

A morte encefálica é um processo irreversível. Para caracterizar a morte encefálica é necessário que:

- O paciente esteja em ECG 3 por causa conhecida, ausência dos reflexos supraespinhais e sem sedação há mais de 24 horas;
- Que seja feito um registro de imagem com, pelo menos, tomografia computadorizada ou outro registro que possa caracterizar a morte encefálica, como o eletroencefalograma;
- Realizar dois testes de apneia. Um deles é realizado por um médico neurologista ou neurocirurgião, conforme a Resolução do CFM nº

1.480/1997 e seguindo protocolo já estabelecido para o diagnóstico de morte encefálica .



AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica visa evitar as principais complicações descritas na literatura.

Os possíveis doadores devem ser monitorados clinicamente de forma invasiva e complementar de acordo com os seguintes parâmetros:

MONITORIZAÇÃO
Frequência cardíaca
Temperatura axilar
Oximetria
Pressão venosa central
Pressão intra-arterial
Diurese e balanço hídrico
ECG
Gasometria
Íons (Na, K, Cl, Mg, P, Ca)
Dados de ventilação mecânica e suas alterações

Essa monitoração deve ser anotada sistematicamente de hora em hora e corrigida para evitar transtornos metabólicos de difícil correção.

ITENS DE CONTROLE

Os itens de controle serão avaliados a partir do seguinte tripé: atenção da equipe médica e de enfermagem; satisfação da família ou responsáveis pelos pacientes com acolhimento humanizado e o aumento da captação pelo MG Tx.

- 65% dos diagnósticos de ME são fechados em 30 horas se o paciente estiver sedado, e em 12 horas se ele estiver sem sedação;
- Índice superior a 65% de satisfação. Resultado obtido em questionários aplicados aos familiares e responsáveis. Na escala, a pontuação 6 significa excelente;
- Comparação dos resultados antes e após a utilização do POP. Aumento de 65% da captação em um ano.

SIGLAS

BIC - Bomba de Infusão Contínua

CNCDO - Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

ME - Morte Encefálica

MG Tx - MG Transplantes

PIA - Pressão Intra-arterial

PVC - Pressão Venosa Central

SAV - Serviço de Assistência à Vida

SEC - Setor de Emergências Clínicas

SRPO - Sala de Recuperação Pós-operatório

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

CPK - Creatinofosfoquinase

CPK-MB - Creatinofosfoquinase Fração MB

ALT - Alanina Aminotransferases

AST - Aspartoaminotransferases

FA - Fosfatase Alcalina

LDH - Desidrogenase Lática

GGT - Gama GlutamilTransferase

ECG - Escala de Coma de Glasgow ou Eletrocardiograma, dependendo do contexto

REFERÊNCIAS

1. Pereira, WA. História dos Transplantes in Pereira, WA. Manual de Transplante de órgãos e tecidos. Guanabara Koogan. 2004. 3ª. Edição

2. Cardoso, MA e Matos, NA. Aspectos legais e éticos in Pereira, WA. Manual de transplantes de órgãos e teci- dos. Guanabara Koogan. 2004. 3ª Edição.

3. ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. 2006. Ano XII. Nº. 1. B

4. Almenar-Pertejo, M, Almenar, L, Martinez-Dolz, L, Campos, J, Galán, J, Gironés, P, Salvador, A. Study of the evolution of the clinical profile of heart donors. TransplantationProceedings. 2006.

5. Pereira, WA, Fernandes, RC, Soler, WV. I reunião de diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. 2003.

6. Ribeiro de Castro, MC, Nothen, RR. Atividade de doação de órgãos em unidades de tratamento intensivo (UTIs). 2005. Publicação da ABTO.

7. Wijdicks, EFM and Atkinson, JLD. Brain Pathophysiolologic Responses to Brain Death in Brain Death.2001.

8. Schnuelle P, Berger S, De Boer J, et al: Effects of catecholamine application to -dead donors on graft survival in solid organ transplantation. Transplantation 2001.

9. Marques RG, Rogers J, Chavin KD, et al: Does treatment of cadaveric organ donors with desmopressin increase the likelihood of pancreas graft thrombosis? Results of a preliminary study. Transplant Proc 2004.

10. Roels L, Pirenne J, Delooz H, et al: Effect of triiodothyronine replacement therapy on maintenance characteristics and organ availability in hemodynamically unstable donors. Transplant Proc, 2000.

489
PROTOCOLO
FLS Nº 1969

11. Perez-Blanco A, Caturla-Such J, Canovas-Robles J, et al: Efficiency of triiodothyronine treatment on organ donor hemodynamic management and adenine nucleotide concentration.

Intensive Care Med, 2005.

ANEXOS/LINKS

I – www.abto.org.br

II – www.unos.org

III – www.transweb.org

IV – www.msc.es/ont/ing

V – www.eurotransplant.nl

VI - www.portalmedico.org.br

VII – www.irwinandrippe.com

TEXTO SUBSIDIÁRIO

I - INTRODUÇÃO

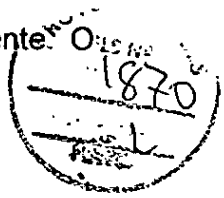
O indivíduo com suspeita clínica de ME é um paciente grave, geralmente neurológico, que necessita de cuidados específicos de suporte intensivo, sem que necessariamente ocupe um leito de UTI. A alta demanda por leitos de UTI é um dos fatores paracriação da SAV.

Conceitualmente indivíduos com suspeita clínica de ME são considerados pelo

CNCDO como possíveis doadores e naqueles em que o diagnóstico de ME já foi estabelecido, são considerados potenciais doadores.

Entre a suspeita clínica e a confirmação da ME esses pacientes estão sujeitos há uma série de distúrbios metabólicos, inflamatórios, hidro- eletrolíticos e

ventilatórios que deverão ser diagnosticados e corrigidos constantemente. O objetivo principal é a manutenção da perfusão tecidual.



II - ABORDAGEM GERAL

A SAV

A existência de um serviço "especializado" não é uma condição para o acompanhamentoadequado de um paciente em ME. Eles podem ser bem atendidosna sala de emergência, conhecida como "POLI", na Sala de Recuperação PósOperatória e na Unidade de Terapia Intensiva. A criação da SAV é apenasuma alternativa pela alta demanda por leitos na UTI e rotatividade no "POLI" ena "SRPO". Um SAV tem a capacidade de três leitos para o atendimento destespacientes em ME e haverá momentos em que a demanda poderá ser maior e pode estar junto a UTI Neurológica. Asequipes deverão estar treinadas para esse atendimento independentementedo local onde atendem. Esta é a importância do protocolo: servir as equipesde atuação específica ou não.

O problema é a condução desses casos, onde háfalência de múltiplos órgãos e sistemas antes mesmo de encerradas as etapas,para o diagnóstico de morte encefálica. A proposta desse protocolo é orientarcomo devem ser os cuidados com os pacientes neurológicos graves, comsuspeita clínica de morte encefálica, e pacientes já diagnosticados com morteencefálica. Pode ser considerado como um roteiro para a equipe clínica da

É preciso identificá-los,ser capaz de concluir os testes confirmatórios de morte encefálica de acordocom a Resolução do CFM Nº. 1.480/1997, e prosseguir com os cuidados.

É importante salientar que são pacientes graves que podem ou não se tornardoadores de múltiplos órgãos.

Esses pacientes necessitam do suporte intensivo das equipes interdisciplinares,uma vez que 80% deles desenvolvem parada cardíaca dentro de 48 a 72 horasde morte cerebral.

O SAV (Serviço de Assistência à Vida) funcionará nas dependências do **HUGO**

na mesma área física da UTI Neurológica comtrês leitos com estrutura básica de terapia intensiva, com monitores de ECG,oximetria, PVC, PIA, temperatura, frequência respiratória e ventiladores mecânicos,além do suporte do laboratório 24 horas. Os médicos plantonistasque prestam assistência à SAV são os mesmos da UTI Neurológica.

Acompanhamento Clínico

O paciente em morte encefálica encontra-se em franco processo inflamatórioe em estado de desequilíbrio entre reações inflamatórias (SIRS) e anti-inflamatórias (CARS).

Quando há desequilíbrio na função hipotalâmica, intolerância à glicose, alteraçãona regulação da temperatura, na peristalse, pressão arterial, etc; éobrigatório suspender a dieta pela atonia intestinal, manter uma fonte de carboidratoe controlar a glicemia através da insulinoterapia. O controle da hipernatremiadeve ser feito com DDAVP (Desamino-8-1-Arginina-Vasopressina) 1a 2 µg a cada 8 a 12 horas e solução de NaCl a 0,45%. A elevação da diuresepode estar relacionada a hiperglicemia com cifras maiores que 180 mg/dl queinduzem à diurese osmótica e à piora do desequilíbrio hídrico. Nesse caso,é necessário um tratamento contínuo com insulina (1U/hora) para manter aglicemia entre 120-180 mg/dl, e administrar a glicose para evitar as perdas doestoque do glicogênio intra-hepático.

Os processos de inflamação podem resultar em falência múltipla de órgãos,que pode ser reduzida com corticoide contínuo em BIC ou intermitente, oucom hormônio tireoidiano T3 4µg bolus, seguido da infusão de 3 µg/h contínuo.

A hipotermia inviabiliza o teste de apneia. O objetivo, nesse caso, émanter a temperatura em torno de 35 ºC – eo limitede temperatura axilar para o teste de apneia é de 32.2ºC. Para controlar atemperatura, deve-se, através de soluções aquecidas, umidificar a ventilaçãomecânica com infusões de soro fisiológico 0,9% aquecido na bexiga e mantatérmica. São pacientes que, dependendo da

causa da morte encefálica, podem ter anemia aguda e quedas da hemoglobina e do hematócrito. O objetivoé mantê-los acima de 10 g/dl e 30%, respectivamente. Mas, como a evoluçãodesses pacientes é muito dinâmica, eles devem ter acompanhamento clínicolaboratorial periodicamente. Os pacientes sofrem constantemente alteraçõesendócrinas e metabólicas, assim como em seu equilíbrio hidroeletrolítico. Ahipofosfatemia e a hipocalcemia provocam a diminuição da contratilidade domiocárdio e hipotensão, e devem ser prontamente corrigidas. A hipocalemia e

hipomagnesemia resultam em alterações hemodinâmicas e arritmias, e tambémdevem ser ajustadas. Por causa dessas alterações, 25% dos doadores empotencial evoluem com parada cardiorrespiratória.

A perfusão renal adequada é percebida com diurese de 1 a 2 ml/ kg/horae pode ser estimulada através do uso de furosemida ou manitol. 80% dessespacientes desenvolvem diabetes insípidus que é diagnosticada quando adiurese ultrapassa o volume supracitado por hora ou cifras de 300 ml/horaque equivale a 7 ml/kg/hora associado à hipernatremia (Na > 150 mEq/l) comosmolalidade sérica > 310 mOsm/l e Na urinário baixo (< 10 mEq/l), seguidode hipocalemia, hipocalcemia e hipomagnesia.

Nos casos de choque misto neurogênico e hipovolêmico recomenda-se inicialmentedopamina até 10 µg/kg/min, de maneira que a fração de ejeção nãofique menor que 45%. Dessa forma, evita-se a dobutamina com o aumentodo consumo de O2 e a noradrenalina, provocando a vasoconstrição esplâncnicaimportante.

Quanto ao equilíbrio respiratório e ácido básico recomenda-se peep fisiológicasempre em torno de 5 cm de água, volumes de ventilação menores, em tornode 6 ml/kg FiO2, suficiente para manter PaO2 de 100 mmHg. Se houver acidoseimportante (pH< 7,1 ou 7,0), pode ser necessário o uso de bicarbonato.

PROTOCOLO 1873 L

COMPORTAMENTO FRENTE À FAMÍLIA

As famílias que estão diante de tragédias pessoais, vivendo a perda inesperadade entes queridos, devem ser tratadas por profissionais treinados, atravésde equipes interdisciplinares, com envolvimento permanente das equipes depsicologia e do serviço social. As visitas abertas principalmente aos parentesde primeiro grau e outros casos a serem estudados não interferem na dinâmicados cuidados, muito pelo contrário. Atualmente, protocolos como os doAmerican Heart Association do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia,

ACLS, estimulam, em alguns casos, a presença de algum membro da famíliadurante as tentativas de RCP. A presença da família observando os cuidadosao paciente em ME, tanto possibilita a abstração sobre o que é a ME, quantoa observação do empenho da equipe interdisciplinar no acompanhamento doseu ente querido. Esse acompanhamento tende a funcionar como um estímuloàs autorizações para a doação de órgãos, quando os CNCDO são notificadose entram em contato com as famílias.

O MÉDICO E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE SALVAM VIDAS DIANTE DA MORTE INEVITÁVEL

Como profissional de saúde, o médico tem como objetivo principal salvar vidas.

Às vezes, a impressão que se tem de um paciente em ME é de cuidar dofim e não do começo. Cuidar de um paciente em ME é cuidar de uma famíliaque precisa do alívio do diagnóstico; cuidar de um paciente em ME é ajudar asalvar outras vidas. Vidas de pessoas que aguardam nas filas de transplantese cuja única alternativa para continuar a viver, com uma melhor qualidade devida ou uma vida produtiva, é recebendo um transplante. Aquele pacienteem ME pode ser um doador. O profissional de saúde que compreende isso eabraça a causa sem preconceito entende que o seu dever é ético, profissional,técnico-científico e, acima de tudo, cívico.



BIBLIOGRAFIA ADICIONAL RECOMENDADA

1. Wijdicks, EFM. Brain Death.2001. Lippincott Williams & Wilkins.

2. Nothen, RR. A Doação de Órgãos no Cenário da Unidade de Terapia Intensiva.ABTO.AMIB. 2005.

3. Iwin and Rippe's. Intensive Care Medicine. 2008.

4. Braunfeld, MY. Cadaveric donor. 2004. AnethesiologyClin N Am. 22: 625-631.

5. Pereira, W. Manual Transplante de Ógãos e Tecidos. 2004.

1875

NOME DO TEMA 05

Protocolo de Atendimento: Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A realização da contenção física deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar em um projeto terapêutico.

Sendo uma prática clínica comumente realizada em diversos países, variando a taxa de prevalência 0,25% a 59% em diversos estudos em pacientes psiquiátricos no setor de emergência , apesar de não existirem evidências cientificas sobre os benefícios e riscos dessa prática .

Para a decisão do uso ou não da contenção física é imprescindível se fazer uma avaliação rigorosa e global da situação do paciente, baseada no julgamento clínico, sendo necessária a prescrição médica. Deve haver envolvimento da equipe multidisciplinar, com paciente e quando possível, com a família. A utilização dessa técnica não deverá ocorrer de forma punitiva ou de intimidação de pacientes.

OBJETIVOS

Orientar os profissionais de saúde sobre as necessidades de utilização da contenção física a qual deve ser utilizada somente quando todas as opções terapêuticas de abordagem se mostrar insuficientes a esse paciente, bem como a utilização de técnica adequada e sempre que possível em ambiente terapêutico, fazendo necessário assim uma avaliação criteriosa e global da situação em que o paciente se encontra.

Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas (quedas contaminação de cateteres, dispositivos, feridas, dentre outros; deslocamento de dispositivos usados no tratamento, como

sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.

Visar à integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente. E que o procedimento seja realizado de forma humanizada.

SIGLAS

· **CCPC**: Comissão Central de Protocolos Clínicos;

· **MMSSII**: Membros Superiores e Inferiores;

· **MMII**: Membros Inferiores;

· **MMSS**: Membros Superiores.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

- Avaliação criteriosa pela equipe multidisciplinar e posterior prescrição médica em prontuário eletrônico ou físico;
- Equipe médica e de enfermagem treinada para abordagem e realização e monitorização do procedimento;
- Ataduras de crepom;
- Lençol;
- Fita adesiva/esparadrapo/fita hipoalergênica. (s/n);
- Compressas de algodão ortopédico para proteção da pele ou,
- Faixas próprias confeccionadas pela unidade;
- Loção ou creme hidratante (idosos) s/n.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- **Macro Processo**
  - Técnica de contenção física que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros.
- **Tarefas Críticas**

PROTOCOLO
FLS Nº
1877
FUNC

- Diante de situações de agressividade ou de comportamento de risco, deve-se considerar e particularizar os fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis em cada unidade para atendimento às situações de urgência;
- Diagnosticar a etiologia do comportamento agressivo avaliando de forma rigorosa e global a situação de crise;
- Abordar o paciente com manifestação de comportamento agressivo com técnicas de comunicação clara, firme, transmitindo o desejo de ajudá-lo, estimulando-o a falar sobre seus sentimentos, tentando acalmá-lo;
- Procurar manter distância adequada para proteção de ambos, pois independentemente do diagnóstico a violência pode representar um movimento defensivo do paciente contra sentimentos como o medo, fragilidade, desproteção, desamparo, violação ou abuso físico;
- Manter a intervenção verbal antes, durante e após todo o processo de contenção, explicando ao paciente o que está sendo feito, o motivo, os objetivos de tal procedimento. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática da e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe experimentar a sensação de segurança e apoio;
- Preservar a privacidade do paciente durante todo o procedimento de contenção física;
- Manter o paciente contido em ambiente terapêutico em companhia permanente do acompanhante (quando possível) e sob supervisão da equipe de enfermagem para minimizar sua agressividade e tranquilizá-lo;
- Prestar cuidados de enfermagem como: vigilância constante do paciente, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, avaliação da perfusão sanguínea, avaliação da presença de comorbidades clínicas, eficácia da restrição, presença e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas, de 30 em 30 minutos;

PROTOC. FLS. 1878 FUNC.

- O espaço físico destinado ao atendimento também deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos violentos e evitar a progressão do comportamento violento. Deve-se atentar, por exemplo, para as características de móveis, objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas. Idealmente, o acesso à porta deve ter a mesma distância tanto para a equipe como para o paciente, porque alguns pacientes persecutórios podem sentir-se acuados se não tiverem acesso à saída, o que aumentaria o risco de agressão física;
- A retirada da contenção física deve ser realizada na presença de vários membros da equipe (após orientações ao paciente e na presença do acompanhante, se possível);
- As informações relativas à indicação (ato médico) e a técnica de contenção física, utilizada e todo plano assistencial e as ações da equipe multidisciplinar, devem ser detalhadamente registradas no prontuário do paciente, como sinais vitais, condições de conforto, segurança e eventuais intercorrências durante todo o procedimento (em impresso próprio);
- A equipe responsável pela contenção do paciente deverá preencher o Formulário para Monitoramento da Contenção Física (Anexo I) anexá-lo ao prontuário. A contenção física é um evento Sentinela.

- **Ações de contingência:**
  - A contenção física deverá ser realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência sendo prescrita por um médico no prontuário do paciente;
  - Em situações de urgência os técnicos de enfermagem acompanhados pelo Supervisor de Enfermagem podem iniciar uma contenção física, devendo, em seguida, ser comunicado ao médico para avaliação e prescrição;
  - Identificar lesões e/ou edemas e reavaliar necessidade da manutenção da contenção, caso necessário, modificar local da contenção;



- Comunicar intercorrências ao médico plantonista.

- **Procedimentos e Indicações**

Psiquiátricas e Clínicas

- Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (membros da equipe, familiares, e outros pacientes e que não responderam as intervenções menos restritivas) (Anexo II);
- Imobilização para prevenção de quedas após sedações ou quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;
- Por solicitação do próprio paciente e ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há risco de agitação psicomotora;
- Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões;
- Nos casos de agitação pós-operatória, como em craniotomia;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos; para pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos, etc.

- **Abordagem inicial ao paciente agitado:**

Para tornar o atendimento mais eficiente e seguro tanto para a equipe quanto para o paciente sugere-se:

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- Estar alerta a riscos de violência iminente;
- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente.

Avaliação inicial:

A avaliação inicial inclui anamnese, exame físico e do estado mental. Deve-se pesquisar o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas), além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos mentais. Deve-se desta forma investigar a causa da agitação. Alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida (Lindenmayer e cols., 2004).

- Anamnese;
- Avaliação Psiquiátrica inicial: pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos;
- (Orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário) Sinais vitais;
- História pregressa, exame físico, prontuário, familiares, outros informantes;
- Sinais vitais.

Intervenção inicial:

- Escuta e acolhimento do paciente;
- Tentativa de continência pela palavra e por outros recursos como mudança de ambiente, privacidade, retirar do ambiente agentes estressores como familiares a fim de manter um ambiente terapêutico, ter um cuidado especifico nos casos de contenção em crianças e adolescentes;
- Oferecer assistência e cuidados em geral;
- Acolhimento, hospitalidade;
- Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa.

Considerar os seguintes recursos frente ao risco de passagem ao ato:

PROSES 1881 FLS. L RUBRICA PROTOCOLO

- Abordagem pela palavra;
- Limitar o espaço físico;
- Tranquilização rápida preferencialmente medicamentos;
- Contenção física.

Técnica para a contenção física:

- A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Formulário de Contenção Física. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes das enfermarias e do Centro de Acolhimento de Crise do sentido de tal procedimento para cada paciente, suas consequências no Projeto Terapêutico do mesmo e seus efeitos;
- Compete ao médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem orientar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física;
- A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado não ultrapassando 2 horas;
- Nomear o condutor do processo de preferência um profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. É o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;
- Necessário a presença de outros profissionais para a realização da contenção, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento.
- Realização da contenção em 4 a 5 pontos da seguinte forma

Contenção de tórax:

PROTOCOLO
FLS Nº 1882
FUNC

- Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama.

Contenção do abdome:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;
- Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;
- Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama.

Contenção dos joelhos:

- Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
- Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama.

Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII:

- Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;
- Pegar as pontas pelos dois centros;
- Formar com as mesmas um laço com nó;
- Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

Contenção das mãos - Luva ou Mitene:

- Colocar o algodão na parte interna das mãos;
- Fechar a mão do paciente;
- Proceder ao enfaixamento com crepom;
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem.

PROTOCOLO
FLS Nº 1883
FUNC.

- **Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições**
  - Pacientes em quadro de confusão mental;
  - Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias;
  - Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).
- **Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, observação do local da restrição (dor, calor, edema e ferimento) do paciente contido no ato da contenção, 30 minutos após e no ato da retirada da contenção, preenchendo o Formulário de Contenção Física.**
- **Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção). (ANEXO IV);**
- **Registros:**
  - Formulário deve permanecer junto a cada posto de Enfermagem da unidade, na Sala dos Supervisores de Enfermagem;
  - Anotação da enfermagem;
  - Prescrição médica;
  - Preenchimento formulário de Monitoramento da Contenção - **Anexo III**.

ITENS DE CONTROLE

Avaliação quantitativa e qualitativa das contenções físicas realizadas nos diversos dispositivos institucionais no período de 3 meses a partir dos dados do Formulário de Monitoramento de Contenção Física, com o objetivo de discussão com a equipe, do compartilhamento das medidas para a redução e prevenção das contenções físicas . O monitoramento das contenções deverá ser feito até a abolição das mesmas na instituição.

- Número total de contenções / Número de pacientes atendidos na unidade no período.
- Número de pacientes contidos no serviço de urgência/total de pacientes atendidos.
- Número de pacientes contidos nas enfermarias/ total de pacientes atendidos.
- Diagnósticos prevalentes dos pacientes contidos em relação aos demais diagnósticos.

REFERÊNCIAS

1. Araujo EM. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010.

2. Bernik W, Gouvea FS, Lopes,K.V. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina.2010.

3. Botega NJ. et al . Prevenção do comportamento suicida.Psico.2006).

4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental..

5. Dalgalarrondo P. "Síndromes Volitivo-Psicomotoras". Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais:Dalgalarrondo Artes Médicas. 2000.

6. Freitas PF. et al. Contenção física para unidade de pronto atendimento em saúde mental: revisão teórica ao modelo de protocolo XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação Universidade do Vale do Paraíba.

7. GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002.

8. LEI 10.216 DE 2001.

9.Lindenmayer JP. et al "Effects of atypical antipsychotics on the syndromal profile in treatment-resistant schizophrenia". Jornal ClinicPsychiatry. 2004 .

PROTOCOLO
1885
FUNC

10. Paes MR. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral / Marcio Roberto Paes – Curitiba, 2009.

11 .Paes MR, Borba, LO, Brusamarello T, Guimarães NA, Maftum, MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

12. Portarias GM/MS nº 3.408 de 05 de agosto de 1998.

13. Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para aMelhoria da Assistência à Saúde Mental – OMS 1991.

14. Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - Versão HospitaisPsiquiátricos.

GERIR

506

886

ANEXO I

Formulário para o Monitoramento de Contenção Física

Nome do Paciente:		
Nº Prontuário:	**Idade:**	**Local da Internação:**
Leito:	**Data:** _____ /_____ /_____	**Hora:** :
Supervisor de Enfermagem:		
Equipe de Contenção:		
Descrição do Comportamento do Paciente:		
Descrever Alternativas Utilizadas antes da Contenção:		
Medicações prescritas na urgência:		

Motivos da Contenção Física:

- Risco de queda, após insucesso de outras medidas de proteção
- Agitação psicomotora, após insucesso de outras medidas
- Insucesso da medicação
- Agressividade

1987
L

- Outros. Especifique: _____

Técnica Utilizada: _____

Avaliação Médica _____

_____
_____
_____
_____

_____

Assinatura e Carimbo

Avaliação de Enfermagem (Técnicos de enfermagem)

TEMPO	0'	30'	Ato da retirada da Contenção
Pulso			
P.A.			
F.R.			
Observações			
Assinatura/ carimbo			

Horário da contenção: _____:_____

Horário da retirada da contenção: _____:_____

EVENTOS ADVERSOS / COMPLICAÇÕES SURGIDAS NO PERÍODO DA CONTENÇÃO FÍSICA:

- Sem eventos

- Com eventos. Especifique: _____

- Desidratação

- Depressão respiratória

- Sintomas extra piramidais

PROTOCOLO ISAC
FLS Nº 1688

- Convulsões
- Alterações da consciência
- Acidente cardiocirculatório
- Outros. Especifique: _____

_____
_____
_____

Data: _____/_____/_____

_____

Assinatura Supervisor de Enfermagem (nome legível com carimbo)

ANEXO II

Avaliação do paciente com quadro de agitação psicomotora

Araújo *et al.* (2010) corroboram que estudos epidemiológicos demonstraram que os portadores de transtorno mental são suscetíveis a episódios de agressividade e agitação, e na internação 18% a 25% deles apresentam esse comportamento. Entretanto, destaca-se que a maioria dos portadores de transtorno mental não são violentos.

Agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa.

Caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A agitação pode ter um curso flutuante; podendo modificar-se rapidamente ao longo do tempo.

Pode ser dividida, segundo Dalgalarrondo (2000), em nove subtipos:

PROTOCOLO fls nº 889

· Agitação maníaca: secundária a um intenso taquipsiquismo. O indivíduo se apresenta logorreico, inquieto, com ideias de grandeza e desinibição social;

· Agitação paranoide: secundária ao delírio paranoide e alucinações. O paciente se mostra desconfiado, hipervigilante, potencialmente agressivo e hostil, pronto para defender-se das possíveis ameaças que supostamente o cercam;

· Agitação catatônica: agitação impulsiva e intensa com movimentos repentinos e explosões agressivas

· Agitação no Delirium: com origem orgânica. Além da agitação e irritabilidade, o paciente se encontra obnubilado, não apreendendo o ambiente, desorientado no tempo e espaço, com fluxo confuso de pensamento;

· Agitação nas demências: secundária ao quadro demencial, podendo estar associado a episódios paranoides, obnubilação e piora das capacidades cognitivas;

· Agitação oligofrênica: devido à dificuldade em compreender o ambiente, o paciente com deficiência mental se constrange e desespera-se, entrando em estado de agitação podendo ficar hetero ou autoagressivo;

· Agitação explosiva: associada a transtornos de personalidade do tipo explosivo, borderline e sociopático. Os pacientes, quando minimamente frustrados, reagem de maneira agressiva e explosiva, voltando a calma quando atendidas suas necessidades;

· Agitação histérica: agitação mais teatral e escandalosa, com sentido comunicativo;

· Agitação ansiosa: secundária a ansiedade e angústia extrema, o paciente se mostra irritado, tenso, andando rapidamente de um lado para o outro. Neste caso o risco de suicídio deve ser sempre considerado e as medidas de segurança rapidamente tomadas.

PROTOCOLO 1890

Devem-se considerar como diagnósticos diferenciais as entidades psiquiátricas primárias, condições médicas gerais e neurológicas conforme indicado abaixo:

TRANSTORNOSPSIQUIÁTRICOS PRIMÁRIOS	TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS	DOENÇAS CLÍNICAS GERAIS
Esquizofrenia	Demências (Alzheimer, Pick)	Doença Metabólica (hipoglicemia, distúrbios hidroeletrolíticos
Episódio maníaco do TAB	Acidentes Vasculares Encefálicos	Agentes tóxicos (metaispesados, drogas, venenos)
Abuso de substâncias e álcool	Encefalopatias	Doenças infecciosas
Transtornos de personalidade antissocial	Encefalopatias	Deficiências vitamínicas (B12, tiamina)
Transtorno de personalidade instável	Infecções do SNC (sífilis, HIV,herpes simples)	Distúrbios endócrinos (tireóideCushing)
Retardo mental	Estados ictais, pós-ictais	Encefalopatia hepática eurêmica
Transtornos orgânicos gerais(demência, delirium)	Esclerose Múltipla Doença de Huntington Traumatismocraniano Doença de Parkinson	Lúpus eritematoso sistêmico

Buscando explicitar os sinais de comportamento violento e agressivo, Botega 2006 estabeleceu o seguinte quadro diferencial:

SINAIS	AGRESSIVO	VIOLENTO
Postura	Não senta. Age de forma claramenteintimidadora. Faz ameaças verbais, falapalavrões, fala alto o tempo todo.	Anda de um lado para outro. Diz quevai agredir alguém presente naqueleambiente. Acabou de agredir alguém.
Psicomotricidade	Quase agitado. Esmurra a parede,gesticula muito. Quebrou objetos emcasa.	Agitado. Tem algo nas mãos para sedefender ou para agredir alguém. Esta quebrando objetos no ambiente.
Humor	Estar raivoso. Demonstraestar com ódiode todos, inclusive do entrevistador.	Estar furioso. Demonstra a decididaintenção de agir violentamentecontra alguém.
Riscos	Muito alto.	Iminente

GERIR

ANEXO III

Registro de Contenção Física

Paciente:		Prontuário:
Data: _____ / _____ / _____	Hora início da contenção: _____ : _____	Hora término da contenção: _____ : _____
_____ Ass./Carimbo Médico		_____ Ass./Carimbo Enfermeiro

Motivo da Contenção

1- Risco de Auto Lesão	**5**- Risco de queda
2- Risco de lesão a terceiros	**6**- Abstinência com agitação
3- Risco de Fuga	**7**- Outros: _____
4- Fissura	

Atuação para prevenir a contenção mecânica

1- Contenção verbal

2- Contenção química oral _____ parenteral _____

Atuação para prevenir a contenção mecânica

1- Contenção verbal

2- Contenção química oral _____ parenteral _____

1892

Tratamento farmacológico administrado e dados vitais

Ver folha de prescrição de medicação do paciente e folhas de dados vitais da enfermagem.

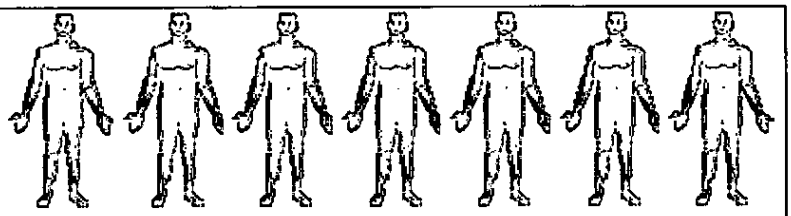
Tipo de Contenção

1)Sem alteração

2)Melhora parcial

3)Piora

4)Melhora completa



Controle de Horário							
Controle de melhora							

Relato de Efeitos Adversos
Medidas Tomadas

GERIR

SES
1293
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO
513

ANEXO IV - Fluxograma de Contenção

Contenção dos Pacientes no Leito

Material
- Compressas de algodão ortopédico;
- Loção ou creme hidratante (s/n);
- Atadura crepe;
- Esparadrapo ou fita hipoalergênica (s/n).

Pré-execução
- Avaliar a necessidade de contenção do paciente;
- Orientar o paciente e familiares/acompanhante quanto ao uso de contenção, as razões do seu uso, duração e possíveis complicações;
- Higienizar as mãos
- Reunir o material
- Inspecionar a região onde será feita a contenção

Restrição Física
- Imobilizar fisicamente o paciente com auxílio da equipe, evitando causar traumas ao paciente.contenção

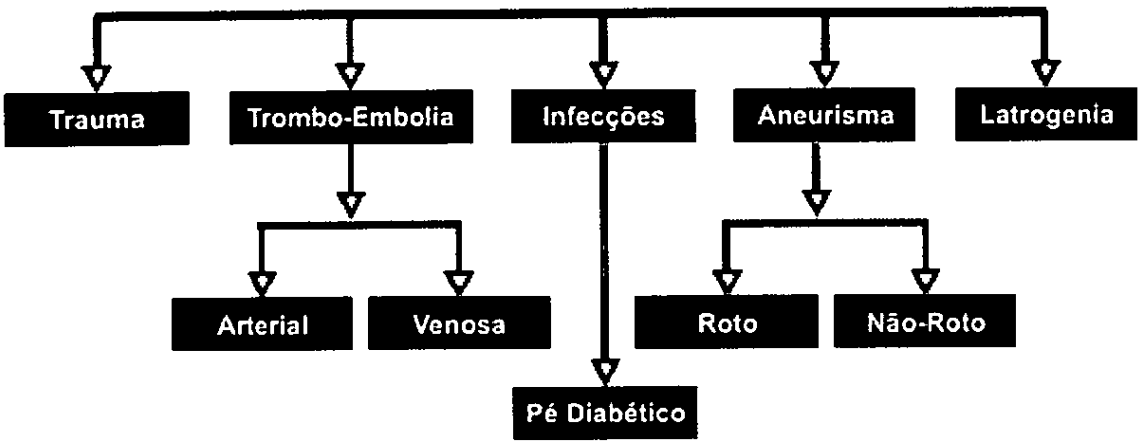
Restrição Mecânica
- Lavar e secar a área a ser restringida;
- Aplicar loção ou creme hidratante se apele(s/n);
- Dobrar a compressa do algodão em três no sentido do comprimento e enrolarao redor do punho ou tornozelo dopaciente;
- Prender o conjunto com um nó e prender as pontas soltas da atadura na cama.

Pós Execução
- Avaliar o paciente periodicamente a cada duashoras quanto ao seu comportamento, eficáciada restrição, presença de complicações enecessidade de manutenção ou associação deoutras medidas terapêuticas;
- Anotar no prontuário do paciente informaçõescom motivo das restrições, horário e tipo dasrestrições, reação do paciente, cuidados comas restrições e os membros restritos.

Obs.:
- Avaliar as restrições no mínimo 1x/plantão etrocá-la 1x ao dia ou se estiver suja, ajudar opaciente em relação a suas necessidades denutrição, excreção, hidratação, higiene e etc;
- Monitorar as condições de pele e circulação noslocais e membros contidos, retirar as restriçõesdo paciente.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº
1894
FUNC

Urgências Vasculares



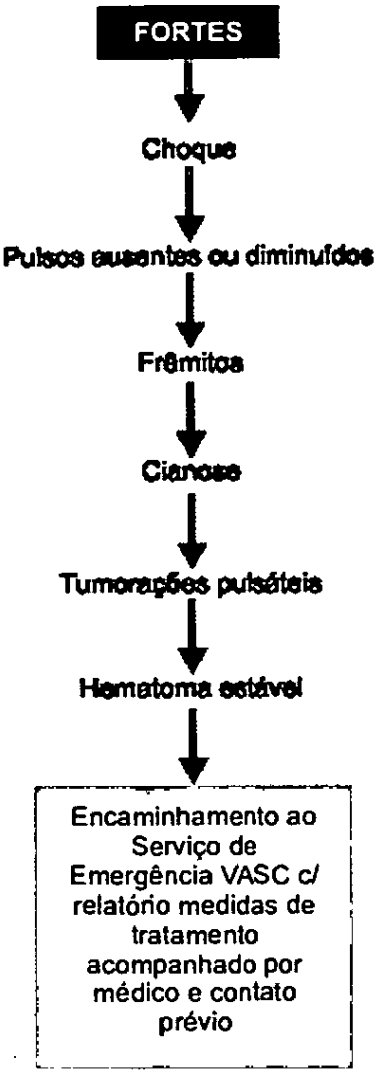
Os serviços de cirurgia vascular da SES/GO são encontrados no:

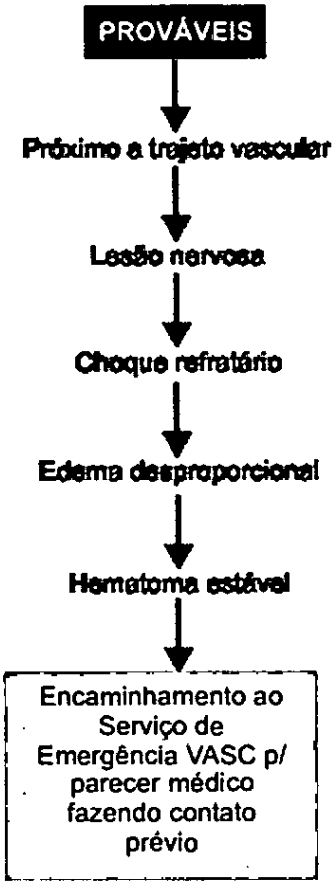
HUGO (Emergência 24 horas)

Ambulatório (Pareceres).

PROTOCOLO/SES
FLS Nº 1895
FUNC

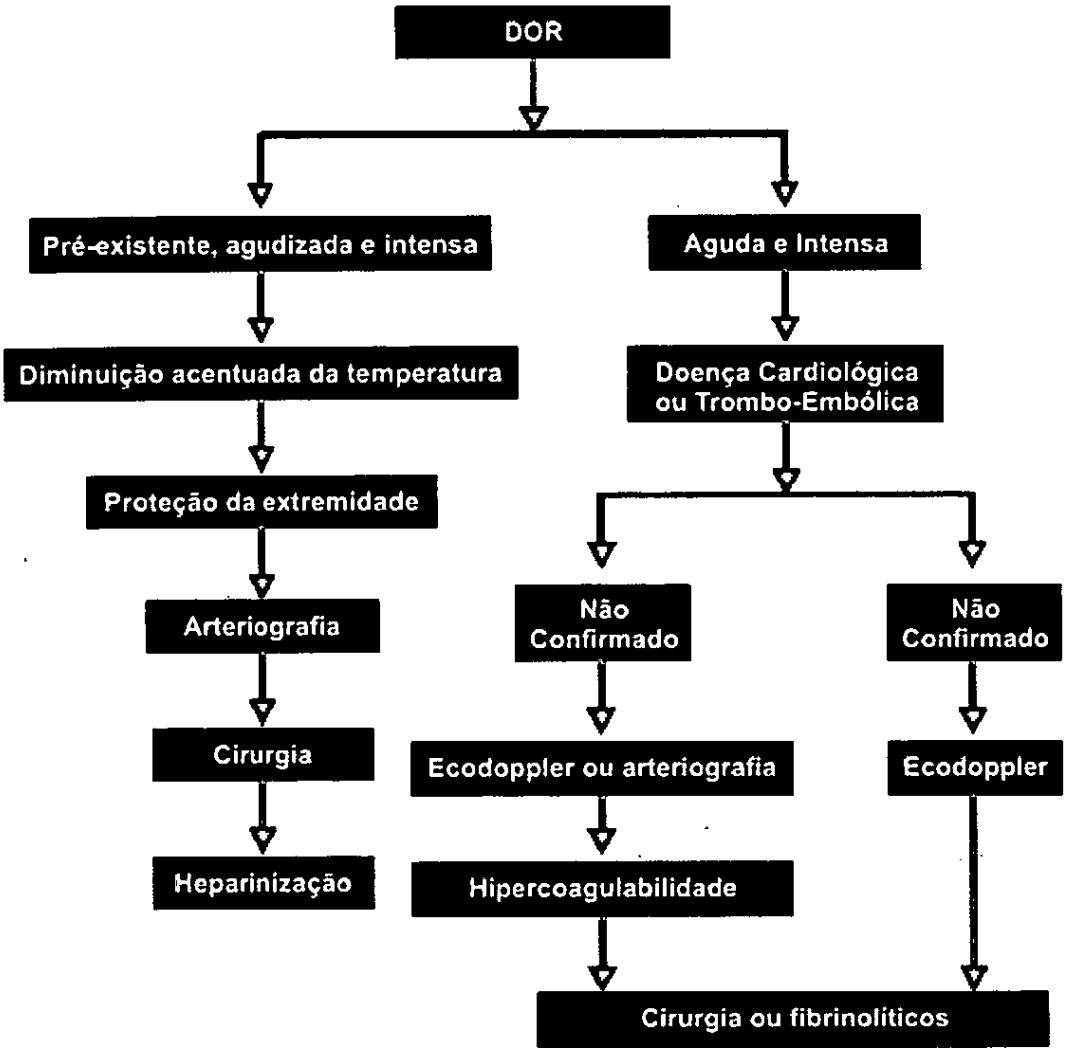
TRAUMAS VASCULARES - SINAIS





PROTOCOLO/SES
FLS Nº 1896
FUNC

TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

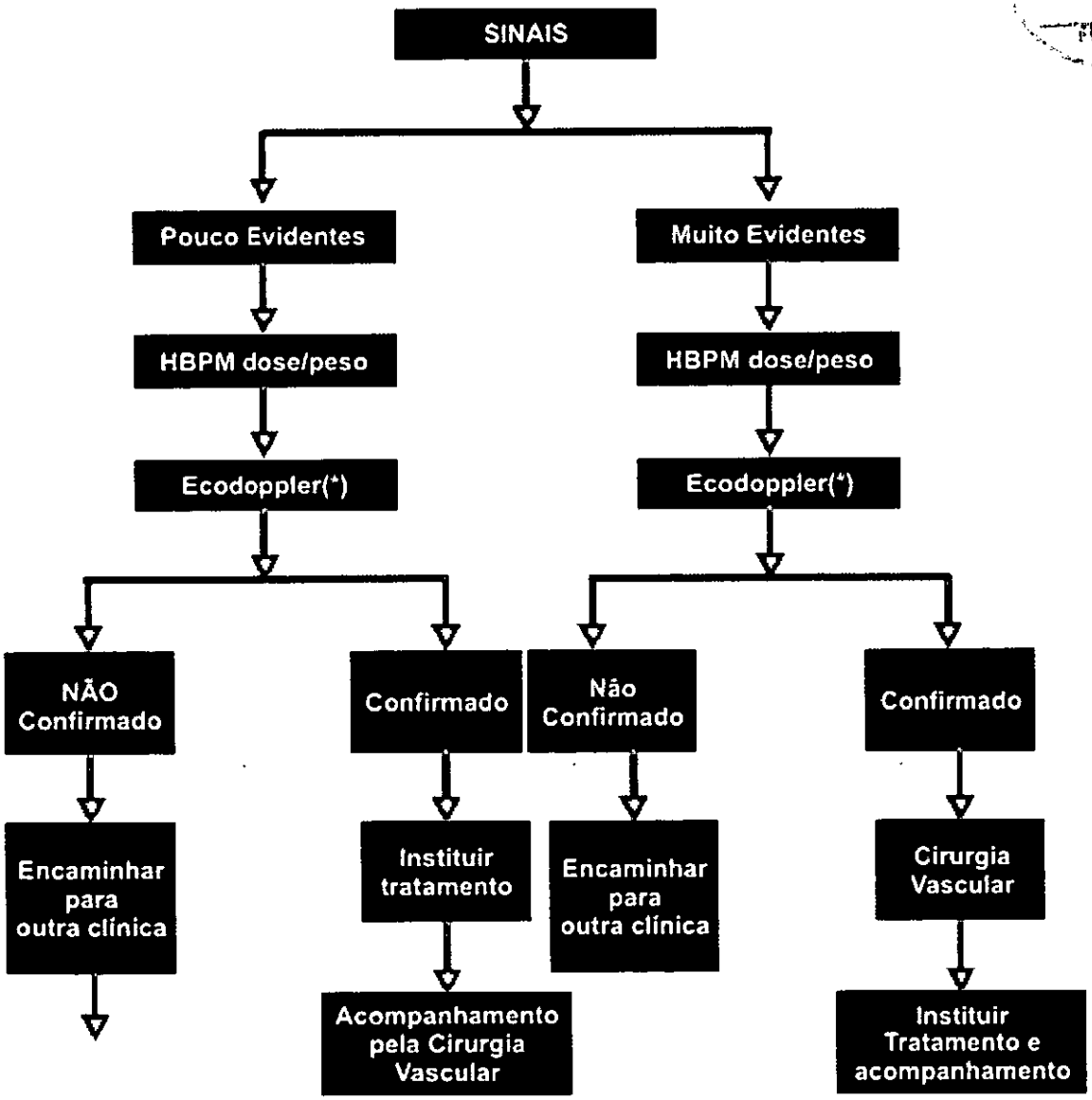


SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



TVP – SINAIS E SINTOMAS

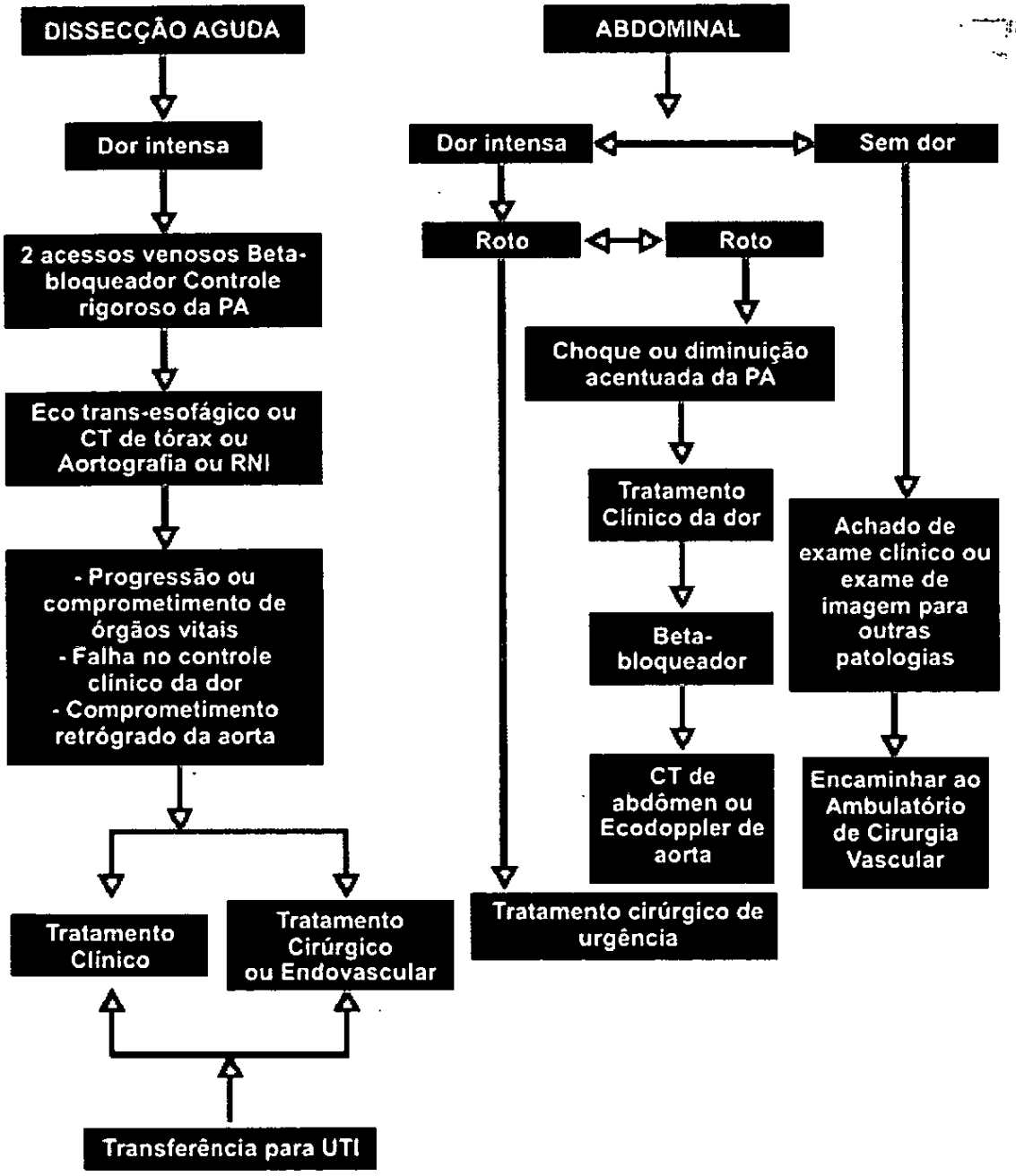
Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal/Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

OBS: (*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.

1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialista (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

(*) HBPM – Heparina de Baixo Peso Molecular

ANEURISMAS


DISSECÇÃO AGUDA
Dor intensa
2 acessos venosos Beta-bloqueador Controle rigoroso da PA
Eco trans-esofágico ou CT de tórax ou Aortografia ou RNI
- Progressão ou comprometimento de órgãos vitais
- Falha no controle clínico da dor
- Comprometimento retrógrado da aorta
Tratamento Clínico
Tratamento Cirúrgico ou Endovascular
Transferência para UTI
ABDOMINAL
Dor intensa
Sem dor
Roto
Roto
Choque ou diminuição acentuada da PA
Tratamento Clínico da dor
Beta-bloqueador
CT de abdômen ou Ecodoppler de aorta
Tratamento cirúrgico de urgência
Achado de exame clínico ou exame de imagem para outras patologias
Encaminhar ao Ambulatório de Cirurgia Vascular

4.2.7. Manual de Normas e Rotinas

O **IGES** quer explicitar e reafirmar que o Modelo Gerencial Proposto aponta os trabalhadores como sujeitos ativos no processo gerencial do **HUGO**. Neste sentido as rotinas, normas e outros procedimentos da gestão devem ser elaborados conjuntamente: IGES e Equipe do **HUGO**.

4.2.7.1 Exemplo de Manual de Normas e Rotinas

Neste Manual apresentado há Indicação para Revisão Periódica. As normas não processuais e passiveis de alterações.

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HUGO
		Data desta Revisão:	
ROTINA	**SERVIÇOS DE ENFERMAGEM NA ÁREA HOSPITALAR 1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**		
AGENTE	**Ação**		
Conceitos	- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreende nas unidades: - Avaliação admissional - histórico e exame físico inicial; - Prescrição, evolução e diagnostico de enfermagem. - Cada unidade da instituição possui impresso próprio direcionado a sua realidade, porem todos devem realizar minimamente 3 etapas do processo.		
Enfermeiro da Unidade	- Realizar o SAE dos pacientes sob seus cuidados, conforme rotina interna do setor, obedecendo como critério o sistema de classificação de pacientes (resolução COFEN 293/04), priorizando os pacientes com maior gravidade; - Garantir minimamente uma evolução de enfermagem por dia, bem como as intercorrências devidamente registradas; - Supervisionar a execução do SAE para todos os pacientes, garantindo o cumprimento do protocolo de cuidados de enfermagem e o registro em impresso próprio. - Manter integração continua com as Gerencia de Enfermagem.		
Auxiliar de Enfermagem da Unidade	- Realizar cuidados conforme protocolo de cuidados de enfermagem e registrar suas atividades em impresso próprio. - Checar prescrição de enfermagem, medica, completar check-list, datar, assinar e carimbar adequadamente suas anotações.		

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HUGO
		Data desta Revisão:	
ROTINA	3. LIMPEZA DA UNIDADE		
AGENTE	Ação		
Conceitos	- LIMPEZA TERMINAL DE UNIDADE – feita após a alta, óbito ou transferência do paciente. Envolve a lavagem das camas, limpeza de todos os equipamentos (monitores, painel de gazes, válvulas, escadas, suporte de soro, mesa de refeição, criado, bombas de infusão, respiradores, etc.); - LIMPEZA CONCORRENTE DE UNIDADE – deve ser feita em todos os equipamentos, duas vezes por plantão nas UTIs e 1 vez por plantão nas enfermarias, com pano limpo, agua e sabão e posteriormente com álcool a 70%.		
Funcionário da Higienização	- Utilizar para limpeza terminal e concorrente pano limpo com agua e sabão e outro com álcool 70%. - LIMPEZA TERMINAL GERAL: feita a cada 8 dias pela equipe de higienização em todos os setores, geralmente no período da tarde ou noite. Segue cronograma próprio do serviço de higienização que devera estar afixado no mural da unidade. - LIMPEZA DE JANELAS, VIDROS E SUPERFICIES ALTAS: feita uma vez por semana por funcionário da equipe de higienização; conforme cronograma. - LIMPEZA TERMINAL DE QUARTO: lava-se paredes, chão e cama, com agua e sabão, e solução desinfetante padronizada pela CCIH.		

Auxiliar de Enfermagem Procedimentos	- LIMPEZA DE UNIDADE – limpeza terminal/concorrente; - Retirar roupas de cama e acondicionar em hamper; - Acondicionar em hamper separado quando isolamento, com saco plástico branco forrando o saco de tecido externamente, e identificar como "isolamento-contaminado"; - Retirar a bandeja auxiliar do leito (se houver) e desprezar o que estiver aberto: material de limpeza, pomadas, etc. Lavar e desinfetar com álcool 70%; - Retirar equipamentos e materiais – bomba de infusão, circuitos, manguitos, aspirador, nebulizador e ambus abertos, e encaminhar ao expurgo sujo. - Limpar na sequencia: 1. régua de gazes; 2. válvulas e fluxometros; 3. monitor e cabos de monitorização; 4. mesa de refeição; 5. suportes de soro; 6. respirador; 7. cama e colchão; 8. escada. - No expurgo: - Limpar as bombas de infusão: abrir e limpar os encaixes com gaze e álcool cuidadosamente para não danificar; - Lavar os manguitos, apenas com agua e sabão; - Desprezar secreções de frascos; - Traqueias e extensões: 1. Enxaguar para retirar excesso de matéria orgânica; 2. Colocar em solução desincrostante por 30 minutos; 3. Lavar; 4. Enxaguar; 5. Secar; 6. Encaminhar para Centro de Material e Esterilização. Obs.: Os setores que encaminham os materiais diretamente para a central de material devem acondiciona-los adequadamente em caixa plástica om tampa ou saco plástico branco.

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HUGO
		Data desta Revisão:	
ROTINA	2. PASSAGEM DE PLANTÃO		
AGENTE	Ação		
Auxiliar de Enfermagem	- Chegar 15 minutos antes do inicio do plantão; - Passar o plantão no leito para o auxiliar de enfermagem escalado; - Relatar as intercorrências, exames pendentes, bem como os preparos para exames; - Passar a medicação (caixa de medicamentos) de cada paciente para o auxiliar de enfermagem que assume o plantão; - Observar a checagem da medicação na prescrição, conferindo com a caixa; - Checar condições gerais dos pacientes (sinais vitais, acesso venoso, etc.).		
Enfermeiro	- Chegar 15 minutos antes do inicio do plantão; - Passar o plantão no leito: intercorrências, exames pendentes, preparos para exames, avaliações pendentes, etc; - Relatar as pendencias da unidade: expurgo, carrinho de emergência, kits, falta de medicamentos e de materiais de consumo, manutenção, etc.		

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva.
		Data desta Revisão:	
ROTINA	4. 1. MONTAGEM DE UNIDADE UTI		
AGENTE	Ação		
Médico da UTI ou Semi-Intensiva	- Comunicar ao enfermeiro sobre a vaga cedida, se isolamento ou alguma outra orientação; - Testar o respirador mecânico.		
Enfermeiro da UTI	- Checar o leito, o aspirador, os monitores e o respirador mecânico; - Comunicar o médico sobre as condições do leito.		
Auxiliar de Enfermagem	- Montar o leito após limpeza com: 1.respirador com circuito estéril, mantendo a ponta fechada (não colocar agua no copo umidificador - apenas na admissão do paciente) 2.ambú estéril com extensão, mascara e bolsa reservatória adequado ao tamanho e faixa etária do paciente; 3.bandeja auxiliar com materiais mínimos: EPIs, frascos de exames, sondas de aspiração de vias aéreas, etc; 4.aspirador de parede ou móvel, com extensão estéril e testado; 5.cama montada aberta ou isolete / berço 6.valvulas de ar comprimido e oxigênio e fluxômetro de oxigênio funcionantes; 7.monitor com cabos de PA, ECG com 5 derivações e oxímetro de pulso; - Comunicar ao enfermeiro após o termino da montagem.		

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Enfermarias: Medicas e Cirúrgicas
		Data desta Revisão:	
ROTINA	4. 2. MONTAGEM DE UNIDADE CLÍNICA		
AGENTE	Ação		
Médico da Unidade	- Verifica com enfermeiro a existência de vaga e as condições do paciente a ser admitido. - Comunicar ao enfermeiro sobre a vaga cedida, se isolamento ou alguma outra orientação;		
Enfermeiro da Unidade	- Checa a existência da vaga e classifica o paciente quanto ao grau de dependência para determinar localização do leito, se próximo ao posto de enfermagem, isolamento, etc (utilizar Sistema de Classificação de Pacientes). - Realiza as mudanças e remanejamentos necessários para agilizar o processo		
Auxiliar de Enfermagem da Unidade	- Montar o leito após limpeza com: 1. cama montada aberta ou cama cirúrgica conforme a necessidade 2. manutenção de artefato de terapia respiratória adequado ao caso (cateter nasal, mascara, etc) 3. monitorização adequada se necessário - Comunicar ao enfermeiro após o termino da montagem.		

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades de Internação.
		Data desta Revisão:	
ROTINA	5. KITS PARA PROCEDIMENTOS		
AGENTE	Ação		
Conceitos	- Devera ser mantido na unidade: - 01 kit de entubação; - 01 kit de intracath; - outros Kits de acordo com necessidade do setor. - Os materiais devem ser de tamanho adequado ao perfil dos pacientes do setor, destacando-se que no carrinho de emergência estes materiais também estão previstos. - Para os procedimentos de TRAQUEOSTOMIA, PASSAGEM DE CATETER DE DUPLO LUMEN, DRENAGEM DE TORAX E SONDAGEM VESICAL DE DEMORA o material devera ser montado preferencialmente em bandejas, recobertos em plástico e selado.		
Enfermeiro	- Elabora escala de revezamento para conferencia e reposição dos kits de procedimentos, - Afixa escala em local visível, em tempo hábil; - Supervisiona cumprimento da escala de conferencia dos kits, - Escala outro funcionário para checagem na falta do funcionário previamente escalado. - Anota no livro de ocorrências e passa no plantão as intercorrências relacionadas.		
Auxiliar de Enfermagem Escalado para os Kits	- Cumpre escala de conferencia dos kits feita pelo enfermeiro supervisor ou enfermeiro do setor. - Confere rotineiramente os kits, repõem as faltas e comunica eventuais problemas. - O funcionário do leito que usou o kit deve repôlo após o uso.		
Observações Relação de Kits	- KIT PARA ENTUBACAO: <u>Adulto</u> 2 Cânulas com Balão N° 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0. <u>Infantil</u> 2 Cânulas com Balão N° 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0. <u>Neonatal</u> 2 Cânulas Entubação sem Balão N° 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0. - KITS PARA TRAQUEOSTOMIA: <u>Infantil e Neonatal</u> 1 Cânula sem Balão N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5; 2 Cânulas com Balão N° 4.0, 4.5 , 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0. <u>Adulto</u> 2 Cânulas com Balão N° 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5. - KIT PARA INTRACATH: <u>Adulto, Infantil e Neonatal</u> Cada KIT e composto de:		

PROTOCOLO
FLS
1908

[redacted]

2 intracates;
2 lâminas de bisturi n. 23;
2 fios de nylon 3.0.

- KIT PARA TRAQUEOSTOMIA
Cada KIT e composto de:
2 Cânulas de traqueostomia com balão;
2 lâminas de bisturi n. 23;
2 fios de nylon 3.0.

- KIT PARA PASSAGEM DE CATETER DUPLO LUMEN:
Cada KIT e composto de:
1 cateter duplo lúmen;
2 lâminas de bisturi n. 23;
2 fios de nylon 3.0.

- KIT PARA DRENAGEM DE TORAX:
Cada KIT e composto de:
1 dreno de tórax;
1 frasco de drenagem;
2 lâminas de bisturi n. 23;
2 fios de nylon 3.0.
(Anexa folha de procedimento para preenchimento do médico)

- KIT PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA (n. 4 a 20):
Composto de 2 SVD de numero adequado e 1 coletor urina sistema fechado.

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HUGO
		Data desta Revisão:	

ROTINA	6. CARRINHOS DE EMERGÊNCIA
AGENTE	Ação
Conceito	- O **HUGO** possui três modelos padrão de carrinhos de emergência, sendo eles: ADULTO COMPLETO: INFANTIL E NEONATAL PADRAO BASICO : - A reposição do Carrinho de Emergência devera ser feita na Farmácia , conforme segue: - Lacre rompido; - Pasta com o check list preenchido constando o que foi utilizado, os dados do paciente e assinatura do funcionário; - Receitas dos psicotrópicos e medicamentos controlados utilizados; - Cascos dos itens: pilhas, esparadrapo, etc; - O funcionário da Farmácia após conferir o lacre, as receitas e o preenchimento do check list entregara ao funcionário um novo lacre e os itens utilizados, - E responsabilidade do funcionário escalado pela Enfermeira do Setor a reposição e colocação do lacre no Carrinho de Emergência da Unidade.
Auxiliar de Enfermagem da Unidade	- Cumpre escala de conferencia do carrinho feita pelo Enfermeiro do Setor, repõem as faltas e comunica eventuais problemas; - Mantem os kits e bandejas seladas e anota no impresso próprio com data, carimbo e rubrica; - Solicita ao médico a receita dos psicotrópicos usados na emergência; - Preenche o impresso "Check List dos Carrinhos de Emergência" anotando o que foi usado, carimba, assina e leva a Farmácia; - O funcionário do leito que abriu o carrinho de emergência nos momentos de intercorrência com seu paciente devera repor e lacrar carrinhos e kits após o uso.
Observações	- Cada Carrinho de Emergência devera conter: - Pasta com listagem padrão de acordo com o setor. - Lacre numerado; - Tesoura anexa ao carrinho para rompimento do lacre. - Manter carrinho e desfibrilador ligados na tomada durante todo o tempo; - Guardar o lacre rompido para garantir a reposição do carrinho; - Preencher corretamente e legível o check list.

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HUGO
		Data desta Revisão:	
ROTINA	7. ACONDICIONAMENTO DE TERMOLÁBEIS IMUNOBIOLÓGICOS		
AGENTE	Ação		
Conceito	- As unidades de atendimento a pacientes devem manter uma geladeira de uso exclusivo para acondicionamento de Medicamentos Termosensiveis; - Para o correto acondicionamento destes medicamentos deve-se manter na geladeira um termômetro de máxima e mínima a temperatura deverá permanecer entre 2 e 8 o; - Quando a temperatura interna estiver abaixo ou acima deve-se proceder a regulagem e manutenção do equipamento, bem como a viabilidade dos medicamentos deve ser checada com o farmacêutico na farmácia central; - Deve-se proceder a limpeza e o descongelamento da geladeira duas vezes no mês sendo que para isto os medicamentos contidos devem ser acondicionados em outro local (outra geladeira) durante o procedimento; - A rotina para descongelamento e limpeza deve ser cumprida no dia 15 de cada mês no diurno e no dia 30 de cada mês no noturno, conforme tabela de controle de temperatura afixada na geladeira; - O impresso de controle de temperatura da geladeira deve ser afixado e trocado mensalmente pela enfermeira do setor; - O termômetro da geladeira deve ser trocado caso apresente falhas ou quebra. O pedido ao ser feito o casco deve ser apresentado para reposição. - Os setores que utilizam vacinas devem cumprir a mesma rotina descrita, porem recomenda-se manter vacinas em geladeiras diferenciadas de medicamentos; - Os frascos de nutrição parenteral podem ser acondicionados na geladeira de medicamentos, porém dietas enterais ou outros alimentos NUNCA deveram ser acondicionados na mesma geladeira destinada a medicamentos; - As geladeiras de medicamentos nunca poderão ser utilizadas para acondicionar alimentos de pacientes ou funcionários. - As amostras de sangue e outros materiais biológicos devem ser acondicionados, excepcionalmente, em caixa de isopor com gelox (gelo reciclável) ate o transporte ao laboratório ou banco de sangue. - Os medicamentos termosensíveis em uso na unidade: ALBUMINA*, ALPROSTATIN, ANFOTERICINA B, ERGOMETRINA, ESTREPTOQUINASE*, PANCURONIO, RACURONIO, ATRACRIUN, INSULINA HUMANA NPH E REGULAR,		

	PROPOFOL, SURFACTANTE PULMONAR, ANESTALCON COLIRIO (*) *depende do fabricante.*
Enfermeiro da Unidade	- Escalar funcionário para realizar a checagem diária da temperatura da geladeira; - Escalar funcionário para realizar o descongelamento da geladeira conforme rotina; - Garantir o acondicionamento correto dos medicamentos durante o procedimento de limpeza; - Solicitar ao funcionário da equipe de limpeza para providenciar a limpeza mecânica da geladeira após descongelamento; - Garantir o correto acondicionamento de medicamentos em sua unidade não permitindo descumprimento da rotina; - Encaminhar os pedidos de manutenção e providenciar a troca do termômetro se necessário; - Verificar a validade dos medicamentos da geladeira rotineiramente.
Auxiliar de Enfermagem	- Cumprir escala de serviço para controle de temperatura da geladeira de medicamentos e anotar no impresso próprio; - Cumprir escala de limpeza e descongelamento da geladeira e anotar no impresso de controle; - Respeitar as normas quanto ao acondicionamento correto de medicamentos, alimentos, etc.
Farmacêutico	- Determinar quais medicamentos devem ser acondicionados em geladeira; - Dar esclarecimentos sobre validade, viabilidade de medicamentos temosensíveis e outras informações técnicas; - Garantir o transporte correto dos medicamentos termosensíveis até a unidade destino, acondicionando-os de forma adequada e discriminando dos outros medicamentos;
Observações	- As amostras de sangue, liquor e urina que necessitam de acondicionamento antes de serem entregues no laboratório devem ser colocadas em caixas de isopor especificas com gelox (gelo reciclável). Esta caixa deve ficar sobre a geladeira a disposição da equipe. Nunca acondicionar estes itens na geladeira de medicamentos.

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HUGO
		Data desta Revisão:	

ROTINA	8. MANUSEIO E PREPARO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS, SEMI-CRÍTICOS E CRÍTICOS

AGENTE	Ação
Conceito	- **Limpeza:** e o primeiro passo para o reprocessamento de artigos, e esta intimamente ligada a qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o numero de microrganismos sobre o artigo. - **Desinfecção:** e um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção de alto numero de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos. - **Esterilização:** e o processo de destruição de todas as formas vegetativa e esporulada, fungos e vírus, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos.
Classificação dos Artigos	- **Artigos críticos:** são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e portanto possuem alto risco para aquisição de infecção. Estes artigos devem ser agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, cateteres urinários, etc. - **Artigos semi-críticos:** são artigos que entram em contato com membrana mucosa integra ou pele não integra, e normalmente devem ser livres de todos os microorganismos, com exceção de elevado numero de esporos bacterianos. Requerem desinfecção de alto nível entre pacientes. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamento de terapia respiratória, etc. - **Artigos não-críticos:** são aqueles que entram em contato apenas com pele integra, ou não entram em contato com pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção, pois a pele do paciente e barreira efetiva a microrganismos. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Como exemplo nessa categoria estão: comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelho de pressão, termômetros, etc.
Objetivos	- Prevenção de transmissão de microorganismos.
Procedimentos	**Artigos Críticos:** - esterilização por meios físicos(autoclave), químico (glutaraldeido e ácido peracético, ou fisicoquimico (óxido de etileno). - higienizar as mãos sempre antes de iniciar o procedimento e

após realizar o procedimento;
- **paramentar-se com equipamento de proteção individual (E.P.I).**
- OBS: os dois itens acima devem ser repetidos em todos os procedimentos que serão citados a seguir:
- realizar a limpeza manual do material minuciosamente, inicialmente, deixando imerso em detergente enzimático por tempo descrito pelo fabricante;
- limpar o material com ajuda de escova e ou esponja macia;
- enxaguar abundantemente na agua corrente potável;
- secar os materiais canulados, com ar comprimido sob pressão (controlando a saída do ar com fluxometro) na face interna e na face externa, secar com tecido macio;
- embalar em tecido de brim, papel grau cirúrgico ou papel crepado, conforme a adequação do material;
- esterilizar por meio físico ou físico-químico (óxido de etileno), para materiais termosensíveis (são materiais que sofrem alterações sobre temperaturas elevadas).

Artigos Semi-Críticos:
- requerem desinfecção de alto nível (destrói todos os microrganismos com exceção de alto numero de esporos). Os desinfetantes de alto nível são o glutaraldeido e o acido peracético;
- realizar a limpeza manual conforme descrito acima;
- ativar o ácido peracético e realizar o teste de efetividade do desinfetante com as tiras reagentes, que devem ser mantidas sobre refrigeração e ou temperatura ambiente, realizadas diariamente pela manha conforme rotina do IGES;
- enxugar o material conforme descrito acima, criteriosamente, para que não ocorra diluição do ácido peracético, e a consequente inativação do produto antes do tempo estimado de aproximadamente 15 dias, após a ativação;
- imergir o material por completo no ácido peracético a 0,2%;
- cronometrar 10 minutos para desinfecção de alto nível, conforme orientação do fabricante;
- enxaguar abundantemente com agua filtrada;
- secar conforme descrição acima;
- embalar em plástico e selar as bordas;

Artigos Não Críticos:
- requerem apenas limpeza com agua e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível (elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não elimina microbactéria). Ex: desinfetante de nível intermediário: álcool a 70%;
- OBS: Os meios de esterilização e de desinfecção citados, são os mais utilizados no IGES.

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HUGO
		Data desta Revisão:	
ROTINA	9. CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO		
AGENTE	Ação		
Definição	- O Centro de Material e Esterilização (CME) e o setor (unidade ou serviço) destinado a limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição de material esterilizado.		
Objetivos	- Fornecer materiais esterilizados, para utilização nos diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos a padronizar os procedimentos para o processamento de materiais.		
MÉTODOS DE LIMPEZA	**Limpadores Enzimáticos:** - Os limpadores enzimáticos são compostos basicamente por enzimas, surfactantes e solubilizantes. A combinação balanceada desses elementos faz com que o produto possa remover a matéria orgânica do material em curto período de tempo (em média 3 minutos). **Objetivo:** - Promover a limpeza dos artigos. **Recomendações:** - Utilizar limpadores enzimáticos e verificar a diluição, prazo de validade após a diluição, tempo de imersão e métodos de utilização de acordo com as recomendações do fabricante; - Selecionar apenas limpadores enzimáticos que possuam registro no Ministério da Saúde para a aplicação a que se destinam; - Remover completamente os limpadores com água corrente abundante; - Selecionar o tipo de limpador enzimático para limpeza manual ou mecânica, de acordo com a recomendação do fabricante; - Utilizar escovas com cerdas macias e esponja com face dupla; - Não utilizar palha de aço em hipótese alguma. Ex.: Bombril; - Manter o produto em sua embalagem original, bem fechado, protegido da luz e calor excessivo; - Utilizar luvas e óculos de proteção, evitar o contato prolongado com a pele. Depois de utilizar o produto, lave bem as mãos e seque-as. - A eficiência da limpeza e aumentada quando se utilizam limpadores enzimáticos. Estes limpadores possuem proteases, lipases e amilases, atuam em substratos proteicos, gorduras e carboidratos, os quais tendem a solubilizar-se e desprender dos artigos. Devido ao seu pode limpante, a literatura atual		

recomenda o uso exclusivo destes produtos para limpeza de artigos de configuração complexa. Resíduos de enzimáticos em artigos podem provocar reações adversas no pacote, caso não sejam adequadamente removidos.

Detergentes e Desincrostantes:

Objetivo:

- Promover a limpeza dos artigos;
- Empregar detergentes em artigos, cujo volume de matéria orgânica seja pouco ou desprezível;
- Remover completamente o detergente ou desincrostante com água corrente abundante;
- Utilizar apenas um tipo de agente limpante (detergente, desincrostante ou enzimático) para cada processamento;
- Não utilizar detergentes em instrumentos cirúrgicos, pois podem ocorrer pontos de corrosão;
- Misturas de produtos de limpeza entre si, ou associação com produtos desinfetantes pode reduzir a eficiência da limpeza e aumentar o risco ocupacional pela formação de produtos tóxicos.

Definição:

I. Artigos protocolados pela Instituição , classificação. Estão dentro das normas e portarias da Vigilância Sanitária.
II. Limpeza dos artigos: secagem, determinar o tempo de exposição do material ao produto de limpeza;
III. Diluir o enzimático (registrado no Ministério da Saúde);
IV. Usar Equipamento de Proteção Individual (EPI);
V. Ter inspeção visual rigorosa;
VI. Todo material odonto-médico hospitalar contaminado dever ser limpo, precedendo ou não a desinfecção e esterilização:
A. Artigos de assistência respiratória: mascaras, inaladores, traqueias e outros similares;
B. Perfuradores: elétricos e a bateria / desconectar brocas;
C. Extensões de látex.

PROTOCOLO DE LIMPEZA

I – Artigos Protocolados pela Instituição – Classificação:
(Devem estar dentro das normas e portarias da Vigilância Sanitária)

1. Perfurador elétrico
2. Perfurador a bateria
3. Cabo de bisturi
4. Extensões de látex – devido ao numero de reprocessamento pode ocorrer desgaste do material, colabamentos, ressecamentos. Fazer inspeção rigorosa.
5. Circuito nebulizador
6. Saco plástico
7. Bateria avulsa de perfurador
8. Faixa de smarch grande
9. Pinça bipolar
10. Circuito Inter-5
11. Punch
12. Circuito Inter-3

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1916
RUBRICA

13. Expansor
14. Umidificador completo
15. Bomba de leite
16. Ponta cautério
17. Conector

II – Modo de diluir o Endozime□□AW Plus

Uso Manual:

1. Adicione 4 ml de Endozime□AW Plus para cada litro de água;
2. Submergir os instrumentos na solução;
3. Deixe-o em contato com a solução por 2 minutos para a remoção integral da carga orgânica e de seus contaminantes;
4. Enxaguar com agua abundante;
5. Usar sempre EPI para manipular o produto.

Enzimático registrado no Ministério da Saúde nº 75347-5.

III – Secagem

- Utilizar compressas ou ar comprimido, conforme o instrumental.

V – Ter inspeção visual rigorosa

- Após o procedimento da lavagem manual, verificar atentamente se todos os artigos estão inteiramente limpos sem resíduos.

Lista de Produtos Médico-Hospitalares de uso único.

NAO REPROCESSAR

1. agulhas com componentes plásticos;
2. agulhas para biopsia;
3. agulhas para esclerose;
4. agulhas para sutura com fundo falso;
5. anuscópios plásticos;
6. aventais descartáveis;
7. bisturi para fonte gerador de energia, para corte ou coagulacao, com ou sem aspiração e irrigação;
8. bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo;
9. bolsa coletora para espécimes cirúrgicos;
10. bolsa de sangue;
11. bomba centrifuga de sangue;
12. campos cirúrgicos descartáveis;
13. cânula de intubação oro e naso traqueal e brânquicas;
14. cânula plástica de traqueostomia;
15. cateter de Domia Basket;
16. cateter para embolectomia tipo Fogart;
17. cateter para oxigênio;
18. cateter para termodiluição (swan ganz / similares);
19. cateter para ureter;
20. cateteres de dialise peritoneal de curta e longa permanência;
21. cateteres e válvulas para derivação ventricular;
22. cateter de balão intra-aórtico;
23. cateteres para infusão venosa com lume único duplo ou triplo periféricos ou centrais;
24. clips de aneurisma permanente;
25. cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
26. coletores de urina de drenagem aberta ou fechada;
27. coletores poliméricos para secreções;

PROTOCOLO
FLS Nº
197
FURG

28. compressas cirúrgicas descartáveis;
29. conjuntos de tubos para uso em circulação extra-corpórea;
30. dique de borracha para uso odontológico;
31. drenos em geral;
32. embalagem para esterilização de qualquer natureza;
33. equipos descartáveis de qualquer natureza
34. escalpes;
35. escova para degermação das mãos;
36. escovas ginecológicas ou endocervicais;
37. espéculos vaginais plásticos;
38. expansores de pele com válvula;
39. extensores de drenagem naso-gástrica, torácica ou urinária;
40. extensores para bomba de infusão e bomba de seringa
41. extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos com torneirinhas multivias plásticas;
42. filtros (para) de cardioplegia;
43. filtros (para) de veia cava;
44. filtros de linha para sangue arterial;
45. fio guia com superfície não contínua ou espirilada;
46. fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
47. fios epicárdicos do marcapasso;
48. grampeadores circulares para sutura mecânica ou aqueles cujas cargas não podem ser trocadas;
49. grampeadores para sutura mecânica de todos os tipos
50. hemoconcetradores
51. injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
52. lâmina de shaiver reta e com curvatura;
53. lâminas descartáveis de bisturi;
54. lancetas de hemoglicoteste;
55. lençóis descartáveis;
56. lentes de contato descartáveis;
57. luvas cirúrgicas;
58. luvas de procedimento;
59. marcapasso permanente;
60. materiais com lume metálico ou não com fundo cego ou com diâmetro inferior a 1mm, independente do comprimento;
61. obturadores para coletores do tipo Foley;
62. outras sondas;
63. oxigenador de bolhas;
64. oxigenador de membrana;
65. pera de borracha para aspiração e irrigação cirúrgica;
66. pinças de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistidas;
67. placa neutra de bisturi dispensadora de energia;
68. placas metálicas e parafusos;
69. próteses com materiais porosos;
70. punch cardíaco plástico;

	71. reservatório venoso para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiotomia; 72. saco coletor de urina infantil; 73. sensores de pressão intra-craniana; 74. seringas com dispositivos acoplados para a medida da pressão; 75. seringas plásticas (exceto de bomba injetora de contraste radiológico); 76. sonda de aspiração; 77. sondas gástricas; 78. sondas naso-entéricas; 79. sondas naso-gástricas; 80. sondas retais; 81. sondas uretrais; 82. sondas vesicais; 83. sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia; 84. tesoura para bisturi harmônico de 5 mm longo ou curto; 85. torneira multi-via não metálica; 86. transdutores de pressão sanguínea (sistemas fechados); 87. trocater com válvula de qualquer diâmetro.
PROTOCOLO DE LIMPEZA LIMPEZA MANUAL	**Limpeza Manual** - E a limpeza executada através de fricção com escovas e uso de soluções de limpeza. **Recomendações:** - Restringir a limpeza manual para artigos delicados, que não possam ser processados por métodos mecânicos; - Empregar, preferencialmente, soluções enzimáticas para a limpeza; - Utilizar EPI's adequados: luvas grossas de borracha antiderrapantes, aventais impermeáveis, botas, gorro, protetor facial; - Utilizar escovas não abrasivas; - Fazer diariamente a limpeza das escovas e substituição das que estiverem em más condições de uso.
Rotina de Guarda de Material Estéril e Distribuição	- Todo material estéril devera ser guardado em armário fechado, em local arejado, protegido da luz solar direta, de preferencia distante de janelas; - Quando não for possível que o material seja guardado em armário fechado, devera ser guardado em local arejado, coberto com um tecido, também distante de janelas e protegido da luz solar direta; - Após aguardar o resfriamento dos materiais, após a esterilização, os mesmos deverão ir para o armário conforme identificação, caso não haja resfriamento dos mesmos, deposita-los em superfície coberta com tecido para que não ocorra choque térmico, consequentemente invalidando a esterilização; - Ao retirar da autoclave materiais em papel grau cirúrgico, verificar se os mesmo não estão molhados e em caso positivo,

	desempacotar e encaminhar para reesterilização; - Após retirar da autoclave os materiais, observar novamente o indicador de esterilização (fita autoclave) e assim poder guardar com segurança os materiais; - Os materiais esterilizados mais recentemente devem ser guardados mais ao fundo do armário, e os materiais com datas menos recentes para frente do armário; - Antes de guardar o material, verificar as condições de embalagem e em caso de danos, desempacotar e voltar para o setor de preparo para passar por esterilização novamente; - Tomar o cuidado de não superlotar os espaços internos dos armários, pois tal conduta pode favorecer o dano das embalagens. - Deve-se respeitar um espaço para aeração entre os materiais; - O funcionário responsável pela guarda e distribuição do material estéril, devera semanalmente verificar a data de validade dos materiais que estão guardados; - se estiverem com data vencida encaminhar pra o setor de preparo (desempacotas, por campos para lavar e empacotar novamente); - O funcionário neste mesmo dia acima citado, ou quando julgar necessário, poderá proceder a limpeza da superfície dos armários com pano úmido embebido em álcool 70%; - Distribuir os materiais para cada clinica de acordo com o pedido feito no impresso. - anotar o que foi fornecido e assinar nome legível.
Rotina para Receber Material dos Setores e Sterileno	**Sala de Guarda de Material Estéril:** - Guardar o material no local adequado; - Proceder a assepsia de toda a sala diariamente; - Verificar a necessidade de material para as cirurgias, conforme o mapa de cirurgia, montar o carrinho; - Receber o material da CME. Verificar data de validade e colocar nas prateleiras sempre sob o material mais antigo; - Diariamente verificar validade do material e, se necessário, encaminhar para reesterilizacção.
Rotina Ácido Peracético	**Definição:** - Usado em nosso serviço para desinfecção de alto nível, área do expurgo destinada ao processamento ao lado da CME do Regional. - A desinfecção de alto nível e realizada nos materiais inalatórios, após limpeza com detergente enzimático conforme já orientado. - Após limpeza com detergente enzimático, secar o material com ar comprimido e/ou compressa. - Imergir no ácido peracético por 10'; - Retirar e enxaguar com agua filtrada; - Secar; - Embalar e guardar. **Preparo Ácido Peracético:**

	Forma de apresentação: - Galão - Ativador - Abrir o tubeti e despejar o liquido dentro do galão, agitar o mesmo e aguardar por 30' para uso; - Após 30' antes de imergir o material, testar com a fita própria a ativação do mesmo; - A fita ficara marrom em 10 segundos (+ ou -), indicando que o mesmo está pronto para uso; - O teste devera ser realizado toda vez que o acido for usado. - O mesmo tem vida útil de cerca de 21 dias; - Após 21 dias o mesmo poderá ser desprezado em esgoto normal (ralo do setor).

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Central de Material.
		Data desta Revisão:	
ROTINA	10. ENCAMINHAMENTO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZACAO POR ÓXIDO DE ETILENO		
AGENTE	Ação		
Objetivo	- Manter padronizado e centralizado o controle de materiais esterilizados por óxido de etileno.		
Procedimentos	- Encaminhar o material limpo e embalado para a Central de Materiais Esterilizados (CME) na nota da empresa, discriminando item por item; - Entrega de segunda a sábado no período da manha, a partir das 7:00 h. Os funcionários dos setores devem encaminhar para a CME os materiais e aguardar a conferencia dos mesmos; - O material que não será esterilizado por óxido de etileno será devolvido ao funcionário responsável, e, se possível, esterilizados pela CME: - A entrega de materiais esterilizados em oxido de etileno não sofre alterações.		

IGES	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Centro Cirúrgico.
		Data desta Revisão:	

ROTINA 11. CENTRO CIRÚRGICO

AGENTE Ação

Objetivo

- Manter padronizado e centralizado o controle de materiais esterilizados por óxido de etileno.

Enfermagem

- A enfermeira devera designar a sala para as cirurgias eletivas, anotando no quadro cirúrgico.
- Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos.
- Solicitar e testar a aquisição de novos equipamentos e materiais em conjunto com o setor de compra da instituição.
- Implantar programas de melhoria da qualidade dos serviços prestados.
- Desenvolver o sistema de assistência de enfermagem ao paciente (no pré-operatório imediato, trans-operatório e pós-operatório imediato).

FUNCAO

- Elaborar, normatizar rotinas (protocolos das condutas) do setor, encaminha-los a diretoria de enfermagem para posterior analise e aprovação. Coordenar as atividades do auxiliar de enfermagem do seu setor, assim como controlar assiduidade, pontualidade e disciplina.
- Elaborar as escalas de plantão do mês seguinte e pedido de ferias e encaminhar para a diretoria de enfermagem.
- Detectar eventuais necessidades de seu setor, encaminhando-as a diretoria de enfermagem.
- "Vistar" todos os atestados dos seus funcionários encaminha-los para ciência da diretoria de enfermagem.
- Comunicar eventuais necessidades ou irregularidades.
- Organizar agendamento prévio das cirurgias, distribuindo-as de maneira mais logica por sala, horário e dia.
- Distribuir os funcionários do setor de acordo com as atividades que estão sendo desenvolvidas.
- Elaborar normas para acesso de pessoas estranhas ao c. cirúrgico.
- Suspender cirurgias justificando o motivo, estabelecendo condições para sua remarcação.
- Coordenar o andamento das cirurgias, auxiliando a suprir eventuais necessidades.
- Disciplinar o tipo e condições de uso de roupas, de todos que utilizam o centro cirúrgico.
- Zelar pela adequada qualidade e manutenção dos equipamentos em uso.

PROTOCOLO 1922 FUNC

Circulante de Sala	- Ao receber o plantão, o auxiliar de enfermagem deve proceder a assepsia da sala cirúrgica (móveis e foco). - Verificar a cirurgia que será realizada em sua sala através do mapa cirúrgico, em caso de eletiva. - Em caso de urgência, manter a sala com material básico após a assepsia. - Ao se orientado pela enfermeira sobre a cirurgia a ser realizada na sala, pegar o carro com o material específico e levar para a sala. - Montar o carrinho de anestesia com o material necessário. - Verificar o que esta sendo requisitado no Aviso de Cirurgia, providenciar, testar os equipamentos e luzes da sala. - Montar a sala conforme a técnica. - Receber o paciente cordialmente ao chegar na sala; acomoda-lo na mesa e monitora-lo. - Colocar perneiras, quando necessário. - Abrir a folha de gasto e preenche-la corretamente. - Auxiliar o anestesista no que for necessário. - Auxiliar na paramentação de cirurgiões. - Atender a solicitação do instrumentador quanto a fios e instrumentais que se fizerem necessários. - Manter a ordem na sala (controle de compressas, etc.) - Se houver gasto de material em consignação, preencher o cabeçalho (passar para o médico completar assim que terminar a cirurgia). - Ao termino da cirurgia, auxiliar o anestesista a retirar as pecas, eletrodos, placas, bisturi elétrico e oximetro, etc. - Transferir o paciente para a maca com segurança e encaminhar o paciente para a SRPA, com todas as anotações feitas. - Colocar os campos, compressas e aventais usados em sacos plásticos (peca por peca), observando atenciosamente se não esta enviando pinça junto com o campo para a lavanderia (cuidado também com o lixo) e perfurocortantes. - Conferir os instrumentais e abri-los todos, exceto Backaus e Pozzi, colocando dentro da caixa perfurada e cobrir com campo limpo. A lâmina do bisturi deve ser retirada. - Encaminhar o material para a Central de Material. - Identificar peca de anátomo-patológico e deixa-lo junto com o pedido na caixa própria. - Caso haja material colhido para cultura, providenciar imediatamente seu encaminhamento com seu respectivo pedido. - Levar o hamper para o local a ser recolhido pela lavanderia. - Avisar equipe da limpeza para proceder a limpeza da sala e recolhimento do lixo. - Retornar a sala apos a limpeza e proceder a nova assepsia na mesma técnica. - Remontar a sala com material básico.

PROTOCOLO / SES
FLS 923
FUNC

4.2.7.2 Manual de Normas e Rotinas

Normas Gerais para Visitantes e Acompanhantes

Horário de visitas:

Enfermaria – das 16 às 17 horas;

UTI - das 15 às 16 horas e das 19h30 às 20 horas.

Somente duas pessoas, de cada vez, poderão entrar para a visita.

Horário de troca de acompanhante:

Manhã: das 8 horas às 9 horas,

Tarde: de 13 às 14 horas e Noite: de 19:30 às 20:30 horas.

Boletim médico:

Pacientes internados nas enfermarias – o boletim é informado na recepção central e telefonia a partir das 10 horas;

Pacientes internados na UTI – o boletim é informado a partir de 07h e às 19h pela recepção central.

Normas:

- Não é permitida a entrada de crianças até doze (12) anos de idade nas dependências do hospital. Exceto com autorização.

Exceto os pacientes de serviços especializados (otorrinolaringologia, endocrinologia, odontologia, urologia, ortopedia, fonoaudiologia, neurologia e outros).

- É proibido fumar no Hospital (Lei Federal 9294/96).
- Não será permitida a entrada de travesseiros, lençóis, cobertores, colchonetes, nas enfermarias.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº
924
FUNC

- Não é permitido entrar com alimentos no Hospital exceto nos casos avaliados e autorizados pela de Nutrição.

Informações para Visitantes de Enfermarias:

- Será permitida a entrada de visitantes nas enfermarias maiores de doze (12) anos de idade acompanhados do seu responsável;
- Visitantes maiores de sessenta (60) anos, que apresentam problemas de saúde, deverão estar acompanhados de um familiar;
- Não é permitido que o visitante circule em outras alas e enfermarias além daquela que o paciente está internado;

Informações para Visitantes da UTI:

- Será permitido entrar na UTI maiores de doze (12) anos, acompanhados por responsável. Exceções os casos avaliados e autorizados pela equipe técnica da psicologia.
- Visitantes maiores de sessenta (60) anos, que apresentam problemas de saúde, deverão estar acompanhados de um familiar.
- Nas situações de intercorrências serão suspensas as visitas.
- Só será permitido entrar com roupas e objetos de higiene pessoal do paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem.

Informações para Acompanhantes:

O usuário terá direito a 01 (um) acompanhante a ser solicitado pela enfermagem, havendo necessidade.

- Só é permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em impresso anexo, preenchida, assinada e carimbada pelo (a) enfermeiro (a) supervisor.
- Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentarem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes.
- Só é permitido acompanhante a partir de dezoito (18) anos de idade.

PROTOCOLO/SES
FLS Nº 1925
TURC

Admissão de Pacientes

A admissão de pacientes somente será realizada mediante a liberação do leito por parte do (a) enfermeiro (a) supervisor (a) do setor.

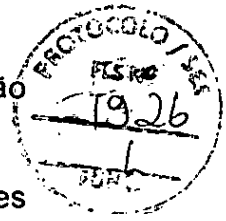
O leito deverá passar por limpeza e desinfecção conforme recomendações básicas para limpeza, desinfecção de ambiente, artigos e roupas da CCIH.

Recomendações importantes:

- Não admitir paciente clínico com paciente cirúrgico;
- Não admitir pacientes cirúrgicos com pacientes portadores de feridas infectadas;
- Não admitir pacientes com ferida operatória infectada com pacientes cirúrgicos não infectados ou em pós-operatório imediato (POI);
- Caso o paciente necessite de isolamento seguir recomendações da Rotina de Biossegurança da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

Procedimento:

- Receber o paciente na unidade de internação;
- Conferir o prontuário quanto ao nome completo do paciente, número do leito e registro hospitalar;
- Verificar prescrição ou necessidade de isolamento;
- Observar higiene do paciente;
- Encaminha-lo ao banho de aspersão ou realizar banho no leito, se necessário;
- Oferecer pijama ou camisola da instituição;
- Verificar sinais vitais;
- Orientar o paciente quanto as normas da instituição;
- Conferir o preenchimento completo dos cabeçalhos dos impressos;
- Fazer admissão do paciente no prontuário com: horário da admissão, motivo da internação, sinais vitais, estado do paciente;



- Comunicar ao serviço de nutrição e dietética sobre a internação informando o nome, leito e tipo de dieta;
- Se houverem pedidos de exames, encaminhá-los aos setores competentes;
- Organizar o prontuário para facilitar o manuseio pela própria enfermagem;
- Em caso de paciente cirúrgico fazer o preparo pré-operatório indicado a cada procedimento, seguindo recomendações da Rotina de Controle de Infecção de Sítio Cirúrgico da CCIH.

Solicitações de Exames

- Conferir a solicitação no pedido de exames devidamente preenchido e carimbado pela equipe médica;
- Agendar os exames conforme solicitação e anotar data e hora no pedido;
- Observar e orientar o paciente quando necessário jejum ou outros preparos para o exame;
- Encaminhar o paciente ao setor de exames, quando solicitado, acompanhado pelo maqueiro;
- Em caso de coleta de amostras de urina, fezes e/ou escarro, fornecer o pote coletor, devidamente identificado, orientando o paciente sobre os cuidados para coleta, na noite anterior ao exame;
- Em caso de exames laboratoriais solicitar a coleta ao setor de laboratório.

Observações:

- Para realização de exames a serem feitos em outra instituição de pacientes do SUS, o pedido médico deve ser encaminhado ao serviço social para agendamento, juntamente com relatório médico justificando a necessidade da realização deste;
- Exames de alto custo deverão ser autorizados pelo auditor do SUS.

PROTOCOLO SES
FLS Nº 1927

Encaminhamento de pacientes do SUS para exames externos:

Procedimento:

- Conferir se o pedido médico está preenchido corretamente;
- Solicitar relatório médico justificando o exame, e preenchimento de termo de responsabilidade médica autorizando a remoção do paciente;
- Encaminhar o pedido ao Serviço Social para agendamento;
- Confirmar data e horário do exame e necessidade de preparo do paciente;
- Preencher solicitação de transporte via internet;
- Anotar na solicitação de transporte orientações sobre precauções adicionais para o paciente que será transportado;
- Solicitar o maqueiro e encaminhar o paciente;
- O paciente deverá ser acompanhado por um técnico de enfermagem;
- Observar orientações da Rotina de Biossegurança para Ambulância da CCIH.

Transferência de Pacientes.

Transferência Interna: Procedimento:

- Entrar em contato com o (a) enfermeiro (a) da unidade de internação para solicitar a vaga;
- Informar à enfermeira da unidade solicitada as condições do paciente;
- Conferir o prontuário, as anotações de enfermagem, exames e checagem de medicações anteriores;
- Conferir se o novo leito já está pronto (limpo, desinfetado e forrado);
- Acionar o maqueiro e encaminhar o paciente para a outra unidade;
- Fazer a transferência do paciente no sistema da;
- Encaminhar para internação o formulário próprio para lançar no sistema da Prefeitura a transferência de leito;
- Arquivar na chefia de enfermagem o formulário com o recebido da internação;
- Anotar no livro de enfermagem a transferência do paciente;

548 PROTOCOLO HSMG 19.28

- Comunicar ao serviço de nutrição e dietética sobre a transferência informando o nome e o número do novo leito;
- Solicitar a desinfecção terminal do leito ao Serviço de Higienização e Limpeza (SHL), observando que roupas e qualquer artigo utilizado na assistência ao paciente deverão ser recolhidos pela equipe da enfermagem;

Transferência para outras instituições:

Procedimento:

- Verificar a solicitação de transferência no prontuário do paciente, com assinatura do médico assistente e confirmação do contato de vagas entre os médicos de ambas as instituições. As vagas somente são negociadas entre médicos;
- Solicitar à central de vagas a transferência para que ela faça os devidos contatos e aguardar o retorno;
- Anotar no prontuário do paciente: hora, condições do paciente e acompanhamento familiar e de enfermagem;
- Solicitar o preenchimento de termo de responsabilidade médica autorizando a remoção do paciente, juntamente com o encaminhamento médico;
- Preencher solicitação de transporte via internet;
- Transportar o paciente na ambulância na presença de um familiar e de um profissional da enfermagem, de acordo com a gravidade do paciente;
- Observar cuidados de Biossegurança durante o transporte;
- Fechar o prontuário do paciente verificando se está completo;
- Providenciar a limpeza terminal do leito;
- Anotar no livro de enfermagem a transferência do paciente;
- Encaminhar para internação o formulário próprio para lançar no sistema a alta hospitalar por transferência;
- Arquivar na chefia de enfermagem o formulário com o recebido da internação.

Alta Hospitalar

Procedimento:

- Conferir se a alta hospitalar está assinada pelo médico assistente;
- Realizar evolução de enfermagem referente à alta do paciente;
- Preencher o aviso de alta em duas vias;
- Avisar aos familiares e/ou responsável sobre a alta e aguarda o seu comparecimento para liberar o paciente;
- Acompanhar o paciente até a saída;
- Solicitar que o familiar ou responsável assine o aviso de alta;
- Solicitar que o funcionário do atendimento assine o aviso de alta e lance no sistema, deixar a 2º via com o mesmo e anexar a 1º via ao prontuário;
- Recolher e anotar no livro de enfermagem a alta do paciente;
- Encaminhar roupas e artigos usados na assistência ao paciente ao expurgo e hampers;
- Solicitar a desinfecção terminal do leito ao Serviço de Higienização e Limpeza.

Óbitos

Procedimento:

- Providenciar declaração de óbito para ser preenchida pelo médico que assistiu ao óbito em 03 vias
- Comunicar aos familiares;
- Colocar biombos se necessário;
- Fazer tamponamento apenas dos orifícios que estiverem drenando secreções;
- Solicitar cobertura para óbitos na farmácia;
- Retirar a roupa do paciente;
- Retirar sondas e cateteres se houver;
- Trocar curativos se necessário;
- Alinhar o corpo do paciente, unir as mãos e conter com ataduras, e fixar a mandíbula com atadura se necessário;



- Colocar etiqueta na pele do paciente com: nome completo, leito, médico responsável, data e hora do óbito;
- Colocar o corpo na cobertura para óbitos e colocar nova etiqueta;
- Solicitar maqueiro para transporte do corpo para o necrotério;
- Organizar os pertences do paciente e entregar à família;
- Anotar o óbito no prontuário do paciente;
- Marcar o óbito no censo de controle e registro de enfermagem;
- Lançar o óbito no sistema;
- Encaminhar para internação o formulário próprio para lançar no sistema da Prefeitura e/ou Convênios a alta hospitalar por óbito;
- Anotar o óbito no prontuário do paciente;
- Solicitar a desinfecção terminal do leito;
- Preencher a ficha de identificação de cadáver;
- Lançar o óbito no livro de declaração de óbito;
- O (a) enfermeiro (a) do setor deverá entregar a via amarela, junto com o formulário da SEMMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social para a pessoa responsável pelo corpo;
- Orientar a família sobre os procedimentos para sepultamento, conforme orientações do "folder de óbitos";
- Arquivar a via branca na chefia de enfermagem para posteriormente ser encaminhadas para Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- Arquivar a via rosa dentro do prontuário do paciente para ser arquivada;
- O (a) enfermeiro (a) do setor deverá entregar o corpo no necrotério para a funerária;
- O responsável pela funerária assina a ficha de identificação do cadáver e o enfermeiro assina e recebe uma via da ficha da funerária;
- A ficha de identificação e a via da funerária deverão ser arquivadas no prontuário do paciente;
- A secretária da enfermagem deverá conferir os papeis do óbito e arquivar no prontuário, sendo: a ficha rosa da declaração de óbito, a ficha de identificação do cadáver e a ficha da funerária, caso não estejam no mesmo;

- O óbito deverá ser lançado na estatística da Comissão de Óbito pela secretária da enfermagem;



Recomendações importantes:

Em caso de morte violenta, encaminhar o corpo ao Instituto Médico Legal (IML), em caso de Feto Morto acima de 500gr e paciente sem diagnostico fechado (ex: menos de 24 horas de internação), encaminhar o corpo ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), nestes casos o médico deverá preencher o encaminhamento ao IML ou SVO.

Instituto Médico Legal – IML ou Serviço de Verificação de Óbito - SVO

Em caso de IML ou SVO

Solicitar que o médico preencha o encaminhamento no formulário próprio do IML/SVO;

- Entregar o encaminhamento médico (via branca) à família em caso de IML;
- Encaminhar a família ao distrito policial mais próximo à instituição juntamente com o encaminhamento médico para registrar a ocorrência;
- Solicitar à família que leve uma das vias ao IML para recolhimento do corpo;
- Registrar o óbito no livro de declaração de óbito da enfermagem;
- Preencher a ficha de identificação de cadáver;
- Entregar o corpo ao IML, após a devida identificação do mesmo;
- Solicitar que o responsável pela coleta do corpo assine a ficha de identificação de cadáver;

Em caso de SVO, a enfermeira deverá ligar no Serviço de Verificação de Orbito, e comunicar o óbito e solicitar a remoção do corpo, não sendo necessário entregar nenhuma via do formulário para a família;

Registrar o óbito no livro de declaração de óbito da enfermagem;

PROTOCOLO / SES
FLS Nº
193
FUNC

- Preencher a ficha de identificação de cadáver;
- Entregar o corpo ao SVO juntamente com a via branca do formulário, após a devida identificação do mesmo;
- Solicitar que o responsável pela coleta do corpo assine a ficha de identificação de cadáver;

A secretária de enfermagem deverá conferir e anexar no prontuário a ficha de identificação de cadáver e encaminhamento do IML/SVO e lançar o óbito na estatística da Comissão de Óbitos;

Observação:

- Não está autorizada a visita de familiares ao necrotério;
- Se observada a necessidade, solicitar a desinfecção terminal do necrotério ao funcionário do SHL.

Verificação de Sinais Vitais

Temperatura

A temperatura indica o nível de calor a que chega o corpo. A temperatura normal do corpo é mantida pelo equilíbrio entre a produção e eliminação de calor. O calor é gerado por processo metabólico e é distribuído no organismo pelo sangue por meio dos vasos sanguíneos.

O organismo perde calor por radiação e condutibilidade da pele, por evaporação do suor, por evaporação pulmonar, durante o processo de respiração, pela urina, pelas fezes e pela saliva.

Horas de verificação: 08h00min, 14h00min, 18h00min, 24h00min, 06h00min e sempre que necessário, ou conforme prescrição médica.

Há alguns fatores que alteram a temperatura:

- Fatores fisiológicos;
- Idade;
- Processos inflamatórios e infecciosos;

PROTOCOLO ISSG
FLS Nº 1933
FUNC

- Fatores patológicos;

Variação de temperatura:

- Hipotermia – menor ou igual a 35ºC
- Temperatura Fisiológica – 35,5º a 37ºC
- Estado febril- 37,5º a 38,0º C
- Febre – 38,0º a 39ºC
- Pirexia-39,0º a 40ºC
- Hiperpirexia- 40,0º a 41º C

Definição de febre:

A febre é a modificação patológica da temperatura. É uma reação do organismo diante de determinada agressão que pode ser de origem infecciosa, neurogênica, desidratação ou tóxica.

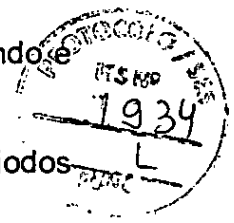
Observação:

- Não é necessário o uso rotineiro de luvas de procedimentos para verificação de sinais vitais, exceto para pacientes em precauções de contato;
- Retirar as luvas imediatamente após o uso e lavar as mãos em seguida e entre um paciente e outro;
- Usar um par de luvas de procedimentos para cada paciente, quando indicado.
- Para pacientes em precauções de contato individualizar estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro;
- Observar orientações da Rotina de Biossegurança da CCIH;

Classificação da febre:

- **Contínua**- não há grandes oscilações diárias, permanece em um mesmo nível;
- **Remitente**- há oscilação diária;

- **Intermitente**- manifesta-se geralmente às mesmas horas aparecendo e desaparecendo com intervalo de dias e semanas;
- **Ondulante**- alterna períodos de febre e sem febre. Esses períodos variam de dois a três dias.



Material necessário para verificação da temperatura:

Bandeja contendo:

- 01 recipiente com algodão seco;
- 01 recipiente com álcool a 70%;
- 01 recipiente para o algodão usado;
- Caneta e papel para anotações;
- 01 termômetro;

Axilar

Esta técnica é contraindicada nas queimaduras de tórax, fraturas de membros superiores, pacientes muito magros e lesões axilares.

Procedimento:

- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Enxugar a axila do paciente ou orienta-lo fazer;
- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35° em caso de termômetros não digitais.
- Colocar o termômetro na axila de forma que fique o bulbo em contato com a pele;
- Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto.
- Após cinco minutos retirar o termômetro;
- Fazer a leitura;
- Anotar o valor da temperatura;
- Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- Desprezar o algodão sujo;
- Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina.

555 19 35 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Oral ou bucal

Esta técnica somente é indicada quando os termômetros são individuais e quando não houver contraindicação, como: intervenções cirúrgicas na boca, inflamações na boca, pacientes inconscientes, crianças.

Procedimento:

- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35° em caso de termômetros não digitais.
- Colocar o termômetro embaixo da língua do paciente;
- Pedir para que o paciente cerre os lábios, firmando o termômetro no canto da boca.
- Após cinco minutos retirar o termômetro;
- Fazer a leitura;
- Anotar o valor da temperatura;
- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e guarda-lo junto aos artigos do paciente;
- Abaixar a coluna de mercúrio para 35°C;
- Desprezar o algodão sujo;
- Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina;

Retal

É o mais eficiente entre os métodos de verificação de temperatura. Usado nos casos de impossibilidade de utilizar a técnica bucal e axilar. O termômetro deve ser de uso individual.

É contra indicado em pacientes que sofreram cirurgia retal, perineal e inflamações no reto e ânus.

Procedimento:

- Colocar o paciente na posição de Sims – decúbito lateral esquerdo com perna direita flexionada;
- Lubrificar a ponta do termômetro (ex: óleo mineral);

PROTOCOLO
FLS Nº 1936

- Introduzir a ponta do termômetro no reto;
- Após cinco minutos retirar o termômetro;
- Fazer a leitura;
- Anotar o valor da temperatura;
- Lavar o termômetro com água e sabão;
- Passar álcool a 70% e guarda-lo junto aos artigos do paciente;
- Desprezar o algodão sujo;
- Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina;

Observação:

A temperatura também pode ser verificada na região inguinal, sob o queixo e o joelho, caso haja contra indicação nas regiões citadas anteriormente.

4.2.7.3 Normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

ARTIGOS, ROUPAS E AMBIENTES - RECOMENDAÇÕES PARA EQUIPE ASSISTENTE.

INTRODUÇÃO

Os mecanismos de controle de infecção foram evoluindo ao longo da história e os processos de limpeza foram aperfeiçoando-se, adquirindo critérios técnicos fundamentados no modo de transmissão das doenças e nos princípios de assepsia.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) interagem com a Central de Material e Esterilização (CME), Serviço de Higienização e Limpeza (SHL) e Serviço de Processamento de Roupas (Lavanderia) quanto à:

- Indicação e Avaliação dos produtos que serão utilizados nas atividades destes serviços, em função da eficiência e eficácia, considerando a documentação exigida pela ANVISA;

- Participação no processo de elaboração e atualização do Manual Operacional Padrão para estes setores, visando assegurar o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;
- Orientação técnico-científica dos supervisores, de forma a garantir a implantação das normas e rotinas elaboradas para estes setores;
- Participação do programa de treinamento destas equipes de forma a garantindo o cumprimento das normas e rotinas da CCIH.

Conceitos Aplicados:

- **Assepsia:**

É o conjunto de medidas que permitam manter um ser vivo ou meio inerte, isento de bactérias.

* Procedimento Asséptico: procedimento realizado com o emprego de um conjunto de medidas utilizadas para impedir a penetração de microorganismos (contaminação) em local que não os contenha.

- **Anti-sepsia:**

É o processo de eliminação ou inibição do crescimento dos microrganismos na pele e mucosas. Realizada através de anti-sépticos bactericidas (destrói as bactérias nas formas vegetativas) ou bacteriostáticos (inibem o crescimento das bactérias).

* Refere-se à desinfecção de tecidos vivos com anti-sépticos.

- **Anti-sepsia cirúrgica das mãos:** é o processo que remove e destrói microrganismos transitórios, e reduz a flora residente das mãos dos profissionais que atuarão no campo operatório;
- **Degermação:** remoção ou redução de bactérias da pele por limpeza mecânica e agente químico (anti-séptico com sabão);
- **Cuidados na Conservação dos anti-sépticos:** proteger as soluções da exposição à luz sólar direta ou à temperaturas elevadas; fracionar as soluções em pequenos frascos, possibilitando individualização do uso e

consumo rápido do produto; estabelecer rotinas de troca (esvaziamento, limpeza e desinfecção) de almotolias reenvasáveis, identificando-as com tipo de anti-séptico e data do envase (ver Rotina de Desinfecção de Almotolias e Saboneteiras).

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS

A Central de Material e Esterilização - CME é a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos. Portanto, todos os instrumentais cirúrgicos a serem utilizados nos procedimentos realizados na instituição, deverão ser esterilizados por este setor.

Dinâmica e Fluxo na Central de Material e Esterilização:

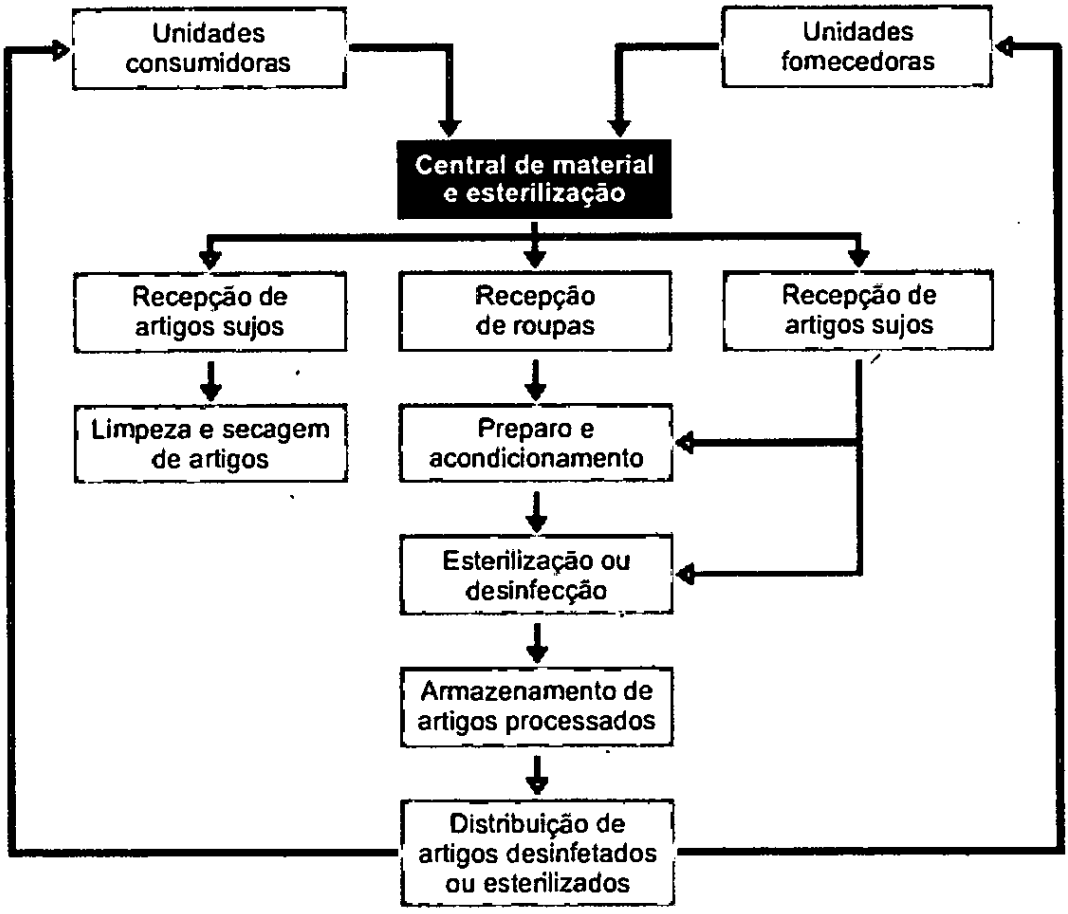
A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

Fluxo unidirecional da CME

ÁREA SUJA	ÁREA LIMPA	ÁREA ESTÉRIL
Expurgo	Preparo de material e carga da autoclave	Retirada de material da autoclave e guarda do material estéril

Fluxo unidirecional com barreira física entre as áreas

Fluxo unidirecional dos artigos na CME



Limpeza:

É o processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies, devendo ser realizada imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

- **Sabão Neutro:** facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza.
- **Sabão Enzimático:** remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos;



- **Desincrustante:** proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos artigos (exceto os microorganismos esporulados).

Tipo de Desinfecção:

- **Baixo Nível:** é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não-lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa microrganismos resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;
  - **Álcool 70%**: desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível*;
- **Médio Nível (Intermediário):** tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;
  - **Hipoclorito de sódio a 1%**: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;
- **Alto Nível:** destrói todas as bactérias vegetativas, micobactérias, fungos, vírus e parte dos esporos.
  - **Glutaraldeído**: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;
  - **Ácido Peracético:** desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível*;

Critérios de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de artigos, segundo Spaulding, 1968:

- **Artigos críticos**: penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;

PROTOCOLO / SES
FLS 1941
1
RUBRICA

- **Artigos semicríticos:** destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras.
- Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);
- **Artigos não críticos**: artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc).

Esterilização:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microorganismos presentes.

Reprocessamentos: É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção, esterilização;

Observação:

Caso se decida pelo re-processamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o artigo; identificação do artigo que foi re-processado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos;

Reesterilização: É o processo de artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida;

Tipos de Esterilização:

- **Esterilização Física / Autoclave:** Processo de esterilização que utiliza alta temperatura de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia. Devem ser esterilizados por este processo todos

PROTOCOLO / SES
FLS Nº
942

os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);

- **Esterilização Química:** É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termossensíveis. Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);
- **Esterilização Físico-Química / Óxido e Etileno:** é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termossensíveis que não podem passar por esterilização química).

Validade da Esterilização:

- **Papel Crepado:** 30 dias;
- **Papel grau cirúrgico:** 02 anos (ou de acordo com a validação do fabricante);
- **Tecido:** 07 dias (em autoclave);
- **Saco plástico / tecido:** 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);
- **Tecido:** imediato (esterilização química de material cirúrgico).

Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos). Os artigos de uso único não são passíveis de reeterilização e portanto sua reutilização é proibida

(Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).

Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;

PROTOCOLO 1963

- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial;

Lista de Produtos Médicos de Uso Único: *(Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).*

- Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
- Aventais descartáveis;
- Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
- Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade);
- Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
- Bolsas de sangue;
- Bomba centrífuga de sangue;
- Bomba de infusão implantável;
- Campos cirúrgicos descartáveis;
- Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
- Cateter de Balão Intra-aórtico;
- Cateter epidural;
- Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
- Cateter para oxigênio;
- Cateter para medida de débito por termodiluição;
- Cateter duplo J, para ureter;
- Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
- Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
- Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
- Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
- Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
- Compressas cirúrgicas descartáveis;
- Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;

- Dique de borracha para uso odontológico;
- Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
- Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
- Drenos em geral;
- Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
- Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
- Esponjas Oftalmológicas;
- Expansores de pele com válvula;
- Extensões para eletrodos implantáveis;
- Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
- Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
- Filtros de linha para sangue arterial;
- Filtros para cardioplegia;
- Filtros endovasculares;
- Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
- Geradores de pulso implantáveis;
- Hemoconcentradores;
- Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
- Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
- Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
- Lancetas de hemoglicoteste;
- Lentes de contato descartáveis;
- Luvas cirúrgicas;
- Luvas de procedimento;
- Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
- Oxigenador de bolhas;
- Oxigenador de membrana;

- Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
- Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, digestiva, neurológica, odontológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular.
- Punch cardíaco plástico;
- Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiotomia;
- Sensor débito cardíaco;
- Sensores de Pressão Intra-Craniana;
- Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico.
- Sondas de aspiração;
- Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo fouché;
- Sondas retais;
- Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
- Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
- Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
- Cúpula isoladas para transdutores de pressão sanguínea;
- Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
- Tubo de coleta de sangue;

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

- Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não armazená-los em baixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;
- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;

SES 1946 FLS. 2 RUBRICA PROTOCOLO

- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);
- Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;
- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O2);
- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;
- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverão ser encaminhados ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);
- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; Se contaminados deverão ser desprezados;
- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:
  - Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);
  - Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);
- Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado; armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo hospital, quando buscá-los na CME;
- Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso):
  - Horário de Funcionamento do Expurgo: 10h – 11:30h; 13h – 14h; 16h – 18h; 24h – 1h; 05:30h – 06:40h.
  - Coleta de Material:

PROTOCOLO FIS 1947

- Unidades de Internação (comadres, compadres e bacias): 10h e 17h;
- Centro Cirúrgico: 10h, 13h, 16h e 17h.

LIMPEZA, DESINFECÇÃO DE AMBIENTES

Classificação das Áreas Hospitalares:

Para facilitar o discernimento entre a necessidade de limpeza ou desinfecção, o ambiente hospitalar foi classificado de acordo com o risco de contaminação em áreas: Críticas, Semicríticas e Não-Críticas.

Áreas Críticas:

São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções:

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

Áreas Semicríticas:

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

- Enfermarias em geral;
- Isolamentos
- Ambulatórios;
- Pronto Atendimento;

- Salas de pequenas cirurgias;
- Sala de Curativos;
- Sala de procedimentos e/ou exames;
- Banheiros;

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;

Frequência da Limpeza:

- Em áreas críticas, duas vezes ao dia (ao iniciar os plantões) e quando necessário;
- Em áreas semicríticas uma vez ao dia e quando necessário;
- Em áreas não-críticas uma vez ao dia e quando necessário;

Limpeza e Desinfecção de Ambiente:

É importante diferenciar os termos limpeza e desinfecção, para evitar confusões que possam comprometer o processo de desinfecção.

- **Limpeza/lavagem**: é a remoção de sujidade do piso, de paredes, teto, mobiliário e equipamentos, utilizando-se água e detergente. Esse processo é fundamental para que a desinfecção se processe adequadamente. A limpeza mecânica com detergente elimina 80% dos

microrganismos e os desinfetantes químicos eliminam cerca de 90% a 95% destes.

- **Desinfecção:** é o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos.

Tipos de Limpeza:

- **Limpeza Concorrente:** é realizada diariamente, ou quando necessário, em todas as unidades, inclusive na presença de pacientes.
- **Limpeza Terminal:** é realizada após alta, óbito ou transferência do paciente. Tem por finalidade a redução da contaminação do ambiente, bem como a preparação segura e adequada para receber um novo paciente.

Tipos de Desinfecção:

- **Desinfecção Concorrente:** é realizada após contaminação com material orgânico (fezes, urina, vomito, sangue, secreções), antecedendo a limpeza das superfícies.
- **Desinfecção Terminal:** é realizada após limpeza terminal quando da alta, óbito ou transferência do paciente.

Soluções para Desinfecção de Superfície

- **Álcool a 70%** (Usado pela Equipe de Enfermagem).
  - O álcool a 70% é utilizado na Desinfecção Concorrente ou Terminal da unidade do paciente, devendo ser realizada pelo pessoal da enfermagem;
  - Na desinfecção terminal da unidade do paciente o álcool a 70% deverá ser usado após limpeza terminal realizada pelos funcionários do SHL;
  - O álcool a 70% é utilizado para desinfecção de equipamentos, bancadas, macas, superficies metálicas e etc.
- **Hipoclorito de sódio a 1%**

- É utilizado na desinfecção terminal e Concorrente de pisos, paredes e banheiros, não devendo ser utilizado em artigos metálicos;
- É utilizado na desinfecção terminal após a limpeza terminal;
- O Hipoclorito é utilizado na Desinfecção Concorrente ou Terminal das Áreas Críticas o Semicríticas, devendo ser realizada pelo pessoal do SHL após limpeza;

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem na Limpeza do Ambiente Hospitalar:

- Colaborar com o funcionário do Serviço de Higienização e Limpeza, quando o mesmo estiver realizando a limpeza do ambiente;
- Comunicar ao funcionário do Serviço de Higienização e Limpeza o momento certo de realizar a limpeza da unidade do paciente;
  - Quando alta transferência ou óbito;
  - Quando internação prolongada (de 15/15 dias).
- A enfermagem deverá desocupar o leito e solicitar a limpeza do mesmo nos casos de internação prolongada (15/15 dias);
- Solicitar a limpeza terminal da unidade do paciente sempre que necessário;
- Não utilizar sabonetes líquidos, de lavagem das mãos, para limpeza de equipamentos e superfícies;
- Utilizar sabão especifico entregue pelo Supervisor de higienização e limpeza;
- Semanalmente desocupar armários, gavetas e ambientes dos postos de enfermagem, para limpeza terminal a ser realizada pelos SHL;
- Esvaziar a geladeira para limpeza quinzenal e sempre que necessário. Fazer a desinfecção com álcool a 70% da geladeira após limpeza;
- Realizar a desinfecção de materiais, equipamentos, bancadas, armários, macas e da unidade do paciente com álcool a 70%;
  - Embeber o pano no álcool e fazer 03 fricções locais por 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente;
  - Manter o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura;

PROTOCOLO FLS Nº 1951

  - O prazo máximo para uso da solução, após a abertura, é de 07 dias;
  - Proceder a limpeza do local a ser limpo, com água e sabão, antes da desinfecção se o mesmo tiver presença de matéria orgânica (no caso de ser a unidade do paciente solicitar a limpeza ao funcionário do SHL);
- Recolher roupas, comadres, compadres e qualquer outro material utilizado na assistência ao paciente, para que o funcionário do SHL proceda à limpeza da enfermaria e da unidade do paciente:
  - No que diz respeito à unidade do paciente estão incluídos: a cama, o suporte de soro, a escadinha, a mesinha de cabeceira, a mesa de refeição, o cesto de lixo e demais mobiliários utilizados durante a assistência ao paciente.
- Na Hemodiálise a limpeza da unidade do paciente é responsabilidade da equipe de enfermagem: cadeira, máquina de diálise e outros equipamentos utilizados durante a seção;
- Estabelecer uma rigorosa rotina de limpeza e desinfecção do ambiente, entre cada procedimento; para locais destinados a realização de procedimentos limpos e contaminados;
- Ao realizar um procedimento contaminado, realizar limpeza e desinfecção do ambiente, antes da realização de outro procedimento;
- Em consultórios e/ou salas de procedimento estabelecer desinfecção das macas com água, sabão e álcool a 70% e troca de lençóis a cada paciente;
- Não realizar ao mesmo tempo procedimento limpo e contaminado, no mesmo ambiente.
- Priorizar a realização de todos os procedimentos limpos antes dos contaminados, quando utilizar o mesmo ambiente para ambos;

PROCESSAMENTO DE ROUPAS

A Unidade de Processamento de Roupa ou Lavanderia é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene,

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1992

qualidade e conservação a todas as unidades do hospital, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

As roupas utilizadas no hospital incluem lençóis, cobertores, toalhas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propés, capotes, gorros, dentre outros.

O Processamento de Roupas dentro da unidade hospitalar é de fundamental importância, pois envolve os seguintes aspectos:

- Controle das infecções;
- Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- Eficiência na assistência prestada por parte dos profissionais de saúde.

Processamento Geral das Roupas:

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

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 plásticos dos hampers são transparentes e 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.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1953

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 plástico 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.

Observação:

Como o carro de coleta do hospital não possui tampa, deve-se observar o fechamento adequado dos sacos plásticos, e respeitar a capacidade dos carros de coleta rigorosamente.

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

Na área suja da Lavanderia, a roupa é classificada e pesada 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 não realizada no hospital por falta de balança (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 é 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, etc.

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

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

O processo de Lavagem consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradável, 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.

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.

Observação:

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

Transporte e Distribuição da Roupa Limpa:

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

Particularidades:

- **Serviço de Quimioterapia:** Não há recomendação específica para o processo de lavagem de roupas contaminadas com antineoplásicos, no entanto, é fundamental a adoção de precauções padrão ao manipular roupa contaminada com esses medicamentos.
  - As roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia precisam ser acondicionadas e identificadas (Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material) para encaminhamento à Lavanderia;
  - O recolhimento das roupas dos pacientes e a manipulação antes de introduzir na lavadora devem ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar;
  - O uso de máscara de carvão ativado para a manipulação destas roupas é obrigatório.
- **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.

Esterilização das Roupas:

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

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos.

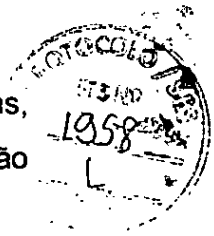
Roupas que serão submetidas à esterilização não poderão ser submetidas à calandragem ou passadoria a ferro.

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. Isso evitará a contaminação do ambiente, já que não possuímos carros com tampa;
- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de

contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de Enfermarias comum);

- A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia, deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar: acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda a roupa do paciente no lençol do leito fazendo uma "troxinha");
- Evitar que objetos perfurocortantes, instrumentais ou outros artigos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos hampers (aumenta risco de acidentes para os funcionários da lavanderia);
- 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 plásticos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;
  - A rotina de identificação dos hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados; 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.



- Não usar lençol e/ou campos como forro de mesas e/ou bancadas, devido ao número reduzido de enxoval e a necessidade de desinfecção frequente destes locais.
- O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada na unidade 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 adequada 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.

Observação:

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.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

01. ANVISA –. **Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos**.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 3º Ed. 120p, 2007.

02. ANVISA – **Resolução RDC nº 156** de 11 de Agosto de 2006: Dispõe sobre o registro, rotulagem e re-processamento de produtos médicos, e dá outras providencias.

03. ANVISA – **Resolução RE nº 2605** de 11 de Agosto de 2006: Estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados;

04. APECIH - **Esterilização de Artigo em Unidade de Saúde**. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2º Ed. 159 p, 2003.

05. CCIH / HC – Unicamp: **Normas para Utilização de Anti-Sépticos**. Universidade Estadual de Campinas, Hospital das Clínicas, 2000.

06. CGRSS / SCIH / CCIH –: **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Fevereiro / 2005.

07. SCIH / CCIH – **Rotina de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Fevereiro / 2006.

08. SCIH / CCIH – **Rotina de Prevenção de Pneumonias Hospitalares**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Fevereiro / 2006.

09. SCIH / CCIH – **Manual de Curativos**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Revisão / Agosto 2005.

10. SCIH / CCIH – **Rotina de Higienização e Limpeza do Ambiente Hospitalar**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Revisão / Março 2005.

11. SCIH / CCIH –. **Manual de Coleta Microbiológica**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Revisão / 2004.

12. SCIH / CCIH – **Rotina de Biossegurança e Precauções**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Junho / 2006.

13. SHL/ SCIH / CCIH – **Rotina de Higienização e Limpeza do Ambiente Hospitalar**. Serviço de Higienização e Limpeza / Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Março / 2006.

14. MARTINS, M.A. **Manual de Infecção Hospitalar e Epidemiologia: Prevenção e Controle**, 2º edição 2001.

Pulso

O pulso é verificado na artéria radial, pediosa, temporal e carótida. Basta tocar nos pontos anatômicos corretos para verificar o pulso do paciente. As artérias mais comuns para verificar o pulso são a temporal facial, carótida, braquial, umeral, radial, cubital, femural, inguinal, poplítea, pediosa e tibial posterior.

Há fatores que afetam o pulso normal, como:

Fisiológicos- emoções, exercícios físicos.

Patológicos- febre, lipotimia que aumentam ou diminuem a frequência cardíaca.

Alterações na frequência cardíaca

Bradiarritmia - pulso lento com menos de 60 batimentos por minuto.

Taquiarritmia - pulso rápido com mais de 120 batimentos por minuto

Ritmo cardíaco

Ritmo cardíaco é uniforme e com intervalos iguais. Quando há alterações, ocorrem as arritmias cardíacas.

O ritmo do pulso pode ser:

Regular – os batimentos cardíacos são uniformes;

Irregular – os batimentos cardíacos não uniformes;

Volume do pulso

O volume do pulso pode variar entre amplo e cheio ou pequeno e vazio. É caracterizado de acordo com a intensidade das contrações cardíacas.

Tensão das artérias

No pulso de tensão alta a artéria é dura, difícil de ser comprimida. No pulso de tensão baixa a artéria é mole, fácil de ser comprimida.

Procedimento:

- Manter o paciente em posição confortável, deitado ou sentado;
- Apoiar o braço, se o pulso verificado for radial;
- Colocar o dedo indicador e anelar no local e pressionar levemente, sem comprimir o local. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação poderá ser confundida com a do paciente;
- Contar o número de batimentos do pulso em um minuto;
- Comunicar ao enfermeiro ou médico qualquer alteração no ritmo cardíaco;
- Anotar a frequência, ritmo e volume de acordo com os horários indicados.

Respiração

É a troca de gazes entre o organismo e o meio ambiente que consiste basicamente na absorção de oxigênio, pela inspiração que permite a entrada de oxigênio nos pulmões, e a eliminação de gás carbônico, através da expiração que permite a saída do ar contido nos pulmões.

A respiração pode ser costal superior (mulher), costal inferior (homem) e abdominal ou diafragmática (criança).

Alteração na frequência respiratória

Taquipneia; - frequência respiratória rápida e superficial; **Polipnéia** – frequência respiratória aumentada e superficial; **Hiperpinéia** – frequência respiratória aumentada e profunda;

Bradpnéia – frequência respiratória lenta e com profundidade normal; **Oligopnéia ou hipopnéia** – frequência respiratória lenta e superficial; **Espanopnéia** – frequência respiratória lenta e profunda.

Ritmo

O ritmo pode ser normal e uniforme, nos casos de indivíduos sadios, chamado eupnéia, ou pode ser anormal, como descrito a seguir:

Apnéia – parada respiratória;

Cheyne-stoke – respiração que apresenta períodos de dispnéia, bradpnéia e apnéia. Os movimentos respiratórios aumentam e diminuem, e após uma pausa o ciclo reinicia. As fases de taquipnéia duram cerca de 30 segundos.

Kusmaul – é a respiração profunda e ruidosa, seguida de pausa, depois uma breve e queixosa expiração, seguida de nova pausa.

Biot – respiração periódica caracterizada pela presença de períodos de apnéia de duração variável de até 30 segundos. Pode ser repetida em intervalos regulares e irregulares.

Dispnéia – dificuldade de respirar. O paciente apresenta-se cianótico, com a pele em tom de cinza-azulado que se manifesta inicialmente em torno dos lábios e se estende para as extremidades de mãos e pés.

Procedimento

- Manter o paciente sentado ou deitado no leito;
- Ser natural, não deixando que o paciente perceba que sua respiração está sendo contada, pois pode causar-lhe ansiedade, o que pode alterar a frequência;
- Observar quando o tórax sobe e desce, ou os movimentos do abdômen e contar durante um minuto;
- Anotar o número de movimentos respiratórios por minuto;

PROTOCOLO 1963

- Comunicar ao enfermeiro ou médico qualquer alteração na frequência e ritmo respiratório.

Pressão Arterial

Definida como a pressão exercida nas paredes dos vasos sanguíneos pela força de contratibilidade do músculo cardíaco que bombeia o sangue.

Os fatores que determinam o grau de tensão sobre os vasos são:

- Força de contração do músculo cardíaco;
- Elasticidade das paredes arteriais;
- Resistência vascular periférica;
- Quantidade do sangue circulante;
- Viscosidade sanguínea.

Alguns fatores podem modificar a pressão arterial:

Fisiológicos – idade, sexo, postura, digestão, drogas;

Patológicos – convulsões, arteriosclerose, aumento da pressão intracraniana, hemorragias;

Locais para a verificação da pressão arterial:

- Braço – artéria braquial;
- Perna – artéria pediosa;
- Coxa – artéria poplítea.

Material:

- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Álcool a 70%;

PROTOCOLO / SES
FLS Nº
1964

Procedimento:

- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Preparar o aparelho;
- Testar o aparelho de PA;
- Colocar o paciente sentado, deitado em posição confortável ou de acordo com orientação médica;
- Apoiar sempre o braço aproximadamente na altura do coração;
- Ajustar o manguito ao braço acima do cotovelo;
- Sentir a pulsação da artéria braquial com as pontas dos dedos na parte anterior da articulação do cotovelo do paciente;
- Desinfetar as olivas do estetoscópio com algodão embebido no álcool antes de colocar nos ouvidos;
- Desinfetar o diafragma com algodão embebido no álcool antes e após colocar no paciente;
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial do paciente;
- Fechar a válvula de ar e insuflá-la rapidamente até que o movimento indique no manômetro 200mmHg aproximadamente.
- Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o número correspondente ao primeiro ruído – pressão sistólica máxima, e o segundo ruído – pressão diástole mínima;
- Nos casos de dúvidas, verificar novamente;
- Desprender o manguito;
- Anotar os valores pressóricos verificados;
- Após verificar os sinais vitais informar o paciente sobre os valores e deixá-lo confortável;
- Comunicar ao enfermeiro ou ao médico qualquer alteração na avaliação fisiológica da pressão arterial.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1965

Administração de Medicamentos

Introdução

A administração de medicamentos do HUGO deverá ter um processo que envolva uma sequência de ações a serem desenvolvidas pelo profissional de enfermagem, a fim de obter os melhores resultados junto ao paciente, sem desperdício de recursos. Durante a fase de preparo o profissional de enfermagem deve ter muita atenção para evitar erros, assegurando ao máximo que o paciente receba a medicação corretamente.

Recomendações Gerais

- Lavar sempre as mãos antes do preparo, administração e logo após o procedimento;
- Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;
- Concentrar a atenção no trabalho, evitando atividades paralelas, distrações e interrupções, que podem aumentar a chance de cometer erros;
- Ler e conferir o rótulo da medicação três vezes – quando pegar o medicamento, antes de colocar o medicamento no recipiente próprio para administração, e ao colocar o recipiente na prateleira ou desprezar o invólucro;
- Fazer desinfecção das ampolas e ou dos frascos antes de quebrar e ou aspirar à medicação;
- Preparar somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dosagem e via de administração;
- As medicações devem ser administradas sob prescrição médica, sendo, em casos de emergência, aceitável faze-lo baseado apenas em orientação verbal. Nesse caso, todas as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico posteriormente, quando a situação estiver sob controle;
- Identificar o medicamento preparado com o nome do paciente, número do leito, nome da medicação, via de administração e horário;

- Proteger a seringa ou frasco com medicamento para evitar contaminação, podendo ser usado o próprio invólucro se não contaminado;
- Observar o aspecto e as características da medicação antes de prepará-la; e antes de administrá-la;
- Utilizar bandeja devidamente limpa;
- Deixar o local de preparo de medicação sempre em ordem e limpo, utilizando álcool a 70% para desinfetar a bancada;
- Devolver no final do plantão os medicamentos não utilizados e em hipótese alguma acumular "sobras";
- Manter a bandeja sempre a vista durante a administração, nunca a deixando sozinha junto ao paciente;
- Antes de administrar o medicamento, conferir cuidadosamente a identidade do paciente;
- Permanecer junto ao paciente até que tome o medicamento;
- A administração do medicamento deve ser feita pelo profissional que o preparou;
- Não se deve nunca se esquecer de registrar o medicamento que o paciente tenha recebido (checar a medicação);
- Em caso de recusa do medicamento, o profissional de enfermagem deve relatar imediatamente o fato ao (a) enfermeiro (a) e/ou médico e anotá-la no prontuário.
- Convencionalmente em nosso meio, quando o medicamento não foi administrado por algum motivo, o horário correspondente é circundado, "bolado" à caneta e a justificativa anotada no prontuário do paciente;
- Utilizar luvas de procedimentos para medicações via sonda gástrica ou nasogástrica, via retal e parenteral;
- Nunca reencapar agulhas ou concitá-las da seringa para desprezar;

As luvas de procedimentos e o algodão devem ser desprezados na lixeira com saco branco leitoso, para lixo infectante, dentro da enfermaria do paciente, conforme Programa de Gerenciamento de Resíduos da CCIH.

1967

Vias de Administração de Medicamentos

Administração Oral

Material:

- 01 bandeja;
- 01 copinho;
- Medicamento prescrito;

Procedimento:

- Conferir a prescrição médica e medicação a ser administrada;
- Identificar os copinhos com o nome do paciente, nome da medicação, horário e número do leito;
- Lavar as mãos;
- Diluir o medicamento se necessário;
- Conferir novamente a medicação e prescrição médica verificando data, paciente, hora, via de administração e dose;
- Levar a bandeja de medicação junto ao leito do paciente;
- Perguntar o nome do paciente sem sugestionar;
- Oferecer o medicamento;
- Observar se o paciente ingeriu a medicação;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;

Cuidados importantes:

- Agitar o frasco de medicamento líquido antes de entorná-lo pelo lado oposto ao do rótulo, evitando assim, que o líquido escorra sobre ele, tornando difícil a leitura;
- Os frascos multi-doses deverão ser diluídos quando abertos:
- Frascos multi-doses que ficam "estocados" no posto, verificar sempre a data de validade e condições de armazenamento antes de administrá-lo ao paciente. Se necessário trocar o frasco na farmácia;

- Segurar o recipiente graduado (copinho) e vidro ao nível dos olhos para despejar o líquido até a altura correspondente à dose, facilitando desse modo a colocação precisa do medicamento;
- Colocar comprimidos, drágeas ou cápsulas no recipiente sem tocá-las diretamente com a mão;
- Se houver dificuldade na identificação do medicamento, não administrá-lo.
- Devolva-o à farmácia e solicite outro medicamento com identificação legível;
- Se um paciente recebe vários medicamentos simultaneamente, a prática mais segura é a de usar recipientes separados, possibilitando a identificação segura dos medicamentos que efetivamente o paciente recebeu. Em casos de aceitação parcial ou perdas acidentais de uma parte deles, será possível registrar adequadamente o ocorrido e ou repor a medicação perdida;
- Observar se o paciente não está com indicação de jejum, controle hídrico, além de fatores que influenciam a administração, como sonda nasogástrica, condições relativas à deglutição, náuseas, vômitos, entre outros;
- No caso de administração de medicação sublingual, observar a colocação do medicamento sob a língua do paciente e orientá-lo para que deixe ali, sem mastigá-lo ou engoli-lo, até ser totalmente dissolvido, não se devem oferecer líquidos com a medicação sublingual;
- No uso de medicação via SNE ou SNG Lavar (10 a 20ml de água pela seringa sob pressão) logo após a administração da medicação, a fim de evitar obstrução da mesma.

Administração Via Retal

As formulações destinadas para uso retal podem ser sólidas ou líquidas.

- **Formulações sólidas** – denominada supositório – possuem formato e consistência que facilita sua aplicação, não devendo ser partido. Dissolve-se em contato com a temperatura corporal e é indicado

principalmente para a estimulação da peristalse para facilitar a defecação. Quando efetivo, os resultados manifestam-se dentro de 15 a 30 minutos, mas podem tardar até uma hora.

- **Formulação líquida** – pode ser em grande quantidade, denominada lavagem intestinal (de 1000 a 2000ml) ou em pequena quantidade, chamada de clister (150 a 500ml).

Geralmente são usadas na lavagem intestinal para a remoção das fezes em caso de fecaloma, preparo para procedimentos cirúrgicos ou exames (ex: colonoscopia).

Material:

- 1 frasco de Clister ou Fleet Enema (conforme prescrição médica)
- Papel higiênico;
- 01 comadre;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 sonda retal.

Procedimento:

- Explicar ao paciente o procedimento;
- Preparar o material;
- Mornar quando for solução glicerinada ou soro fisiológico;
- Lavar as mãos, calçar luvas de procedimentos;
- Colocar biombo, para não expor o paciente;
- Colocar o paciente em posição de Sims, (decúbito lateral esquerdo e perna direita fletida);
- Afastar a prega interglútea e instilar o líquido;
- Introduzir a sonda retal lubrificada (ex: xilocaína gel ou óleo mineral) no ânus do paciente;
- Colocar o paciente na comadre, deixando o papel higiênico à mão, nos casos de pacientes dependentes, ou encaminha-lo ao banheiro;
- Fazer a higiene intima;
- Retirar o material usado;

- Limpar e organizar o material;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Fazer anotação de enfermagem no prontuário;

Observação:

No caso de irrigação gota a gota acrescentar um equipo ao material, procedendo a mesma forma de instalação, deixando o sistema instalado até o final da solução.

Administração Via Parenteral

A via parenteral é utilizada quando se deseja uma ação imediata da droga, quando não há possibilidade de administração por via oral, ou quando há interferência na assimilação da droga pelo trato gastrointestinal. A enfermagem utiliza comumente as seguintes formas de administração parenteral: intradérmica, subcutânea, intramuscular e endovenosa.

Observação:

Observar recomendações de rotina de controle de infecção decorrente sanguínea de CCIH.

Preparo da Medicação:

- Observar o prazo de validade, o aspecto da solução, bem como a integridade do frasco;
- Certificar que todo o medicamento está contido no corpo da ampola, pois o estreitamento do gargalo faz com que uma parte do medicamento muitas vezes, fique na sua parte superior;
- O mesmo cuidado deve ser observado com o pó liofilizado no frasco ampola;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Observar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha;

PROTOCOLO FLS Nº 1971

- Monte a seringa com a agulha respeitando a técnica asséptica;
- Desinfetar toda a ampola com algodão embebido em álcool a 70% destacando o gargalo, no caso do frasco ampola, levantar a tampa metálica e desinfetar a borracha;
- Proteger o gargalo da ampola com algodão na hora de quebrá-lo;
- Aspirar ao diluente (no caso de frasco ampola) introduzi-lo dentro do frasco e deixe que a força da pressão interna do frasco, desloque o ar para o interior da seringa;
- Homogeneizar o diluente com o pó liofilizado sem sacudir;
- Introduzir o ar da seringa para o interior do frasco. Este procedimento visa aumentar a pressão dentro do frasco, facilitando a retirada do medicamento, visto que os líquidos movem-se de uma área de maior pressão para a de menor pressão;
- Manter o frasco invertido para baixo, enquanto aspira ao medicamento;
- Proteger a agulha com o protetor e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro;

Identificar o material com fita adesiva com o nome do paciente, número do leito, medicamento, horário, dose e via de administração.

Administração Intradérmica

É a introdução do medicamento na derme. É raramente usada para tratamento, porém incide na disseminação de vacinas.

Volumes máximos administrados – 0,1 a 1,0ml.

Locais de aplicação:

- Face interna ou ventral do antebraço;
- Região escapular (parte superior das costas);
- Parte inferior do deltóide direito (exclusivamente para a vacina BCG);

Material:

- 01 bandeja;

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1972

- 01 seringa de 3ml ou 5ml;
- 01 agulha para injeção 03X07;
- 01 bola de algodão;
- 05ml de álcool;
- Luvas de Procedimentos;
- Medicamento prescrito;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Calçar luvas de procedimentos
- Posicionar a agulha em ângulo de 15º em relação à superfície da pele;
- Introduzir a agulha com o bisel para cima para formar uma pápula;
- Checar na prescrição médica;

Observação:

Não fazer a anti-sepsia da região, o que causaria o desenvolvimento de reações falso-positivas em testes de hipersensibilidade e a redução da atividade das vacinas administradas.

Administração Via subcutânea

É a introdução do medicamento na região subcutânea. É utilizada para drogas que não necessitem de absorção imediata e sim quando se deseja uma absorção continua.

Podem ocorrer lesões inflamatórias locais, sendo de grande importância o rodízio da aplicação como um método profilático.

PROTOCOLO SES
FLS Nº
1073
RUBRICA

Volume máximo administrável – 3 ml.

Locais de aplicação:

- Parte superior externa dos braços;
- Face lateral externa e frontal das coxas;
- Regiões glúteas, direita e esquerda;
- Região abdominal – hipocôndrios direito e esquerdo, exceto a região periumbilical;
- Regiões supra-escapular e infra-escapular;
- Faces externas, anterior e posterior dos braços;
- Região intermediária lateral das costas (próxima ao quadril direito e esquerdo).

Material:

- 01 bandeja;
- 01 seringa de 1ml;
- 01 agulha 13X25;
- Luvas de procedimentos;
- 02 bolas de algodão;
- 05ml do álcool a 70%;
- Medicamento prescrito.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo;
- Posicionar a agulha em ângulo de 90º em relação à superfície da pele;
- Introduzir a agulha com bisel para baixo;
- Não friccionar o local após a aplicação;

- Retirar luvas e lavar mãos;
- Checar na prescrição medica

Administração Via intramuscular

É aplicada no tecido muscular através da pele,tendo a desvantagem de ser dolorosa pela introdução da agulha e absorção do medicamento. O desconforto da aplicação desse medicamento pode ser minimizado com os seguintes cuidados:

- Manter a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Ao escolher o local de aplicação, observe a condição do músculo;
- Assegure a privacidade do paciente, sem expô-lo desnecessariamente;
- Não hesitar em aplicar a injeção;
- Injetar lentamente as soluções;
- Fazer uma pressão no local administrado com a extremidade dos dedos, para auxiliar na absorção da droga;
- Checar na prescrição médica.

Volume máximo administrável

- 3 ml.

Locais para aplicação:

- Regiões deltoideanas;
- Região dorsoglútea;
- Região ventroglútea;
- Região anterolateral da coxa (músculo vastolateral).

Recomendações importantes:

- Não administrar medicamentos por via intramuscular na região dorsoglútea em crianças de 0 a 2 anos, adultos excessivamente magros ou com mais de 60 anos;
- Priorizar a região vastolateral da coxa em crianças menores de 1 ano.

- Não administrar diclofenaco de sódio e penicilina benzatina na região deltóide, em qualquer idade. Nessas medicações só usar agulhas 30x8;
- Rodiziar o local de aplicação.

Material:

- 01 bandeja;
- 01 seringa de 3ml ou 5ml;
- 01 agulha 30X06, 30X07 ou 30X08;
- 02 bolas de algodão;
- 05ml do álcool a 70%;
- Luvas de procedimentos;
- Medicamento prescrito.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Escolher a seringa de acordo com o volume a ser injetado;
- Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo;
- Posicionar a agulha em ângulo de 90° em relação à superfície da pele;
- Introduzir a agulha com bisel para baixo;
- Aspirar antes de injetar o medicamento, verificando se algum vaso foi atingido;
- Injetar lentamente o líquido;
- Fazer uma leve compressão no local após a administração;
- Retirar luvas e lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica.

Administração Via endovenosa

A via endovenosa é usada quando se deseja uma ação rápida do medicamento ou porque outras vias não são propícias. Sua administração deve ser feita com muito cuidado, considerando-se que a medicação entra direto na corrente sanguínea, podendo ocasionar sérias complicações ao paciente, caso as recomendações preconizadas não sejam observadas. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão.

Alguns acidentes podem acorrer na administração de medicamentos endovenosos:

- **Esclerose da veia** – aplicação sucessiva no mesmo local;
- **Abscessos**- administração de medicamentos fora da veia, anti-sepsia inadequada no local da punção e material contaminado;
- **Hematoma**- extravasamento de sangue da veia no espaço intersticial por transfixação da veia;
- **Flebite**- longa permanência de dispositivos endovenosos ou drogas irritantes;
- **Êmbolos** – deslocamento de resíduos de medicamentos mal diluídos ou coágulos de sangue podem agir como êmbolos;
- **Infiltração**- passagem do líquido para o tecido subcutâneo. Ocorre por deslocamento da agulha ou pela sua penetração na parede do vaso.
- **Choque** - quando se aplica determinado medicamento, pode ocorrer o estado de choque, vasodilatação geral, palidez, vertigem, agitação, cianose, ansiedade, tremores.

Pode se tratar do **choque pirogênico** que ocorre quando existe pirogênio no medicamento, ou seja, substância produzida por bactéria, produzindo reações como febre e alergias; **choque anafilático** devido à hipersensibilidade do paciente ao medicamento.

Volume máximo administrável – não há limite, exceto nos casos em que a patologia contraindique volumes elevados.

Locais de aplicação:

- Região cefálica (crianças);
- Região temporossuperficial e regiões epicranianas;
- Região dos membros superiores: braço (cefálica e basílica), antebraço (intermediária cefálica, intermediária basílica, mediana e radial);
- Ulnar
- Mão: rede do dorso da mão.
- Região dos membros inferiores: perna (face posterior do joelho), safena magna e tibial anterior; pé (rede do dorso do pé).

Observação:

Observar orientações adicionais na Rotina de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea da CCIH.

Material:

Mesmo da injeção intramuscular, acrescentando em caso de grande volume de medicação:

- 01 bandeja
- 01 Equipo;
- 01 cateter intravenoso (abocath ou jelco);
- 01 pacote de gaze;
- 30 cm de esparadrapo ou micropore;
- Medicamento;
- Luvas de Procedimentos;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;
- Posicionar o paciente deitado ou sentado;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Inspecionar as condições da veia e selecionar a mais apropriada;

- Garrotear o braço aproximadamente 10 cm acima da veia escolhida. Para facilitar a visualização d veia na mão e braço, convém o paciente cerrar o punho durante a inspeção e a punção venosa;
- Fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo;
- Fixar a veia e fazer a punção;
- Inserir o cateter ou agulha em um ângulo de 15° a 30° graus mantendo a pele esticada com o bisel voltado para cima, facilitando a introdução;
- Retirar o garrote;
- Administrar lentamente o medicamento, evitando assim reações adversas, já que muitos medicamentos podem produzir efeitos indesejáveis de imediato. Nesses casos, interrompa a aplicação e comunique o fato o (a) enfermeiro(a) ou médico;
- Retirar o cateter ou agulha e comprimir o local;
- Retirar luvas e lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica.

Recomendações importantes:

- Seguir Rotina de Controle de Infecção para acesso vascular para a manutenção da punção;
- Evitar punção venosa de membros inferiores em pacientes adultos;
- O local escolhido deve ser seguro, de fácil acesso, confortável ao paciente;
- O seguimento escolhido deve ser mais longo que a agulha.
- Evitar "tapinha" sobre o local a ser puncionado, pois permitem o rompimento da veia no momento da punção;

Não puncionar membros com fístula arterio-venosa para hemodiálise, paresia, paralisia ou membro do mesmo lado em que foi feita uma mastectomia.

Venóclise:

Venóclise é a administração endovenosa de regular quantidade de líquido através de gotejamento controlado, para ser infundido num período de tempo pré-determinado. É indicada principalmente para repor perdas de líquidos do

organismo e administrar medicamentos. As soluções mais utilizadas são a glicosada 5%, fisiológica 0,9% e ringer simples.

PROTOCOLO / SES
1979
FUNC

Recomendações importantes:

- Atentar para a identificação, registrando no rótulo: o nome do paciente, a solução a serem injetados, os medicamentos e seus complementos do soro, caso houver, tempo em que a solução deverá ser infundida, número de gotas por minuto, início e término, data e assinatura;
- Estabelecer a punção venosa em local longe de articulações e de fácil acesso, para facilitar manutenção da via e oferecer conforto ao paciente;
- Não puncionar veias esclerosadas (são veias com paredes espessas e endurecidas), devido a deficiência circulatória;
- Realizar a punção com técnica asséptica, mantendo todo o conjunto de punção limpo, inclusive sua fixação, prevenindo infecção;
- Manter as conexões do sistema bem adaptadas evitando extravasamento de solução, contaminação, refluxo sanguíneo e entrada de ar;
- Manter a observação constante no local, a fim de detectar precocemente a infiltração nos tecidos adjacentes;
- Retirar o dispositivo da punção e providenciar outra via de acesso venoso, na presença de sinais de flebite (edema e hiperemia local). Comunicar o caso o (a) enfermeiro (a);
- Garantir a infusão do volume e dosagem dentro do tempo estabelecido. Para isto, deve-se controlar constantemente o gotejamento, que não deve ser alterado em casos de atraso, para evitar a sobrecarga cardíaca;
- Orientar aos pacientes que deambulam manterem o frasco elevado para promover gotejamento contínuo, evitando refluxo, coagulação sanguínea e obstrução do cateter;
- Orientar o paciente não abrir ou fechar o gotejamento.

Registrar no local da punção data, hora e assinatura do profissional responsável.

PROTOCOLO / SES
7980
FUNC

- Administração de medicações de horário pela "borrachinha" do equipo: fazer desinfecção do local antes da introdução da agulha;
- Não injetar medicamentos perfurando o frasco de soro ou deixar agulhar tipo "suspiro" para evitar contaminação do sistema;
- Evitar excesso de polifix ou tree-wall.

Técnica para Mensuração de Glicemia Capilar

É a verificação, por meio de amostra de sangue capilar, da quantidade de glicose presente na corrente sangüínea.

Material;

- 01 unidade de fita de glicoteste;
- Aparelho de HGT;
- 01 bola de algodão;
- 01 pacote de gaze;
- 01 unidade de agulha 13 x 4,5(agulha de insulina)
- Luvas de procedimentos;

Procedimento:

- Preparar o material;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Posicionar um dos dedos em que será realizado o teste, de maneira que a gota de sangue pingue na fita reagente conectada ao aparelho;
- Comprimir o dedo acima do local a ser puncionado;
- Realizar anti-sepsia do dedo com álcool 70%;
- Fazer um pequeno furo com agulha de insulina no dedo;
- Esperar a gota de sangue pingar sobre a fita – não esfregar o dedo na fita;
- Aguardar por 30 segundos aproximadamente;
- Fazer a leitura;

- Limpar o dedo do paciente;
- Organizar o material;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar o resultado no prontuário;



Observação:

Qualquer alteração, comunicar a enfermeira ou medico do paciente e medicar conforme prescrição médica e de acordo com o resultado do HGT.

Administração de Sangue ou Hemoderivados Procedimentos de Enfermagem:

- Avisar ao banco de sangue sobre a prescrição e anotar no pedido o horário e o nome do funcionário que o atendeu.
- Encaminhar o pedido de administração de sangue ou hemoderivados para o setor.
- Manter o gotejamento de acordo com a prescrição médica.
- Observar o posicionamento da agulha, evitando a infiltração nos tecidos.
- Caso haja Intercorrências durante a transfusão, solicitar o responsável técnico do banco de sangue e avisar ao médico.
- Observar anormalidades.

Observação:

- A instalação e a troca das bolsas de sangue ou hemoderivados é de responsabilidade do Banco de Sangue.
- O técnico do Banco de Sangue deverá instalar punção venosa exclusiva para administração do sangue ou hemoderivados, não sendo permitido usar a mesma via do soro e medicações.
- Pacientes com difícil acesso venoso deverão ser avaliados pelo enfermeiro responsável e suspender as medicações, se for o caso.
- Seguir orientações da Rotina de Controle de Infecção de Corrente Sanguínea da CCIH.

Reações Pirogênicas:

Sintomas

- Calafrios súbitos e febre.
- Cefaléia.
- Vermelhidão e taquicardia.

Condutas

- Interromper a transfusão e avisar ao médico;
- Administrar medicamento conforme prescrição;
- Verificar a temperatura meia hora após o início dos calafrios;

Preencher notificação para Corisca.

Movimentação e Transporte de Paciente

Conceito: É mover, e levantar ou transportar o paciente para um determinado local através da utilização de movimentos planejados.

Objetivos:

- Proporcionar conforto e segurança ao paciente
- Evitar esforços desnecessários e lesões corporais;
- Aliviar a pressão de determinada área (evitar escaras).

O primeiro fator importante ao se mover ou levantar o paciente, é o emprego de uma boa mecânica corporal por parte da enfermagem e de outra pessoa que ajude. Devem-se evitar esforços desnecessários, prevenindo danos para si e para o paciente.

Os movimentos devem ser planejados. É bom fazer uma pequena contagem para todos agirem juntos, somando forças, empregando princípios de ergonomia. Por exemplo, contar 1 – 2 – 3 – já!

Procedimentos comuns:

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Registrar no prontuário todos os procedimentos realizados com o paciente;

Deixar a unidade em ordem.

Decúbito Dorsal Para Lateral Direito Ou Esquerdo

Duas Pessoas Procedimento:

- Dobrar em leque o sobrelençol até a altura dos pés;
- As duas pessoas executantes devem colocar-se à esquerda do paciente;
- 1ª pessoa: colocar o braço direito sob o ombro do paciente, apoiando a cabeça. Em seguida colocar o braço esquerdo sob a região lombar;
- 2ª pessoa: colocar o braço direito sob a região lombar e o esquerdo sob o terço superior da coxa;
- Colocar o braço esquerdo do paciente sobre o tórax, o direito semiflexionado e abduzido sobre o leito e flexionar o joelho esquerdo;
- Colocar uma das mãos sobre o quadril do paciente e virá-lo delicadamente para o lado direito;
- Colocar um travesseiro apoiando a cabeça, pescoço e ombro, outro amparando as costas e um terceiro entre os membros inferiores;
- Colocar o braço esquerdo do paciente de modo que não pressione o tórax;
- Cobrir o paciente;
- Deixar a unidade em ordem.

Observação:

Para as mudanças de decúbito inverso seguir os mesmos passos, mudando o posicionamento dos executantes e do paciente.

Duas Pessoas com Lençol

Procedimento:

- Dobrar em leque a colcha e o sobre lençol;
- Ficar uma pessoa de cada lado do paciente;
- Soltar o lençol móvel;
- Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximo do paciente;
- Executar a técnica da seguinte maneira: ambos seguram o lençol na altura do ombro e do terço superior da coxa;
- Colocar o paciente para o lado esquerdo com movimentos sincronizados;
- Colocar o braço esquerdo do paciente sobre o tórax, deixando o outro sem flexionado e abduzido sobre o leito e flexionar o joelho esquerdo;
- Colocar uma das mãos sobre o ombro e a outra sobre o quadril do paciente e virá-lo delicadamente para o lado direito;
- Colocar um travesseiro apoiando a cabeça, pescoço e ombro, outro amparando as costas e outro entre os membros inferiores;
- Colocar o braço esquerdo de modo que não pressione o tórax;
- Prender o lençol;
- Cobrir o paciente.

Observação:

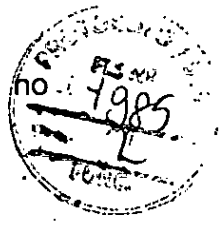
Para movimentar o paciente do decúbito dorsal para a lateral esquerda, seguir as mesmas regras, mudando o posicionamento do paciente.

Movimentação do Paciente para a Cabeceira

Quando O Paciente Auxilia

Procedimento:

- Dobrar em leque a colcha e sobre lençol até altura dos pés;
- Proteger as grades de cabeceira com travesseiros;
- Solicitar ao paciente, que flexione os joelhos, apoiando firmemente as pernas e pés no colchão;
- Apoiar o ombro e a coxa do paciente com as mãos;



- Orientar o paciente solicitando-o para dar um impulso com os pés no sentido da cabeceira;
- Colocar o travesseiro e arrumar a cama;
- Cobrir o paciente.

Quando o Paciente não Auxilia (Duas Pessoas com Lençol Móvel ou Lençol)

Procedimento:

- Dobrar em leque o sobrençol até a altura dos pés;
- Proteger as grades da cabeceira com o travesseiro;
- Ficar uma pessoa de cada lado do paciente;
- Soltar o lençol móvel ou lençol;
- Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximos do paciente;
- Ambas as pessoas devem segurar o lençol na altura do ombro e na região coxofemoral;
- Deslocar o paciente para a cabeceira da cama com movimentos sincronizados;
- Colocar o travesseiro e arrumar a cama;
- Cobrir o paciente e deixar a unidade em ordem.

Transporte do Paciente da Cama para a Maca (Quatro Pessoas com Lençol)

Procedimento:

- Antes do procedimento, fechar infusões venosas, e SNG, SNE ou SVD;
- No caso SVD, exames demorados abrir sonda enquanto aguarda;
- Desprender as roupas de cama;
- Dobrar em leque o lençol e o cobertor até os pés;
- Em quatro pessoas, devem portar-se duas pessoas á direita e duas pessoas á esquerda do paciente;
- Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximas ao paciente;
- Passar o paciente para a beira da cama com movimentos simultâneos;

- Colocar a maca paralela ao leito, próxima do pacientes;
- Transportar o paciente da cama para a maca num só movimento;
- Afastar a maca da cama, arrumar as roupas e levantar as grades laterais;



Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.

Da Cama para a Cadeira de Rodas (Duas Pessoas com Lençol)

Procedimento:

- Colocar a cadeira de rodas próximas aos pés da cama. Deixar travada.
- Colocar o lençol sobre o paciente;
- Levantar a cabeceira e sentar o paciente na borda da cama observando sinais de vertigem, palidez, etc.
- Enrolar as bordas laterais do lençol próximos do paciente;
- Transportar com movimentos sincronizados para a cadeira de rodas.
- Deixar a unidade em ordem.

Cuidados Importantes:

- Fazer a desinfecção concorrente da maca e da cadeira de rodas após cada transporte;
- Utilizar corretamente a mecânica corporal a fim de evitar lesões corporais e desgastes desnecessários;
- Puxar a cadeira de rodas pelas costas ao descer a rampa;
- Agasalhar o paciente nos dias frios;
- Cuidados com infusões, sondas, dietas, drenos, etc.

Promoção de Conforto e Segurança do Paciente

Conforto: Bem-estar fisico e mental; estado isento de ansiedade, dor ou inquietação.

Tipos de Conforto: Espiritual, psicológico, fisico.

Métodos para Proporcionar Conforto Físico.

- **Rolo**; com travesseiro ou cobertor.
- **Argolas de Algodão** (diminuir a pressão de regiões com proeminências ósseas, como cotovelos, calcâneos, joelhos e região occipital).

Posições do Corpo

Finalidades:

- Proporcionar conforto;
- Realizar exames físicos;
- Tratamentos e cirurgias.
- De acordo com a região a ser examinada, a enfermagem deve ajudar o paciente a adotar posições específicas, de modo a facilitar a observação ao examinador e manter o conforto e a privacidade do paciente.
- Recomenda-se usar: lençóis, campos, perneiras. E isolar o paciente com biombo se necessário.
- O funcionário deverá lavar as mãos antes e pós o procedimento e calçar as luvas de procedimentos.

Decúbito Horizontal- ou decúbito dorsal

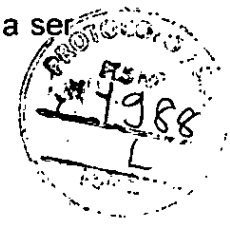
O paciente se deita de costas, com as extremidades inferiores em extensão ou ligeiramente flexionadas para permitir o relaxamento dos músculos abdominais.

- Sob a cabeça colocam-se travesseiros (1 ou 2)
- Os braços cruzam sobre o tórax ou estendidos.
- Cobrir o paciente com lençol (solto do colchão).

Procedimento:

- Lavar as mãos; Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Colocar a mesa de exame ou o leito na posição horizontal;
- Deitar o paciente horizontalmente de costas;
- Manter os membros superiores ao longo do corpo em posição anatômica e os inferiores alinhados;

- Manter o paciente protegido com o lençol, expondo apenas a área a ser examinada;
- Deitar o paciente em posição confortável após exame;
- Lavar as mãos;



Proceder às anotações no prontuário

Posição de Fowler.

O paciente fica semi-sentado, com apoio nos joelhos e nos pés.

Indicada:

- Descanso e conforto;
- Exames;
- Melhorar respiração (pacientes cardíacos e pulmonares);
- Evitar aspiração em pacientes com dietas por SNG ou SNE.

Existem duas variações da posição de fowler que podem ser classificadas como:

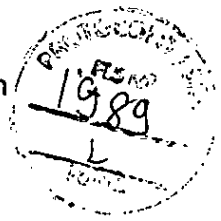
Semi – fowler: é uma elevação da cabeça de aproximadamente 30º, posição confortável para o paciente que deve ficar com a cabeça e o tórax ligeiramente elevados;

Posição usada em caso de pacientes com SNG ou SNE, para prevenir pneumonias aspirativas;

Fowler alta - É a posição totalmente sentada, ou seja, com a cabeceira da cama elevada a um ângulo de 90º.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente a finalidade e o procedimento;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal;
- Elevar os pés da cama;



- Elevar a cabeça e o tórax do paciente até formar um ângulo de 45º em relação
- ao nível normal do leito;
- Proteger o paciente com lençol expondo a região a ser examinada;
- Deitar o paciente em posição confortável após exame ou tratamento;
- Lavar as mãos;

Fazer anotações no prontuário.

Decúbito Ventral ou Prona

Paciente deitado sobre o abdome, com a cabeça voltada para o lado.

Indicação:

- Exames da coluna vertebral.
- Exames da região cervical.

Para conforto pode ser de:

Curta duração: mãos pendentes, cabeça voltada para o lado, sem travesseiros, e os pés sobre a cama.

Longa duração: os braços fletidos, voltados para cima ou ao longo do corpo. Os pés elevados com travesseiros, à cabeça para o lado com pequeno travesseiro em baixo.

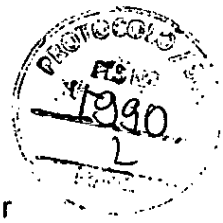
Decúbito lateral ou SIMS

Pode ser "direita" ou "esquerda" conforme deitado sobre o lado direito ou esquerdo.

Indicação:

Lavagem intestinal, aplicação de medicamentos por via retal, verificação de temperatura retal e repouso.

Procedimento:



- Colocar biombo;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Deitar o paciente sobre o lado, colocar travesseiro pequeno para servir de apoio.
- Colocar braço esquerdo para trás do corpo e o braço direito em qualquer posição.
- Flexionar as pernas: a direita em ângulo agudo (perto do paciente) e a esquerda menos flexionada.

Genupeitoral

Indicação: exames vaginais e retais

Procedimento:

- Colocar biombo;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Posicionar o paciente ajoelhado e com o peito apoiado na cama;
- Colocar travesseiro sobre o tórax e cabeça do paciente;
- Os braços flexionados nos cotovelos;
- Cobrir o paciente com dois lençóis ou campo fenestrado.

Ginecológica

Indicação: exames ginecológicos.

Procedimento:

- Colocar biombo;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Posicionar o paciente deitado de costas, com as pernas flexionadas sobre as coxas, a planta dos pés sobre o colchão e os joelhos bem afastados um do outro.

Litotômica.

É considerada uma modificação da ginecológica.

Indicação:

- Parto;
- Operação ou exame de períneo, vagina e bexiga;

Procedimento:

- Colocar biombo;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- O Paciente é colocado em decúbito dorsal, com os ombros e a cabeça ligeiramente elevados As coxas bem afastadas são flexionadas sobre o abdome;
- As nádegas devem ficar um pouco fora do colchão.

Tredelemburg.

Indicações:

- Facilitar drenagem de secreções brônquicas;
- Melhorar retorno venoso (varizes, hemorragias, hipotensão, choque);
- Cirurgia de órgão pélvico, para descolar o intestino para o abdome, para facilitar o procedimento.

Procedimento:

Posicionar o Paciente com o corpo inclinado, com a cabeça em plano mais baixo que o resto do corpo, com declive de 30 a 45°.

Higienização do Paciente

Banho do Paciente Acamado Conceito

É a higiene corporal do paciente acamado, com dependência parcial ou total da enfermagem.

Finalidades

- Favorecer a manutenção das funções da pele;
- Estimular a circulação;
- Proporcionar conforto e bem estar físico e mental;
- Limpar e proteger a pele.

Material:

- Bandeja contendo:
- Bacia;
- Jarro;
- Sabonete;
- Cuba rim;
- Cinco bolas de algodão ou pacotes de gases;
- Par de luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Pente;
- Pano de limpeza;
- Saco plástico pequeno
- Uma pinça;
- Roupa de cama, toalha de rosto e de banho, pijama ou camisola;
- Biombo;
- Hamper;
- Comadre forrada;
- Balde;
- Papel toalha;
- Hidratante corporal ou óleo mineral, se necessário;

Procedimento:

- Conversar com o paciente sobre o procedimento;
- Observar as condições do paciente;
- Reunir o material;
- Preparar o ambiente:
- Fechar a janela
- Proteger o leito com biombo
- Desocupar a mesa de cabeceira
- Lavar as mãos;
- Trazer o hamper, a cuba com a solução, os panos de limpeza, o álcool a 70% e o saco de lixo pequeno;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Limpar a mesa de cabeceira, iniciando pela parte interna;
- Passar a bandeja para a mesa de cabeceira;
- Levar o material para a unidade: colocar a bandeja na mesa de cabeceira, a comadre na cadeira, as roupas nos pés do leito e o balde sobre a toalha de papel no chão, aos pés do leito;
- Trocar as luvas de procedimentos;
- Dobrar a roupa e colocar no espaldar da cadeira;
- Soltar a roupa do leito, iniciando pelo lado oposto;
- Retirar a colcha, a camisola do paciente e travesseiros extras, se houverem;
- Lavar e enxaguar o rosto do paciente;
- Colocar a toalha de rosto protegendo o tórax e descer o lençol protetor do paciente até a região pubiana;
- Lavar e enxugar os membros superiores, iniciando pela parte distal do braço oposto, se tiver condições;
- Lavar as mãos do paciente na bacia;
- Lavar e enxugar o tronco anterior, dando especial atenção à base dos seios e axilas, descobrindo um lado de cada vez, iniciando pelo oposto;
- Colocar a toalha sobre os membros inferiores e lavá-los separadamente, iniciando pela parte mais distal, deixando os pés por último;

PROTOCOLO SES
FLS Nº 1994
Furic

- Lavar os pés na bacia, separadamente e enxugar bem;
- Virar o paciente em decúbito lateral, lavar, enxugar, massagear a região dorsal com a solução indicada (óleo glicerinado ou hidratante corporal);
- Lavar e pentear os cabelos;
- Trocar a roupa de cama procedendo à limpeza diária;
- Desprezar as roupas usadas diretamente no hamper, nunca no chão;
- Deixar o paciente confortável;
- Organizar a unidade, encaminhando o material ao expurgo;
- Cuidar do material;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário o procedimento, bem como qualquer alteração observada na pele do paciente;
- Em caso de paciente masculino fazer a barba, quando houver necessidade;
- Organizar e realizar o corte de cabelos, referente à pacientes de longa permanência na unidade, atentando para não deixar a sujidade dos fios de cabelos nos enxovais;

Observações:

- Retirar bem o sabonete da pele a fim de evitar irritação;
- Evitar cansar o paciente;
- Expor o paciente estritamente o necessário;
- As unhas devem ser cortadas e limpas sempre que necessário;
- Durante o banho observar rigorosamente as condições físicas e mentais do paciente, registrando-as

Observar as condições da pele e proeminências ósseas, hidratar e massagear estas regiões a fim de evitar úlceras de decúbitos.

Higienização Oral

A promoção e manutenção de boas condições de higiene da boca e dos dentes são fundamentais para saúde e conforto do paciente, evitando a proliferação de

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 1095
FUNC.

bactérias. É hábito a escovação dos dentes pela manhã, após as refeições e antes de se deitar (no mínimo 4 vezes ao dia). A higiene oral compreende: limpeza dos dentes, das gengivas, bochechas, língua e lábios.

Finalidades

- Evitar mau hálito;
- Conservar a boca livre de resíduos alimentares;
- Manter a integridade da mucosa oral
- Proporcionar conforto e bem estar ao paciente;
- Prevenir a cárie dentária, estomatites e outras infecções.

Material

- Escova de dente;
- Creme dental ou solução dentifrícia;
- Solução anti-séptica ou solução bicarbonatada;
- Copo com água;
- Espátula com gazes ou escova de dente do paciente em bom aspecto;
- Bandeja; Cuba rim;
- Toalha de rosto ou papel toalha;
- O paciente que faz uso de prótese dentária (dentadura) também necessita de cuidados de higiene para manter a integridade da mucosa oral e conservar a prótese limpa;
- Paciente com dieta por SNG ou SNE e TOT necessitam higiene rigorosa, pois tem risco aumentado para pneumonia;
- Observar orientações da Rotina de Prevenção de Pneumonia Hospitalar da CCIH;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Levar a bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar para o paciente sobre o que vai ser feito;
- Sentar o paciente ou colocá-lo em Fowler

- Proteger o pescoço e tórax com a toalha;
- Orientar e auxiliar o paciente sobre a maneira correta de fazer a escovação, umedecer a escova ou espátula com gazes com água, colocar o dentifrício e entregá-la;
- Colocar cuba-rim sob o queixo do paciente;
- Oferecer água para bochechar várias vezes, aproximando a cuba-rim para escoar o líquido da boca;
- Em pacientes totalmente dependentes realizar a higiene oral por ele, escovando todos os dentes, gengivas e língua (usar sonda de guedel se necessário);
- Retirar a cuba-rim e secar os lábios com a toalha;
- Secar a escova e guardá-la ou desprezar espátula com gazes;
- Recolher a bandeja, lavar e guardar o material;
- Lavar as mãos;
- Fazer anotações no prontuário.

Banho de Aspersão

É o banho de chuveiro. Quando o paciente tem condição de tomar banho de aspersão, o pessoal da enfermagem deve acompanhá-lo e supervisioná-lo, não só orientando-o numa boa higienização, como também identificando anormalidades como dispnéia, lipotímia, cansaço, tontura e calafrios.

O banho tem várias finalidades como: limpeza da pele, favorecimento do bem estar, estimulação da circulação, promoção do relaxamento muscular, aliviando fadiga e cansaço.

A pessoa que acompanhar o paciente deve observar as reações que ele pode apresentar durante o banho, evitando acontecimentos desagradáveis como quedas, ferimentos e mesmo fraturas de membros.

Procedimento:

- Providenciar o material necessário, verificando as condições do banheiro;

PROTOCOLO FLS Nº 1997 RUBRICA

- Colocar uma cadeira para o paciente sentar, se necessário;
- Fechar a porta sem trancar;
- Auxiliar o paciente no que for necessário;
- Trocar o enxoval do leito do paciente, fazendo a desinfecção concorrente, enquanto o paciente está no banho;
- Proteger o paciente após o banho evitando que se resfrie;
- Lavar as mãos;
- Fazer anotações no prontuário das reações apresentadas durante o banho

Observações:

As técnicas de limpeza e desinfecção concorrente da unidade do paciente estão descritas nas " Recomendações Básicas para Limpeza Desinfecção e Esterilização de Artigos, Roupas e Ambientes" da CCIH.

Drenagem Toraxica

O mecanismo normal da respiração opera sob o principio da pressão negativa, ou seja, a pressão da cavidade torácica é inferior á pressão atmosférica, fazendo com que o ar se desloque para dentro dos pulmões durante a inspiração.

Sempre que o tórax é aberto, existe uma perda da pressão negativa o que resulta em colabamento do pulmão.

O ar ou líquido (sangue, pus, líquido seroso, suco gástrico) formam coleção no espaço interpleural, restringindo a expansão pulmonar e reduzindo a troca gasosa. O dreno torácico implantado no sistema pleural é capaz de remover qualquer coisa do espaço pleural.

Também conhecido como drenagem em selo d' água, é uma técnica de evacuação de ar, água ou sangue da cavidade. Para realização desta drenagem é necessária a implantação de um dreno no tórax do paciente que estará ligado ao sistema de drenagem.

Utilizado quando há:

- Hemotórax – presença de sangue na cavidade;
- Pneumotórax – presença de ar na cavidade;
- Empiema – presença de secreção purulenta;

Observação:

Este procedimento só deve ser realizado no Centro Cirúrgico.

Cuidados de Enfermagem:

- O dreno poderá ficar fora do selo d´água, para que não entre ar nos pulmões;
- Evitar compressão do tubo e extensão para não impedir a drenagem;
- Ordenhar o dreno a cada 24h;
- Observar a flutuação do nível de líquido;
- Incentivar o paciente a inspirar profundamente e a tossir, pois aumenta a pressão intrapleural favorecendo a drenagem e fazendo o pulmão expandir;
- Para transportar o paciente manter o vidro de drenagem abaixo do nível do pulmão;
- Durante a troca de o vidro trocar o vidro ou desprezar o conteúdo de drenagem pinçar o dreno;
- Se trocar ótimo
- Se desprezar, enxaguar o frasco com SF 0,9% ou água destilada;
- Colocar SF 0,9% ou água destilada conforme o paciente (adulto ou criança);
- Colocar rótulo no frasco informando data da troca selo d'agua assinatura de quem realizou o procedimento;
- Observar o aspecto da drenagem (volume, cor e odor) e presença de sinais flogísticos e edema subcutâneo ao redor do dreno;
- Realizar curativo no local de inserção do dreno uma vez ao dia, conforme orientações do Manual de Curativo da CCIH;

- Observar as condições do paciente: cianose, respiração rápida e superficial, pressão no tórax, enfisema subcutâneo, sinais vitais, sintomas de hemorragia, mudança na ausculta pulmonar;
- Observar o selo d´água que deve ser:
  - Adulto: 500 ml
  - Infantil: 250 ml

Cuidados com Ostomias Conceito

Colostomias: São realizadas para promover o restabelecimento ou a cicatrização da parte do intestino afetada pela doença, ou o seu tratamento.

Definitiva ou permanentes: são realizados após a retirada da parte doente do intestino por amputação completa do órgão, inexistindo a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, ou impossibilidade de restaurar a evacuação trans-retal.

Tipos:

Terminal: possui somente um estoma realizado em caráter definitivo.

Em alça: realizado em íleo ascendente, transverso ou descendente.

Em dupla boca que pode ser:

Próximas: Quando realizados em uma única colostomia (as duas bocas)

Afastadas: Quando duas bocas são realizadas em alça terminal em nível de flanco esquerdo.

Limpeza

Material

- 250 ml Soro fisiológico a 0,9%;
- 01 Gaze estéril;
- 01 bolsa para colostomia (se necessário troca);
- Após avaliação, se necessário, lavar com água e sabão.

Procedimento:

- Limpar a região da colostomia com soro fisiológico a 0,9%, em movimentos circulares;
- Secar a área ao redor com gaze estéril;
- Marcar na bolsa o círculo com um guia de corte, de acordo com o diâmetro da fístula, do dreno ou da ostomia;
- Recortar o orifício marcado;
- Observar para que o orifício não fique apertado demais garrotando a ostomia, ou grande demais facilitando o contato da secreção direta com a pele lesando-a;
- Retirar o adesivo;
- Retirar o protetor que recobre a face superior da placa;
- Aplicar a placa com o aro sobre a região;
- Adaptar a bolsa plástica à parte inferior do aro na placa, em posição cefalocaudal;
- Exercer uma leve pressão à roda, a partir da parte inferior da bolsa plástica até que esteja segura, solicitando ao paciente que enrijeça a região;
- Puxar suavemente a bolsa para baixo, para confirmar se ela se encontra devidamente encaixada.

Cuidados diários com Colostomia:

- Esvaziar a bolsa (no mínimo uma vez por plantão e sempre que necessário), soltando apenas o *clamp* que a fecha na parte inferior;
- Lavá-la com soro fisiológico a cada vez que se desprezar o conteúdo no vaso sanitário;
- O *clamp* poderá ser reutilizado nas trocas do mesmo paciente;
- Registrar no prontuário: característica do débito de colostomia, volume, odor, cor, etc...

Lavagem intestinal pela colostomia Procedimento:

- Lubrificar a sonda;
- Retirar a bolsa de colostomia e desprezá-la;
- Proceder à limpeza ao redor da colostomia com gaze e soro fisiológico a 0,9%;
- Introduzir cerca de 15 cm a 20 cm da sonda no estoma a ser irrigado;
- Deixar a solução correr vagarosamente;
- Fechar a sonda quando terminar a solução evitando a entrada de ar;
- Retirá-la, clampeando-a e puxando-a;
- Deixar fluir o material fecal de 15 a 20 minutos;
- Após o efeito desejado proceder à limpeza ao redor da colostomia e secar a área com gaze;
- Fixar nova bolsa de colostomia com placa protetora;

Observação:

Em caso de dois estomas, observar na prescrição médica qual deles será irrigado.

Sondagem Nasogástrica

E a introdução de uma sonda via nasal ou oral no estômago do paciente com a finalidade de drenagem de líquidos, infusão de alimentos, medicamentos e hidratação de pacientes impossibilitados de deglutir.

Material

- 01 bandeja;
- 01 unidade de sonda nasogástrica;
- 01 seringa de 10 ml ou 20ml;
- 01 pacote de gaze;
- 20 cm de esparadrapo;
- 100 ml de água filtrada;
- 01 toalha;
- 01 par de luvas de procedimento;

- Xilocaína gel;
- 01 unidade de bolsa coletora descartável (em caso de drenagem);
- 01 equipo para dieta;
- 01 estetoscópio;

Observação:

Verificar rotina da CCIH para Prevenção de Pneumonia Hospitalar.

Procedimento:

- Explicar o procedimento para o paciente;
- Preparar o material;
- Colocar o paciente em posição de fowler ou sentado, com a cabeça ligeiramente inclinada para frente;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos;
- Proteger o paciente com a toalha;
- Medir a sonda da boca ao lobo inferior da orelha e deste até o estômago;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
- Introduzir pela boca ou narina, pedindo para que o paciente degluta a sonda, respirando pela boca;
- Oferecer água ao paciente se necessário, para facilitar a introdução da sonda;
- Verificar se a sonda está no estômago: aspirar com seringa o conteúdo gástrico, testar com copo com água observando borbulhas na água e auscultar infusão de ar com seringa de 20 ml colocando o esteto na região gástrica;
- Conectar bolsa coletora (em caso de NSG aberta);
- Fixar a sonda em "T", ou seja, proteger a base até a ponta do nariz com micropore ou outro material adesivo mais suave, e fixar a sonda sobre o material, para evitar muito atrito e lesões nesta área;
- Manter cabeceira elevada enquanto o paciente estiver sondado;
- Organizar o material;

- Instalar dieta se for o caso;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário tipo e número da sonda, aspecto da drenagem, reações do paciente durante o procedimento.

Sondagem Nasoenteral

É a introdução de uma sonda via nasal ou oral que passa pelo estomago e fica introduzida até o duodeno, permitindo a infusão de dietas e medicamentos aos pacientes impossibilitados de deglutir.

Em paciente com terapia nutricional por sonda, preferir sempre as SNE por menor risco de bronca aspiração.

Observação:

Verificar rotina da CCIH para Prevenção de Pneumonia Hospitalar.

Material

- 01 bandeja;
- 01 unidade de sonda nasoenterica com fio guia;
- 01 seringa de 20 ml;
- 01 pacote de gaze;
- 20 cm de esparadrapo;
- 100 ml de água filtrada;
- 01 toalha;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Xilocaína gel;
- 01 equipo para dieta;
- 01 estetoscópio;

Procedimento:

- Explicar o procedimento para o paciente;

- Preparar o material;
- Colocar o paciente em posição de fowler ou sentado, com a cabeça ligeiramente inclinada para frente;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos;
- Proteger o paciente com a toalha;
- Medir a sonda da boca ao lobo inferior da orelha e deste até a região hipogástrica;
- Retirar o fio guia da sonda, lubrifica-lo com xilocaina gel e introduzi-lo novamente;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
- Introduzir a sonda pela narina com fio guia, se o paciente estiver consciente solicitar a sua colaboração, pedindo que degluta a sonda e respire pela boca;
- Verificar se a sonda está corretamente posicionada, injetando ar com a seringa e auscultando com o auxilio de um estetoscópio a região hipogástrica;
- Retirar o fio guia;
- Fixar a sonda em "T", ou seja, proteger a base até a ponta do nariz com micropore ou outro material adesivo mais suave, e fixar a sonda sobre o material, para evitar muito atrito e lesões nesta área;
- Manter a cabeceira sempre elevada do paciente a fim de evitar bronca aspiração;
- Organizar o material;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário tipo e número da sonda, aspecto da drenagem, reações do paciente durante o procedimento;
- Aguardar 03 horas para infundir a dieta;
- Fazer Rx confirmatório.

Atendimento a Parada Cardiorespiratoria (PCR)

Conceito de PCR:

É a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e da respiração.

A constatação imediata da PCR, assim como o reconhecimento da gravidade da situação é de fundamental importância, pois permite iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada de outras pessoas ou equipamentos adequados.

Qualquer profissional que constata uma PCR tem por obrigação iniciar as manobras de atendimento e solicitar ajuda

Sinais e sintomas que precedem PCR

- Dor torácica
- Sudorese
- Tontura
- Escurecimento visual
- Perda de consciência
- Alterações neurológicas

Sinais clínicos de PCR

- Inconsciência
- Ausência de movimentos respiratórios
- Ausência de pulsos em grandes artérias ou ausência de sinais de circulação.

Medidas iniciais:

- Verificar nível de consciência do paciente e confirmar se o paciente está em PCR
- Solicitar ajuda;
- Verificar a respiração (olhe/ ouça/sinta)
- Promover abertura das vias aéreas, realizando:
- Alinhamento da cabeça com tronco;
- Extensão do pescoço;
- Tração anterior da mandíbula;

- Solicitar carro emergência;
- MOV (Monitor, Oxigênio e veia);

Técnica para reanimação cardiovascular Equipe

- 1 médico;
- 1 enfermeiro;
- 2 técnicos de enfermagem;

Enfermeira:

- Avalia responsividade;
- Solicita médico, carro de emergência e desfibrilador;
- Posiciona junto à cabeça do paciente (retirando prótese se houver, avalia via aérea mantém via aérea aberta providencia ventilação com ambu com O2, aspirar vias aéreas superiores).
- Checa pulso e avalia ritmo;
- Orienta os técnicos de enfermagem na monitorização do paciente e obtenção do acesso venoso;
- Auxilia o médico na intubação, ventilação e transferência do paciente;
- Solicita serviço de apoio;
- Providencia vaga na U.T.I. e auxilia transferência;
- A enfermeira deverá acompanhar a transferência do paciente e solicitar acompanhamento médico do plantonista, se necessário;
- Registra dados do atendimento no prontuário;
- Em caso de óbito, promover com rotina descrita.

Médico:

- Reavalia rapidamente paciente;
- Intuba o paciente, checa a intubação,
- Inicia as compressões torácicas;
- Solicita verbalmente as medicações a serem administradas;
- Monitoriza com as pás e realiza o choque se indicado;
- Reavalia periodicamente o paciente;

- Ocorrendo melhora ou estabilidade do quadro, fazer a transferência e prescrever as medicações utilizadas;
- Caso evolua para óbito, preencher a declaração de óbito e ou fazer relatório de encaminhamento para SVO.

Técnico de enfermagem:

- Abaixa a cabeceira posicionando o paciente;
- Se não houver acesso venoso, providencia;
- Aspira vias aéreas, se necessário,
- Aspira e administra medicações solicitadas pelo médico;
- Requisitas medicações e materiais usados, anotando no prontuário a ocorrência;
- Organiza aparelhagem usada;
- Repõem carinho de emergência;
- Em caso de óbito, proceder com rotina de óbito;
- Paciente grave, reanimado deve ser transferido acompanhado pelo maqueiro, enfermeiro e médico.

Orientações Gerais

- O carrinho de emergência deverá ser revisado e completado pelos funcionários da enfermagem da unidade, no início de cada plantão e imediatamente após o uso;
- Conferir data de validade dos materiais estéreis (realizar troca quando necessário)
- Conferir validade dos internos descartáveis (incluindo validade da esterilização).
- Após atendimento de paciente em PCR: realizar desinfecção dos equipamentos utilizados com água e sabão e ficção de álcool a 70%.
- O carro de urgência deverá ser prioridade, portanto ele não poderá falhar no momento da urgência por não ter sido checado com antecedência;

- A limpeza geral do carro de urgência deverá ser feita no primeiro dia útil de cada mês.



Preparo de Material para Intracath

Para cateterização venosa central utiliza-se um dispositivo venoso profundo que é introduzido pela veia jugular interna ou subclávia, desembocando na veia cava superior para infusão de medicamentos e nutrição parenteral. Essa via de acesso é viabilizada nos momentos em que o paciente não apresenta mais acesso venoso periférico, nos casos de pacientes que necessitem de um grande volume de soluções injetáveis, infusão rápida de drogas ou controle de pressão venosa central.

Observação:

Verificar orientações de Rotina Prevenção de Infecção de Corrente de Sanguínea.

Material

- 01 bandeja de pequena cirurgia;
- 01 par de luvas estéril;
- 01 intracath(Kit) para Subclávia nº16x12 adulto;
- 01 fio de sutura mononylon 3.0 com agulha 2cm cortante;
- 01 polifix (se não houver torneirinha de 3 vias);
- 01 lamina de 11 ou 15;
- 01 agulha 30x7 ou 13x4,5;
- 01 seringa de 20ml;
- 10 ml de xilocaína a 2% sem vasoconstritor;
- 01 equipo para infusão;
- 01 frasco de solução fisiológica 0,9% 250 ml;
- 50 ml PVPI 10%, álcool 70% ou clorexidina
- 50 cm de micropore ou esparadrapo;
- 01 pacote de gaze;
- 01 capote estéril, máscara, gorro.

- 01 campo estéril

Procedimento

- Organizar o material;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento; conectar a solução fisiológica 0,9% no equipo e polifix e retirar o ar do sistema;
- Abaixar a cabeceira do leito se necessário;
- Posicionar o paciente no leito em decúbito dorsal-horizontal;
- Lavar as mãos, calçar luvas de procedimento;
- Oferecer ao médico máscara, avental e luvas;
- Pedir ao paciente que vire a cabeça para o lado para realização da punção;
- Oferecer solução anti-séptica;
- Aguardar a punção;
- Entregar o equipo ao medico para conexão com cateter;
- Abrir o soro;
- Aguardar o termino do procedimento (fixação do cateter);
- Tirar as luvas, lavar as mãos;
- Fazer curativo local, conforme manual de curativos da CCIH;
- Levantar a cabeceira do leito;
- Organizar o material;
- Fazer anotações de enfermagem;
- Anotar gastos/ repor o material se necessário;

Observação:

- Preferir salas de procedimentos;
- Promover ambiente limpo e protegido com biombo se necessário.

Montagem de Pressão Venosa Central (PVC) Material

- 01 equipo com fita graduada para PVC;
- 01 frasco de soro de 500 ml;
- 01 suporte de soro;

- 40 cm de fita adesiva;
- 01 régua de medida de PVC;

Observação:

Já instalado cateter venoso central.

Procedimento:

- Organizar o material
- Colocar o material à beira do leito do paciente;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, reto com cabeceira e pés do leito na mesma direção, sem nenhuma inclinação para cima ou para baixo;
- Posicionar uma das extremidades da régua de PVC na linha do tórax anterior, apêndice xifóide, ou na linha axilar media;
- Direcionar a outra extremidade ao suporte de soluções posicionado ao lado, mantendo-a em linha reta de modo que a ampola com água da régua de PVC se mantenha alinhada, com a bolha de ar centralizada, indicando precisão na medida;
- Marcar no suporte de soro com a fita adesiva o ponto zero para medida de PVC, de acordo como determinado pela medida da régua;
- Fixar a fita graduada no suporte de soro com o zero da medida da linha entre o paciente e o suporte;
- Circular com uma caneta vermelha, para destaque, o ponto zero da fita;
- Retirar todo o ar do equipo de PVC com o soro fisiológico;
- Fixar o equipo no suporte de modo que a via dupla, (uma via ficará para instalação do soro fisiológico e a outra para a medida), fique posicionada para cima, e a via única (mais comprida), para baixo, para ser conectada ao cateter central;
- Instalar a via única do equipo (a mais comprida) no cateter central do paciente.

Passos para realizar a medida:

- Pinçar a solução do equipo de PVC, pois ele já estará preenchido com o soro fisiológico, sendo removido todo o ar;
- Abrir o acesso de passagem de solução do equipo de PVC para o paciente.
- Fechar as vias de infusão de outras soluções,a tampa da via dupla para medida e aguardar a descida da solução no equipo;
- Observar em qual ponto da fita graduada há oscilação da solução;
- Marcar o ponto de oscilação o qual determina a medida do PVC;
- Fechar a via do equipo de PVC para o paciente e abrir a das outras soluções;
- Preencher novamente o equipo de PVC com o soro;
- Pinçar o equipo;
- Tampar a ponta do equipo usada para a realização da medida;
- Anotar na ficha de controle do paciente;
- Trocar equipo sempre que apresentar sangue em sua parede interna;
- Trocar o equipo a cada 24 horas; Datar e assinar o dia da troca;
- Valores normais: 7 a 12 cm de água

Observação:

Verificar outras orientações da rotina de prevenção de infecção de corrente sanguínea da CCIH.

Aspiraçao Oronasotraqueal

Material

- Luva estéril;
- Cateter de aspiração estéril com furos (sonda de aspiração ou sonda uretral);
- Soro fisiológico 0,9%, seringa de 20 ml estéril;
- Vidro aspirador;
- Borracha látex;

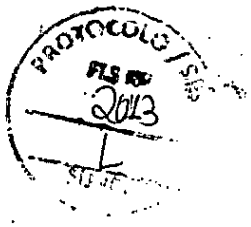
PROTOCOLO SES 2012

- Máscara;
- Óculos;
- Gorro e avental.

A técnica:

Utilizar técnica asséptica na aspiração endotraqueal:

- Lavar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento;
- Colocar máscara;
- Calçar luvas, mantendo a mão direita sem contaminação;
- Pegar o cateter com a mão direita enluvada;
- Conectar o látex tendo cuidado para não contaminar a luva e o cateter;
- Segurar o látex e ligar o aspirador com mão esquerda;
- Não introduzir o cateter sem antes dobrar o látex para evitar lesão de mucosa pela sucção;
- Aspirar na seguinte seqüência: traqueostomia ou cânula orotraqueal, nariz e boca;
- Durante a aspiração realizar movimentos circulares com cateter (nunca em movimentos de vai - e - vem);
- Durante a aspiração instilar soro fisiológico em pequena quantidade para facilitar o desprendimento de secreções espessas;
- Se o paciente estiver sob ventilação mecânica, o procedimento deve ser rápido oxigenando o paciente a cada aspiração com O2 a 100% com auxílio de Ambu;
- Após o procedimento, irrigar ponta do cateter com soro fisiológico mantendo o aspirador ligado fazendo assim a limpeza do látex e também do cateter. O cateter deverá ser desprezado, pois é de uso único;
- Após o procedimento retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Retirar a máscara, gorro, óculos e capote;
- Deixar o látex devidamente protegido, dentro de um saco coletor estéril;
- Desprezar a secreção do frasco coletor no final de cada aspiração no vaso sanitário, no expurgo;



- Enxaguar o frasco;
- Trocar o látex e o vidro de aspiração a cada 24 horas.

Observação:

- Quando se refere em manter a mão direita sem contaminação é, manter a que você tem maior destreza. Referindo a esquerda que deverá ficar de luva, para sua proteção.
- A cada aspiração, lavar as mãos e usar luvas estéreis.
- Usar um cateter para cada aspiração.

Rotina de aspiração:

- Aspiração oral – sempre que necessário;
- Aspiração traqueal de 2/2h e S.O.S., de acordo com a prescrição da enfermagem.

O paciente com traqueostomia apresenta um risco de aquisição de Infecção Hospitalar entre 5 a 35% (em média).

Cuidados com Pacientes Traqueostomizados

- O paciente com traqueostomia apresenta um risco de aquisição de Infecção Hospitalar entre 5 a 35% (em média).
- A traqueostomia deve ser realizada com técnica asséptica;
- Manter a região da traqueostomia sempre limpa, trocando as gazes todas as vezes que acumular secreção;
- Trocar cadarço de fixação da cânula de traqueostomia diariamente, ou S.O.S;
- Quando a cânula externa de traqueostomia necessitar ser trocada deverá ser substituído por outra esterilizada, usando técnica asséptica;
- Realizar aspiração sempre que necessário para evitar obstrução e diminuição da luz na cânula.
- Orientações para a limpeza da cânula:

Material

- Cuba pequena estéril
- Soro fisiológico
- Gases
- Luva estéril

A. Cânula interna (macho):

- Lavar as mãos;
- Preparar o material
- Desconectar o circuito de umidificação, caso o paciente esteja recebendo oxigênio;
- Aspirar ao paciente pela técnica preconizada;
- Calçar as luvas;
- Remover suavemente a cânula, tendo-se o cuidado de seguir a curva da mesma, pois a manobra pode desencadear forte acesso de tosse;
- Imergir a cânula em solução filológica;
- Aspirar à cânula externa enquanto a cânula interna esta em solução. Se necessário, instilar soro para auxiliar a retirada de resíduos e crostas de sua parede.
- Verificar que não tenham permanecido partículas estranhas, como linhas de fibra de gazes.
- Retirar a cânula da solução, remover qualquer resíduo de secreção da mesma;
- Secar com compressa estéril
- Fazer a limpeza em volta da cânula com soro fisiológico, secando com gaze;
- Se necessário trocar o cadarço, mantendo a cânula fixa;
- Reinserir a endocânula fixando-a no ponto indicado;
- Registrar o procedimento no prontuário.

B. Cânula externa:

- A troca deve ser realizada pelo medico, seguindo técnica asséptica, em presença de secreção ressecada com risco de obstrução da mesma.

Observação:

Seguir demais orientações quanto a prevenção de pneumonia Hospitalar.

Em Relação as Atribuições

Atribuições Enfermeiro

- Discussão dos valores e objetivos de serviços de enfermagem;
- Caracterização da clientela atendida;
- Identificação das necessidades de assistência de enfermagem;
- Planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem segundo os critérios e as prioridades definidas;
- Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada;
- Previsão e provimento de recursos humanos, materiais, físicos e orçamentários necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem;
- Identificação das necessidades de orientação e treinamento dos funcionários;
- Orientação com avaliação dos funcionários durante a execução das atividades;
- Planejamento, execução e avaliação de programas de desenvolvimento de pessoal;
- Elaboração, implantação e avaliação de normas, procedimentos, rotinas e manual dos serviços de enfermagem;
- Manutenção de um sistema de informações eficientes;
- Prevenção de situações problemáticas;
- Promoção de integração do pessoal de enfermagem e manutenção de estratégias para sua motivação;
- Estabelecimento, utilização e avaliação de métodos de trabalho.

Enfermeiro Supervisor

A supervisão é um instrumento que contribui para a identificação de problemas, para avaliação dos mesmos, priorizando- os, propondo soluções, para realização de diagnósticos e intervenção na realidade. Utiliza técnicas psicológicas, sendo orientações, aconselhamento e motivação; de ensino (acompanhamento do processo de ensino aprendizagem, estimulação, orientação e treinamento) e de controle (conferencia, retificação, e participação para intervenção na realidade).

- Receber o plantão na chefia de enfermagem observando as principais ocorrências e pendências para serem concluídas;
- Prever e solicitar materiais necessários para o funcionamento do serviço;
- Distribuir os funcionários de acordo com a necessidade do serviço;
- Determinar a escala diária dos leitos;
- Cumprir e fazer cumprir regulamentos da instituição, rotinas, portarias, circulares e outras instituições;
- Planejar, participar e estimular a equipe a participar de cursos trabalhos e pesquisas realizadas na própria clínica ou em outras instituições;
- Liderar, supervisionar e executar, além de captar as necessidades de sua equipe de trabalho;
- Verificar prontuários, exames e preparo do paciente para cirurgias e exames;
- Realizar visitas aos pacientes;
- Puncionar jugular se necessário;
- Passar Sonda Vesical de Demora;
- Passar Sonda Vesical de Alivio;
- Realizar Curativos de grande porte de CDL ou Intracth;
- Prestar assistência a Parada Cardiorrespiratória junto com a equipe médica;
- Avaliar os pacientes graves e solicitar a avaliação do plantonista geral quando necessário;
- Avaliar as infusões de medicações em pacientes mais graves e monitorar sua infusão nos casos de quimioterapias e drogas vasoativas;

- Encaminhar pacientes graves a UTI, acompanhar transferência do paciente até a UTI;
- Desobstruir sondas vesicais de demora com irrigação;
- Passar sonda Nasoenterica;
- Passar sonda Nasogástrica;
- Instalar PVC
- Puncionar Port-a-Cath;
- Definir tipos de isolamentos;
- Elaborar manual de normas, rotinas e procedimentos do seu setor e deixar disponível a toda equipe no local de trabalho, sendo revisado periodicamente;
- Fazer escala de serviço dos técnicos de enfermagem;
- Evoluir pacientes graves, na ficha de equipe multidisciplinar;
- Prescrever cuidados de enfermagem;
- Observar o funcionamento dos equipamentos e materiais existentes na unidade, solicitar manutenção quando detectado algum problema;
- Zelar pela conservação de equipamentos hospitalares;
- Emitir parecer técnico na compra ou locação de materiais ou equipamentos;
- Encaminhar materiais hospitalares danificados para manutenção;
- Estabelecer sistemas e fazer orientação contínua quanto à prevenção de riscos ocupacionais;
- Implementar programas de educação continua e aperfeiçoamento para os técnicos de enfermagem;
- Supervisionar, esclarecer as duvida dos técnicos de enfermagem;
- Realizar treinamento periódico dos funcionários sob sua supervisão;
- Avaliar o desempenho da equipe, detectar problemas e oferecer soluções para o bom andamento do serviço;
- Elaborar projetos científicos;
- Avaliar a necessidade de acompanhamento para pacientes e autorizar sua permanência no hospital;
- Orientar acompanhante quanto às normas do hospital;



- Receber o familiar no horário de visita orientar e se necessário permitir a entrada de mais de duas pessoas ou o deslocamento do paciente para contato com filhos e netos menores, quando possível;
- Realizar eletrocardiograma;
- Orientar a mãe quanto à importância de amamentar o recém-nascido para não oferecer chupetas, mamadeiras ou outros alimentos;
- Esclarecer duvida de pacientes sobre cuidados após cirurgias e altas.
- Orientar a mãe sobre o perigo da amamentação cruzada;
- Avaliar resultados de exames e comunicar o plantonista ou ao médico assistente;
- Encaminhar o paciente para exames fora quando não são realizados na Instituição;
- Providenciar transporte e solicitar o técnico de enfermagem para acompanhar nos exames extras hospitalares;
- Comunicar parecer médico a outras especialidades;
- Avaliar as necessidades do paciente não observada pelo médico e interceder por ele junto à equipe, como parecer psicológicos, parecer de serviço social, parecer da nutrição;
- Acompanhar e assistir o plantonista nos casos de óbitos, entregar a declaração de óbito, e orientar quanto ao registro do mesmo;
- Lançar alta por óbito no sistema de imediato no horário correto e encaminhar para setor de internação o memorando comunicando o óbito para ser lançado no sistema na Prefeitura e Convênios;
- Entregar o corpo a funerária, IML ou SVO;
- Checar o carrinho de emergência e solicitar novos materiais, repondo corretamente;
- Atuar junto aos residentes orientandos e auxiliando nos procedimentos e protocolos, como exames não rotineiros, transferência interna e externa de pacientes, solicitação de vaga extra-hospitalar e transporte;
- Atender e anotar as solicitações da Gerência.

Atribuições dos Técnicos de Enfermagem

PROTOCOLO SES 2019

- Receber o plantão dos colegas nas enfermarias para estar ciente do estado de cada paciente;
- Receber o material permanente do posto e zelar pelas suas perfeitas condições de uso, comunicar a chefia caso necessite de manutenção ou substituição;
- Fazer previsão e requisitar material de consumo dos postos como luvas, máscaras, álcool, e materiais estéreis;
- Realizar trocas de leitos encaminhando os pacientes ao banho, realizar banho no leito nos mais graves e acamados;
- Verificar prescrição médica e buscar os medicamentos na farmácia quantas vezes for necessário;
- Aferir e anotar SSVV no prontuário e em caso de alteração comunicar a supervisora;
- Preparar e administrar as medicações;
- Atender a equipe médica quando solicitada;
- Observar e puncionar acesso venoso para administrar soro e medicamentos;
- Realizar enteróclise e pequenos curativos;
- Retirar sonda vesical de demora, nasogástrica, nasoenteral e drenos conforme prescrição medica;
- Instalar oxigênio para o paciente conforme prescrição médica;
- Medir débito da sonda Vesical de Demora e dreno de tórax, anotando aspecto e volume;
- Trocar o selo d´agua do dreno tórax;
- Proporcionar e zelar pelo conforto e organização do posto e das enfermarias deixando ambiente limpo e tranqüilo;
- Promover organização do posto;
- Comunicar com o laboratório exames de rotina e de urgências;
- Solicitar coleta de gasometria;
- Marcar exames como EDA, ECO, USG, EEG, ECG, TC, etc.;
- Comunicar ao banco de sangue as hemotransfusão;
- Realizar o relatório de enfermagem completo e coerente com o estado geral do paciente, com SSVV e intercorrências;

- Entrar em contato com a supervisão em caso de dúvida em relação a medicações, exames e pacientes graves;
- Chamar plantonista da Instituição em caso de parada Cardio Respiratória e intercorrências;
- Receber o paciente no momento da admissão, levando-o até seu leito e apresentando-o para os demais das enfermarias, orientar quanto as normas do hospital, horários de visitas, etc;
- Fazer admissão no prontuário, no livro de admissão e na lista de pacientes do posto;
- Ouvir o paciente nas solicitações, procurando transmitir segurança durante o tratamento, nos casos graves chamar a chefia;
- Comunicar a chefia em casos de exames e pareceres avisados ou não;
- Manter-se informado do quadro clínico, medicação, exames e procedimentos dos pacientes sob seus cuidados;
- Orientar, preparar e encaminhar o paciente no horário correto para exames, procedimentos e cirurgias;
- Perceber complicações em pacientes graves e comunicar a chefia;
- Preparar material e auxiliar nos procedimentos médicos e de enfermagem;
- Ser ético, respeitar o paciente e suas limitações, não denegrir sua imagem;
- Orientar o paciente na alta hospitalar e comunicar a família;
- Registrar a alta do paciente no prontuário e no livro do posto de enfermagem;
- Chamar maqueiro e auxiliar o mesmo em todas as remoções de pacientes;
- Acompanhar o paciente até a portaria com a chegada da família e pegar a assinatura dos responsáveis no papel da alta;
- Entregar uma via do papel da alta para a internação lançar no sistema;
- Arquivar a via assinada pela internação no prontuário do paciente.

Rotina para Encaminhamento de Exames e Biópsia Renal Rotina para exames

Quando exames Laboratoriais:

- Devem ser colocados na caixa de exames do setor;
- Avisar imediatamente o laboratório quando o exame for de urgência, caso não seja, aguarde sua passagem nos postos;
- Seguir técnica de coleta descrita pelo laboratório para exames colhidos pela enfermagem (EAS, fezes, escarro,)
- Exames de imagem (USG, ECO, TC,) devem ser agendados pela supervisão e quando não realizados na Instituição, encaminhar para o serviço social para ser autorizado junto à diretoria;
- Quando exame de alto custo encaminhar relatório médico com justificativa para o Serviço Social e aguardar resposta data, local e horário da realização do exame;
- Anotar data, horário, preparo prescrito pelo médico, material necessário e nome do funcionário que agendou o exame.

Rotina para Biópsia Renal Percutânea Preparar o material necessário:

- Bandeja de pequena cirurgia;
- Agulha 40/ 12;
- Agulha 25/ 7;
- Seringa 20 ml;
- Lâmina de bisturi nº 11 ou 15;
- 2 pacotes de gazes;
- 01 pacote de compressa;
- Xilocaína injetável sem vasoconstricção;
- 02 agulhas semi-automáticas para biópsia renal;
- Polvidine tópico;
- Peso (saco de areia);
- Recipiente com formol;
- Esparadrapo.

Procedimentos:

- Deixar preenchido o formulário da sala;

- Promover a desinfecção do leito para biópsia e arrumá-lo;
- Preparar o paciente, aferir P. A comunicar se alteração;
- Auxiliar médico assistente durante o procedimento;
- Após o término arrumar o quarto;
- Transportar o paciente para o leito em maca;
- Orientar o paciente quanto ao repouso absoluto por 4 horas e manutenção do peso sobre o local da punção;
- Recolher material utilizado;
- Encaminhar material ao laboratório de anatomia patológica;
- Aferir SSVV de 15 em 15 minutos na 1ª hora, após verificar de 30 em 30 minutos até completar 4 horas;
- Anotar e comunicar intercorrências;

Observar aspecto da diurese, quantidade e realizar anotações.

Cuidados de Enfermagem Imediatos Durante a Reação Alérgica

- Comunicar o médico imediatamente;
- Interromper imediatamente a infusão;
- Manter a via venosa com SG 0,9% ou SG 5%;
- Aumentar o fluxo de soro, principalmente em casos de hipotensão;
- Monitorar sinais vitais e cada 5 minutos, principalmente quando o paciente apresentar cianose, desconforto respiratório e edema;
- Manter acesso venoso permeável;
- Administrar oxigênio 02 l/m por cateter nasal ou máscara aos dispnéicos;
- Realizar a técnica de reanimação cardiopulmonar.

Intervenções de Enfermagem

- Manter em mãos agentes farmacológicos e equipamentos de emergências;
- Obter sinais vitais pré-quimioterapia;
- Alerta especial quando da administração do medicamento ao primeiro indicio de reação;
- Proceder a atendimento de emergência conforme critérios médicos;

- Ajudar o paciente a controlar a ansiedade.

Toxicidade Dermatológica das drogas

Toxicidade local ocorre quando a droga atinge os tecidos vizinhos ao local primário da inoculação da mesma e apresenta sinais e sintomas variados: flebites, urticária, dor, eritema, descoloração venosa e necrose tecidual pos-extravasamento. Já a toxicidade sistêmica inclui os seguintes sinais e sintomas: alopecia, urticária, foto sensibilidade, hiperpigmentação e outras.

Definições

Extravasamento – é o escape ou infiltração de drogas do vaso sanguíneo para os tecidos vizinhos.

Drogas vesicantes – são aquelas que causam irritação severa com formação de vesículas e destruição tecidual quando infiltrados fora do vaso sanguíneo. Os sintomas são: prurido em ausência de dor e dificuldade do retorno venoso.

Drogas irritantes – são aquelas que causam reação cutânea menos intensa quando extravasadas. Pode haver dor e queimação sem necrose tecidual ou formação de vesículas.

Pode estar presente sinal de inflamação (dor, calor, rubor e edema) e não há dificuldade de retorno venoso.

Característica da Lesão Tecidual

O tempo de duração de lesão tecidual depois do extravasamento de medicamento é variável. Com drogas vesicantes a lesão geralmente aparece gradualmente. Inicialmente o agente tóxico causa dor durante o extravasamento e após 7 a 10 dias aprecem eritemas, calor, dor, seguidos por uma ulceração progressiva. A ulceração pode aumentar por 02 ou 03 meses, podendo necrosar o tecido e comprometer tendões e articulações.

As reações imediatas de extravasamento são: queimação, desconforto e eritema.

Prevenção Do Extravasamento

- Não administrar fármaco vesicante em infusão continua prolongado através de veia periférica puncionada com scalp ou jelco;
- Evitar o uso de veias puncionadas há mais de 24 horas, mesmo que apresentem bom retorno venoso;
- Evitar punção de membros inferiores, submetidos à irradiação, edemaciados, com lesão ou metástases, correspondentes a mastoidectomia, submetidos a cirurgia, com distúrbios motores ou sensoriais e excessivamente puncionados;
- Escolher a via que ofereça à melhor proteção as articulações tendões e nervos, que cause o menor prejuízo anatômico e funcional e que ofereça melhores condições cirúrgicas caso ocorra extravasamento. Neste sentido, são mais adequadas às veias do antebraço, por serem mais calibrosas, menos tortuosa, moveis e distantes de articulações;
- A fossa ante cubital deve ser evitada ao máximo, apesar de ter as veias mais calibrosas e acessíveis. Pois no local existem estruturas importantes (artérias, nervos, tendões) que quando lesados, acarretam comprometimento articular, de difícil correção, ocasionando prejuízo funcional do membro (contratura, imobilidade) frequentemente irreparável;
- Puncionar com cuidado a veia escolhida, de preferência com scalp. Evitar jelco porque pode retardar a percepção de pequenos extravasamentos, e agulha comum, por ser difícil mobilização e fixação.
- Fixar o scalp com adesivo transparente, assegurando a imobilização da agulha dentro do vaso e o reconhecimento imediato de reações locais de infiltração do fármaco.
- Solicitar ao paciente a manutenção da mão ou do membro imóvel durante a aplicação do fármaco.
- Certifica-se do posicionamento correto do scalp ou Jelco antes de administrar o quimioterápico por meio das seguintes manobras.
  - Administrar inicialmente apenas o soro fisiológico;
  - Testar o retorno venoso;

- Observar queixa do edema e hiperemia que indiquem aos sinais de extravasamento;
- Observar as queixas do paciente, dor, queimação e aguilhadas são os sintomas de extravasamento;

- Em geral recomenda-se a aplicação dos quimioterápicos, vesicantes antes dos não-vesicantes, pois a veia esta mais estável e menos irritada no inicio do tratamento e, portanto, menos susceptível a lesões, ruptura e espasmo;
- Sempre que possível, a infusão dos quimioterápicos, especialmente dos vesicantes, deve ser feita em push (em bolus) (administram-se dois ml e esperam-se 15 segundos e assim sucessivamente), mas sempre, concomitante a infusão do soro de manutenção.
- O retorno venoso deve ser checado pelo menos a cada 2 ml de fármaco administrado;
- Manter a área puncionada sob observação constante durante o período de infusão do antineoplásico, especialmente ao tratar-se de fármaco vesicante;
- Instruir o paciente para relatar imediatamente qualquer anormalidade, como dor, queimação, formigamento, prurido ou agulhada;

Após aplicação do fármaco, lavar a veia com pelo menos 20 ml de soro ou água destilada antes de retirar o scalp. A técnica mais adequada consiste na menos irritante ao endotélio venoso.

Medidas de Enfermagem Imediatas em Extravasamentos

- Parar imediatamente a infusão e manter a agulha no local.
- Conectar uma seringa ao scalp para aspirar a medicação residual existente;
- Aplicar o antídoto ou compressas frias e/ou quentes, conforme recomendado.

O uso do antídoto deve ser prescrito pelo medico assistente e autorizado por protocolo definido pela Instituição.

- Evitar exercer pressão sobre o local do acidente;
- Remover o scalp e elevar o membro acima do nível do coração;

Notificar o médico do paciente e registrar a ocorrência em prontuário ou outro impresso específico, sendo importante registrar data e hora, tipo de agulha e calibre, local, fármaco administrado e sequência, quantidade extravasada, sinais e sintomas apresentados, tratamento realizado e assinatura do enfermeiro responsável.

Rotinas Operacionais

No Manual desenhado no item 4.2.6.1, já estão descritas Rotinas Operacionais.

Cuidados com Pacientes Clínicos quando Admitidos

Após admissão observar conforme rotina:

- Edema, dispnéia;
- Cianose de extremidades;
- Estado geral do paciente: unhas, pele e cabelo;
- Orientar e mantê-lo em repouso no leito: membros inferiores elevados;
- Administrar medicação prescrita com rigor;
- Oferecer coletor de diurese para aferir e anotar diurese: observando cor, aspecto e odor;
- Observar com rigor sangramentos orais, hematomas; quando o paciente recebe anticoagulantes orais ou parenterais;
- Administrar oxigênio úmido sob cateter nasal ou máscara de macronebulação, conforme prescrição médica;
- Observar nível de consciência;
- Observar funcionamento intestinal;
- Ouvir e tentar solucionar queixas;
- Providenciar emolientes / hidratantes para pele, nos casos de rachaduras, edema MMII, para passar no paciente;

- Liberar acompanhante familiar de acordo com o estado geral do paciente;
- Proporcionar terapias no leito em estados graves de ICC com uso de drogas vaso ativa em bomba de infusão;
- Proporcionar ambiente calmo e tranquilo;
- Solicitar atendimento psicológico sempre que detectar necessidade;
- Quando paciente acamado, debilitado, proceder à higienização no leito ou chuveiro de acordo com o estado geral do paciente;
- Proceder à mudança de decúbito de 2/2 horas, para evitar úlceras por pressão;
- Realizar massagem de conforto, principalmente em proeminências ósseas;
- Hidratar a pele do paciente com óleo de girassol, dersani ou trigliceril;
- Aspirar secreções orais ou pela tranqueostomia com técnica asséptica conforme necessidade (ver rotina de prevenção de Pneumonia da CCCIH);
- Manter o paciente limpo e seco;
- Retirá-lo do quarto para o banho de sol e socializá-lo com outros pacientes;
- Orientar familiares quanto à necessidade de visitas regulares.

Cuidados com o Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio:

- Mantê-lo em repouso absoluto no leito;
- Verificar e anotar os sinais vitais de 1/1 hora;
- Administrar medicação conforme prescrição do médico;
- Solicitar dieta livre para nutrição e observar aceitação;
- Colocar o paciente em posição de fawler mais oxigênio terapia conforme prescrição;
- Administrar medicação S.O S em caso de precordialgia;
- Observar cianose de extremidades;
- Proporcionar sono/repouso/ambiente calmo e tranquilo;
- Observar com rigor temperatura da água quando encaminhado para higienização corporal;

- Proporcionar terapias, livros, TV, atividades manuais, conforme estado geral do paciente;
- Restringir número de visitas;
- Autorizar acompanhante familiar conforme estado do paciente;

Cateterismo Cardíaco

Exame cardiológico evasivo feito para diagnosticar ou corrigir problemas cardiovasculares, como a visualização de um estreitamento geralmente formado por uma placa de gordura na artéria coronária.

Sua indicação é para mostrar obstruções das artérias que irrigam a musculatura do coração (coronárias).

Preparo para Cateterismo Cardíaco

- Encaminhar paciente para higienização corporal e oral;
- Orientá-lo quanto jejum;
- Retirar roupa íntima prótese dentária e guardar no armário de pertences, oferecendo roupa do hospital;
- Solicitar maqueiro para encaminhar paciente com os exames para hemodinâmica.

Procedimentos de Cateterismo Cardíaco

- Preparar leito do paciente;
- Receber o paciente, passando-o da maca para leito em decúbito dorsal, orientá-lo para não fletir o membro do procedimento;
- Revisar o curativo compressivo;
- Apalpar artéria pediosa, e observar cianose de extremidades;
- Aferir a anotar sinais vitais, principalmente PA e pulso.

Angioplastia

Desobstrução de artérias coronária ou ponte de safena que estejam comprometidas por uma placa de gordura ou um coágulo. É feito usando-se um

balão que, posicionado e inflado no ponto que está obstruído, restabelece a circulação sanguínea local.

Preparo Para Angioplastia

- Encaminhar paciente para higienização corporal e oral;
- Orientá-lo quanto jejum;
- Retirar roupa íntima prótese dentária e guardar no armário de pertences, oferecer roupas (pijamas) do hospital;
- Solicitar maqueiro para encaminhar paciente com os exames para hemodinâmica.

Angioplastia

- Preparar leito do paciente;
- Receber o paciente, passando-o da maca para leito em decúbito dorsal, orientá-lo para não fletir o membro do procedimento;
- Revisar o curativo compressivo;
- Apalpar artéria pediosa, e observar cianose de extremidades;
- Aferir a anotar sinais vitais, principalmente PA e pulso;
- Administrar com rigor anticoagulante conforme prescrição médica.

Estudo Eletrofisiológico

É um exame realizado por meio de introdução de cateteres que chegam até o coração e são guiados por imagem radiológica (R.X), com a finalidade de detectar e avaliar uma arritmia cardíaca.

- Receber paciente cordialmente chamando-o pelo nome;
- Passar da maca para leito;
- Observar local da punção, jugular e femoral; mantendo curativo oclusivo;
- Orientar paciente quanto repouso no leito, não dobra o membro do procedimento;
- Verificar e anotar sinais-vitais;
- Manter ambiente calmo tranquilo para repouso no leito;
- Fazer troca de curativo compressivo conforme prescrição médica;



- Observar queixas e solicitar avaliação médica;
- Administrar medicação conforme prescrição médica.
- Verificar Sinais Vitais;
- Encaminhar paciente para higienização corporal e oral;
- Oferecer dieta conforme prescrição;
- Fazer troca de curativo.

Orientações para Alta

- Manter repouso em casa por 24h;
- Medicação conforme prescrição médica;
- Retorno ambulatorial conforme orientação médica.

Ablação

Tratamento utilizado para acabar com as arritmias cardíacas; que usa a energia de radio frequência aplicada diretamente nos focos das arritmias, com índice de cura hoje em torno de 95 a 98%, livrando inclusive o paciente do uso de medicamentos.

- Receber paciente cordialmente chamando-o pelo nome;
- Passar da marca para leito;
- Observar local da punção, jugular e femoral; mantendo curativo oclusivo;
- Orientar paciente quanto repouso no leito, não dobrou o membro do procedimento;
- Verificar e anotar sinais-vitais;
- Manter ambiente calmo tranquilo para repouso no leito;
- Fazer troca de curativo compressivo conforme prescrição médica;
- Observar queixas e medicações.

Ablação

- Verificar Sinais Vitais;
- Encaminhar paciente par higienização corporal e oral;
- Oferecer dieta conforme prescrição;
- Fazer troca de curativo.

PROTOCOLO HSS
FLS Nº 2031
RUBRICA

Orientações para Alta

- Manter repouso em casa por 24h;
- Medicação conforme prescrição médica;
- Retorno ambulatorial conforme orientação médica.

Marca-Passo

Aparelho implantável no paciente com peso de mais ou menos 14 gramas no tecido subcutâneo, com a finalidade de estimular o coração através de eletrodos, fios muito finos que transportam estímulo elétrico até o coração, fazendo o trabalho do marca-passo natural, quando este não funciona de forma adequada.

Pré Operatório de Implante de Marca-Passo

- Aferir pulso e encaminhá-lo para higienização corporal com auxílio;
- Oferecer camisola ou pijama limpo;
- Retirar prótese e roupa íntima;
- Solicitar maqueiro para encaminhar pacientes mais exames para centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas.

Pós Operatório de Implante Marca-Passo

- Preparar o leito do paciente;
- Receber o paciente, passando-o da maca para o leito em decúbito dorsal;
- Orientá-lo para não dobrar o membro superior do lado da ferida operatória;
- Observar sangramento no local;
- Aferir e anotar sinais vitais, principalmente P.A e Pulso;
- Orientá-lo quanto ao repouso no leito;
- Solicitar acompanhamento familiar de acordo com o estado do paciente.
- Encaminhar o paciente para higienização corporal e oral com auxilio
- Oferecer o desjejum e observar aceitação;
- Realizar a troca de curativo na ferida operatória, observando:

- Hiperemia;
- Exsudado local;
- Alergia do esparadrapo;
- Edema.



Curativo

- Lavar com S.F. 0,9%;
- Secar;
- Ocluir;
- Manter aberto após 24h

Orientações para Alta de Marca Passo

- Não usar colchão magnético;
- Não passar em porta giratória de banco;
- Orientar quanto à importância da data e hora do retorno ambulatório;
- Orientar o paciente e a família quanto à importância de administrar a medicação correta;
- Cuidados com a ferida operatória;
- Uso restrito do celular;
- Orientar a família e o paciente caso observe hiperemia e ou drenagem pela ferida operatória retornar.

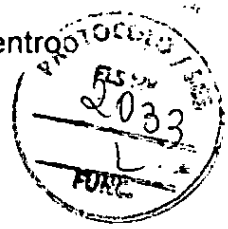
Desfibrilador Implantável

Aparelho implantável com peso de mais ou menos 14 gramas é implantado na altura do tórax, que tem como função estimular o coração a bater de forma sincronizada, e também reverter uma arritmia; provocando uma descarga elétrica, salvando a vida do paciente.

Pré Operatório de Implante de Desfibrilador Implantável

- Aferir pulso e encaminhá-lo para higienização corporal com auxílio;
- Oferecer camisola ou pijama limpo;
- Retirar prótese e roupa íntima;

- Solicitar maqueiro para encaminhar paciente e os exames para centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas.



Desfibrilador Implantável

- Preparar o leito do paciente;
- Receber o paciente, passando-o da maca para o leito em decúbito dorsal;
- Orientá-lo para não dobrar o membro superior do lado da ferida operatória;
- Observar sangramento no local;
- Aferir e anotar sinais vitais, principalmente P.A e Pulso;
- Orientá-lo quanto ao repouso no leito;
- Solicitar acompanhamento familiar de acordo com o estado do paciente.

Observação:

Caso haja descargas continuas do gerador (choque) comunicar com o cardiologista e colocar imã no local do aparelho.

- Encaminhar o paciente para higienização corporal e oral com auxilio;
- Oferecer o desjejum e observar aceitação;
- Realizar a troca de curativo na ferida operatória, observando:
- Hiperemia
- Exsudato local
- Alergia do esparadrapo
- Edema

Curativo

- Lavar com S.F. 0,9% o Secar
- Ocluir
- Manter ocluido nas primeiras 24h

Orientações para Alta de Desfibrilador Implantável

- Não usar colchão magnético;
- Não passar em porta giratória de banco;
- Orientar quanto à importância da data e hora do retorno ambulatório;
- Orientar o paciente e a família quanto à importância de administrar a medicação correta;
- Cuidados com a ferida operatória;
- Uso restrito do celular;

Orientar a família e o paciente caso observe hiperemia e ou drenagem pela ferida operatória retornar.

Clínica Cirúrgica

Pré-Operatória Mediato

É o período em que o paciente aguarda procedimento cirúrgico; vai desde o momento da internação até 24 horas antes da cirurgia. Neste período que são realizados todos os exames pré-operatórios.

Cuidados para Cirurgias

- Orientar o paciente sobre a hora e data ao da cirurgia.
- Rever exames já realizados como:
- Hemograma Completo
- E.C.G
- Bioquímica
- Eletrocardiograma
- Ecodopler
- Cateterismo Cardíaco
- Raios-X de Tórax
- Orientar paciente quanto a dieta.
- Ouvir a tentar solucionar dúvidas e queixas do paciente.
- Observar:
- Presença de feridas na pele
- Estado de conservação dos dentes e mucosa oral.



- Cabelos e couro cabeludo.

Pré-Operatório Imediato

É o período em que o paciente aguarda procedimento cirúrgico; vai desde o momento da internação até 24h antes da cirurgia.

- Orientar paciente sobre dieta zero de acordo com horário da cirurgia;
- Informar o horário correto do procedimento cirúrgico;
- Aferir e anotar medidas antropométricas;
- Encaminhar paciente para higienização corporal com clorexidina e oral, oferecendo camisola e pijama limpos.
- Retirar próteses / roupas íntimas/ adornos do paciente.
- Conferir com o paciente todos o pertences, rotular e guardar.
- Aferir e anotar sinais vitais;
- Administrar medicação conforme prescrição médica:
  - Antibioticoterapia profilática na indução anestésica
  - Ansiolítico leve.
- Solicitar maqueiros e encaminhar e encaminhar o paciente com os exames para o centro cirúrgico.

Pós-Operatório de Pacientes Encaminhados da UTI

- Preparar o leito do paciente
- Receber paciente passando-o da maca para o leito em decúbito dorsal
- Observar o nível de consciência e colocá-lo em posição de Fowler
- Colocar roupa do hospital, camisola/pijama limpos.
- Observar o paciente quanto:
- Cianose de extremidades
- Dispnéia
- Náuseas/ Vômitos
- Aspecto da ferida operatória

PROTOCOLO
FLS Nº 2036

- Observar a presença de drenos fechados, abrir o dreno, observando cor, aspecto e volume.
- Observar a presença de S.V.D, abrir a sonda;
- Aferir e anotar sinais vitais;
- Orientar o paciente quanto a importância da deambulação e repouso.

Orientações Gerais para o Paciente

- Observar e comunicar caso tenha drenagem de líquidos pelo orifício dreno.
- Orientar quanto à prevenção de dor, náuseas e vômitos.
- Orientar quanto à importância da aceitação das dietas oferecida.
- Solicitar acompanhamento familiar.
- Ouvir e tentar solucionar queixas.
- Entregar todos os pertences, incluído prótese dentaria.
- Orientar quanto à importância da deambulação.
- Orientar quanto à importância da higienização oral e corporal.

Curativos Cirúrgicos

- Lavar as mãos;
- Levar o material até a unidade do paciente;
- Solicitar os acompanhamentos para se retirarem do quarto;
- Proceder ao curativo
- Calçar luvas;
- Usar máscara;
- Retirar curativo sujo conforme a técnica asséptica;
- Abrir pacote de curativo, conforme a técnica asséptica;
- Limpar o leito da ferida com S. F. 0,9% secar com gaze estéril;
- Observar aspecto do curativo se há presença de hiperemia, drenagem e edema local;
- Ocluir ferida operatória se houver drenagem, se não tiver presença de secreção deixar aberto após primeiras 24h;
- Recolher material de curativo.

- Encaminhar o paciente para deambulação assistida;
- Qualquer intercorrência solicitar avaliação do plantonista.

Orientações Para Alta

Paciente Cirúrgico

- Observar ferida operatória;
- Retirar pontos de acordo com a cicatrização (10 dias após cirurgia);
- Orientar paciente quanto ao retorno e medicação;
- Orientar pacientes quanto aos exames externos para controle: (Raio-X, E.C.G, Bioquímica, Ecodopler e demais exames);
- Orientar paciente, caso intercorrências procurar sempre orientação do médico assistente.

Orientar o paciente que se houver deiscência da ferida operatória após alta. Retornar com urgência ao hospital para avaliação e conduta.

Pacientes Clínicos

- Comunicar ao paciente sobre sua alta;
- Orientá-lo sobre medicação;
- Orientá-lo sobre o retorno, já agendado;
- Solicitar orientação de nutricionista;
- Comunicar familiares por telefone sobre a alta do paciente;
- Auxiliar o paciente a se vestir se houver necessidade;
- Aguardar chegada dos familiares na recepção de internação;
- Quando solicitar paciente de alta na recepção, a enfermagem encaminha o paciente de cadeira de rodas até a portaria e entrega-o para os familiares;
- Família assina alta do paciente;
- A internação lança alta no sistema.

Rotinas Operacionais – Clínica Médica

A Unidade de Clínica Médica é destinada ao tratamento de patologias eminentemente clínicas nas diferentes especialidades: endocrinologia, nefrologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, dermatologia e gastroenterologia, moléstias infecciosas e parasitárias entre outras, que vêm somar qualidade e interdisciplinaridade ao cuidado dos pacientes.

O posto de enfermagem da clínica segue a padronização da instituição, contendo um balcão com pia destinado principalmente para o preparo de medicações; armários para guarda de materiais como enxovais, materiais estéreis, soluções, entre outros; Box enumerados de acordo com os leitos para guarda de kits de medicações; suporte para guarda de prontuários, exames e impressos; possui ainda um balcão utilizado para realização de relatórios, evoluções e prescrição médica.

Na Clínica o cuidado dos pacientes envolve docentes, discentes, e profissionais das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia entre outras, que dentro da proposta de interação entre assistência, ensino, pesquisa oferecem um cuidar diferenciado.

Os leitos oferecidos pelo setor estão disponibilizados em enfermarias masculinas e femininas, visando atender pacientes clínicos referenciados pelas unidades básicas e unidades de urgências após a liberação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pela central de vagas municipal (controle e avaliação). As internações são exclusivamente custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Neurologia

Cuidados gerais com pacientes neurológicos clínicos

- Avaliar o quadro geral do paciente;
- Administrar medicação prescrita com rigor;
- Observar nível de consciência;
- Supervisionar a aceitação da alimentação, assim como a capacidade de deglutição;

PROTOCOLO
FL
2039
FOLHA

- Realizar cuidados com nutrição enteral;
- Em casos de disfagia, solicitar avaliação da fonoaudiologia;
- Solicitar atendimento psicológico sempre que detectar necessidade;
- Avaliar liberar acompanhante familiar de acordo com o estado geral do paciente;
- Proporcionar ambiente calmo e tranquilo;
- Promover à mudança de decúbito de 2/2 horas e providenciar colchão caixa de ovo para evitar úlceras por pressão;
- Em casos de hemiparesia evitar punções venosas no lado afetado;
- Promover hidratação corporal do paciente;
- Realizar massagem de conforto, principalmente em proeminências ósseas;
- Aspirar secreções orais ou pela traqueostomia com técnica asséptica conforme necessidade (Rotina Prevenção de Pneumonia);
- Realizar cuidados na incontinência vesical (bexiga neurogênica) (Ver Rotina prevenção de infecção de vias urinárias);
- Manter o paciente limpo e seco;
- Estimular o paciente quanto à auto-ajuda para executar as atividades de vida diárias (AVD´s)
- Observar funcionamento intestinal;
- Ouvir e tentar solucionar queixas;
- Quando pacientes acamado, debilitado; proceder à higienização no leito ou banho de aspersão de acordo com o estado geral do paciente;
- Realizar a higiene oral.

Plantão Noturno

O trabalho é realizado no período das 19 as 07hs.

O enfermeiro exerce assistência de enfermagem dentro de principios, científicos, éticos e de humanização a pacientes adultos e pediátricos, clínicos e cirúrgicos, em estado crítico, semi-crítico, intermediário e auto-cuidado, encaminhados do Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva.

PROTOCOLO / SES
FLS 2040
FUNES

O plantão noturno tem uma rotina própria, sendo que a maior parte das atividades assistenciais é realizada até as 24hs. Depois disto, a equipe de enfermagem fica a disposição para atender as solicitações dos pacientes e as intercorrências com os mesmos.

São administradas medicações de rotina as 02, 04 e 06 horas. Em torno das 05 horas, são realizadas as avaliações e registros dos pacientes para o término do plantão às 07 horas.

Quando houver algum problema, deve-se identificar em qual plantão ocorreu o fato e qual o enfermeiro responsável para que se possa esclarecer e solucionar as dúvidas, ou se julgar necessário para que se passe o caso para o supervisor tomar as devidas providências.

Não há serviço de apoio disponível, sendo que todos os encaminhamentos são realizados pela equipe de enfermagem da unidade.

Em situações de urgências/emergências o médico plantonista é acionado e aguardado para tomar as condutas médicas necessárias. Em quanto isso a equipe de enfermagem presta assistência básica de urgência, dentro dos limites éticos-legais.

São coletadas amostras de sangue dos pacientes que estiverem hemodinamicamente instáveis, em caráter de urgência.

A ordem do local reflete o nosso compromisso com o bem estar de todos.

Fluxos

Trânsito de Pessoas e identificação

O acolhimento e autorização para acesso de pessoas será feito, exclusivamente, pelas entradas principais de atendimento do edifício, sendo proibido o transito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais..

O transito de funcionários e prestadores de serviços nas dependências do HUGO será feita, exclusivamente, pela entrada de serviço.

661 PROTOCOLO HUGO 2041

Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e colaboradores que tiverem acesso às dependências deverão portar crachás específicos bem como, terem sua entrada e saída registrada em livro próprio e / ou controle eletrônico, conforme o caso.

Serão reconhecidos como crachás – adesivos autocolantes:

Acompanhante: destinado a acompanhantes de pacientes que farão uso dos serviços prestados no Hospital;

Visitante: destinado a visitantes, fornecedores e demais pessoas que desejem ter acesso às dependências do Hospital, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;

Funcionários: Crachá funcional/nominal;

Prestador de Serviço: destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acesso às instalações.

A entrega de crachá e ou adesivos autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade do mesmo. Os mesmos deverão ser usados na parte superior do corpo, em local de fácil visualização.

Os funcionários em trânsito também deverão ser identificados através do crachá e ter a entrada registrada em livro próprio ou controle eletrônico. Nos casos em que o colaborador em trânsito não estiver portando o crachá, a Recepção Central deverá verificar junto a Coordenação o cadastro do profissionalr e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

Os funcionários das empresas terceirizadas, como os de limpeza, manutenção e de vigilância, Nutrição e Dietética, no exercício de suas funções dentro das instalações do HUGO também deverão possuir e fazer o uso de crachá de identificação próprio da empresa contratada.

O controle de circulação de pessoas, fora dos horários normais de expediente ficará a cargo da empresa responsável pela vigilância e será feito mediante anotações em livro próprio, registrando-se o destino e o horário do ingresso e da saída. O acesso somente será permitido com a respectiva identificação e autorização do responsável pela Unidade / Coordenação ou direção receptora.

A critério do HUGO poderá ser interditado o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda proibido o acesso de vendedores, agenciadores. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição. Fica proibido o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vedada a entrada de visitantes ou prestadores de serviços alcoolizados.

Trânsito de volumes, objetos e bens móveis.

A saída ou o recebimento de mercadorias só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da ***Autorização de Saída de Material***, que será sempre emitida, em duas vias, pela ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada. Essa via deve ser apresentada na Recepção para a saída mercadoria. A mesma deve ser devolvida no ato da devolução da mercadoria.

A medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço, etc.

Vigilância e Segurança Patrimonial

Haverá plena fiscalização das equipes de vigilância, devendo as mesmas ser executadas por empresa contratada, na forma da legislação vigente.

É expressamente proibido manter ou guardar substâncias capazes de fornecer risco à segurança dos prédios (Sede e Unidades), notadamente explosivos e

inflamáveis, substâncias tóxicas ou materiais que exalem odores e impacto ambiental, salvo quando houver instalações apropriadas para tal e com pleno consentimento / deliberação superior, bem como os casos aplicáveis à gestão dos resíduos de saúde, constantes nesta Proposta de Trabalho.

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas.

Em caso de sinistro, conflito ou qualquer outra situação que possa afetar a ordem e a segurança, o esvaziamento do prédio será conduzido por pessoas treinadas, pertencentes ao Serviço de Vigilância, à Gerência de Logística e à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Qualquer desaparecimento de material, bem como os danos decorrentes de má utilização ou uso indevido das instalações, equipamentos e materiais deverá ser comunicado, imediatamente e por escrito à autoridade responsável por esta atribuição.

O responsável pela Unidade / Posto e consequentemente pelas instalações, equipamentos ou materiais sob sua guarda e responsabilidade, deverá comunicar primeiro o Diretor Geral para providências de registrar o Boletim de Ocorrência Policial, em até três dias úteis, subsequentes ao conhecimento do fato.

O **IGES** adotará providências cabíveis, promoverá a instauração de sindicância visando à apuração do ocorrido, bem como comunicar à empresa prestadora de serviço de vigilância.

Concluída a sindicância e caracterizada a existência de responsável pela avaria ou desaparecimento do material, independentemente de outras penalidades, sujeitar-se-á o envolvido a uma das seguintes opções:

- Arcar com as despesas da recuperação do material;
- Substituir o material por outro com as mesmas características;
- Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado.

O **IGES** não se responsabilizará pelo desaparecimento de materiais e objetos de propriedade particular, não cabendo assim, qualquer providência administrativa.

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no setor destinado ao protocolo.

É vedada a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações do Hospital.

Circuito Interno de TV - CFTV / Sala de Monitoramento

O **IGES** pretende criar e implementar um Sistema de Monitoramento através de Circuito Interno de TV - CFTV, composto por um avançado parque tecnológico de câmeras, monitores e acessórios correlatos para monitoramento, em tempo real, de toda a situação interna e externa do Hospital.

Tal sistema implantará câmeras de monitoramento em locais estratégicos para manutenção da segurança do Hospital, como recepção e locais de circulação, entrada e saída de pessoas/colaboradores, estacionamento, almoxarifado, farmácia e corredores internos, além da possibilidade do monitoramento das calçadas e imediações do prédio, na forma da legislação vigente.

Sala de Monitoramento equipada com monitores de LCD, que transmitirão as informações para o gestor e para o setor de segurança, e que ficarão gravadas para consulta / providências cabíveis.

O monitoramento **também poderá ser realizado à distância** por setores / pessoas previamente autorizadas, que poderão tomar providências imediatas e eficazes para resolução dos problemas sem, contudo, dispensar a atenção.

A instalação do circuito obedecerá à legislação vigente, sobretudo a Lei do Município de Goiânia de nº. 8.367, de 22 de Dezembro de 2005, na qual dispõe sobre a colocação de placas informativas. Estas placas de aviso serão

instaladas nos locais monitorados e informarão sobre o circuito de câmeras, proporcionando embasamento jurídico/legal, bem como ampliando a sensação de segurança para as pessoas/colaboradores.

5. Qualificação Técnica

5.1 PROPOSTAS DE REGULAMENTO E REGIMENTOS INTERNOS

5.1.1 REGULAMENTO DO Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO

Reorganiza o Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO, do Sistema Estadual de Saúde de Goiás, e dá providências correlatas.

O Diretor Geral do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de buscar a otimização da qualidade dos serviços, oferecendo maior humanização e conforto no atendimento ao usuário e estabelecendo melhor definição da responsabilidade sobre o resultado final reorganiza a instituição hospitalar nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO I

Das Disposições Preliminares

Artigo 1º - O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO fica reorganizado nos termos deste Regulamento.

Parágrafo único: O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da **Cruz – HUGO**, doravante também denominado simplesmente pela sigla **HUGO,** reger-se-a pelo presente Regulamento, seus Regimentos e Normas Internas e pelas Legislações Federal, Estadual e Municipal.

Artigo 2º - O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO tem por **Missão** prestar atendimento em urgências e emergências com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar a saúde física, mental e social do usuário.

Artigo 3º - O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO tem por **Visão** ser um hospital de referencia nacional em atendimento às urgências e emergência, comprometido com a humanização e a qualidade dos serviços prestados, buscando sempre a total satisfação dos clientes internos e externos.

Artigo 4º - O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO é um tipo de unidade Hospital de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, tendo como prioridade o trauma, em pacientes de qualquer faixa etária, especializado em média e alta complexidade em Urgência e Emergência, Clinica Cirúrgica e Clinica Medica, regulados pelos Complexos Reguladores, Estadual e Municipal, sendo referencia para a Região Metropolitana de Goiânia e todo o estado, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente.

Artigo 5º - O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO tem por finalidades;

I - integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS como parte do sistema de referência e contra referência no plano de atenção secundária e terciária, oferecendo retaguarda ao atendimento primário e estabelecer-se como porta de entrada da Rede de Urgência do Sistema Estadual de Saúde de Goiás;

II - colaborar com as autoridades sanitárias e epidemiológicas, contribuindo na atenção à saúde e na promoção da saúde;

III - servir de campo de ensino, treinamento, aperfeiçoamento e pesquisa para estudantes e profissionais atuantes nas áreas hospitalar e de saúde pública e em outras atividades ligadas à saúde.

IV - proporcionar meios para a reabilitação física e social dos seus usuários.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Artigo 6º - O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO, tem em sua estrutura:

I – Diretoria Geral;

II – Diretoria Técnica de Saúde; Diretoria Administrativa e Financeira;

III – Diretoria de Enfermagem

IV- Chefias de Unidades, Serviços e Clínicas.

Parágrafo **1º:** A Diretoria Técnica tem que ser exercida por um Diretor Médico.

Artigo 7º As Comissões Técnicas e o Comitê de Qualidade do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO:

I – Comitê de Qualidade

II - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

III - Comissão de Ética Médica

IV - Comissão de Ética em Enfermagem

V - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

VI - Comissão Multidisciplinar da Bioética

VII – Comissão de Verificação de Óbitos

VIII – Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único

IX - Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia

X– Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

XI – Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

XII - Comissão de Residência Médica

XIII – Comissão de Residência Multiprofissional

XIV - Comissão de Gerenciamento de Riscos

XV - Comissão de Gerenciamento de Resíduos

XVI - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

XVII - Comissão de Ética em Pesquisa Científica

XVIII - Comissão de Educação Permanente

XIX- Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais.

Artigo 8º A Diretoria Geral tem em sua linha de subordinação a Diretoria Técnica de Saúde, a Diretoria Administrativa e Financeira.

Parágrafo 1º: A Diretoria Geral tem em sua composição a Seção de Apoio Operacional, a Seção Acompanhamento das Comissões, a Seção Ensino e Pesquisa com o setor de Biblioteca.

Parágrafo 2º: A Diretoria Geral é responsável e estabelece a Comunicação e a integração com o Instituto de Gestão em Saúde – IGES.

Parágrafo 3º: A Diretoria Geral compartilha a implantação do Modelo Gerencial, da Direção Colegiada e do Conselho Geral com IGES.

Artigo 9º A Diretoria Técnica de Saúde, que tem que ser exercida por um médico, está constituída:

1. Departamento Médico

1.1 Divisão de Clinica Médica

1.1.1 Seção de Cardiologia

PROTOCOLO RJ 1050 FUNC

1.1.2 Seção de Neurologia

1.1.3 Seção de Geriatria

1.2 Divisão de Ambulatório

1.2.1 Seção Recepção e Triagem

1.3 Divisão de Clinica Cirúrgica

1.3.1 Seção de Cirurgia Geral

1.3.2 Seção de Cirurgia Vascular

1.3.3 Seção de Traumatologia

1.4 Divisão de Urgência e Emergência

1.4.1 Seção de Pronto Atendimento

1.4.2 Seção de Terapia Intensiva

1.4.3 Seção de Emergência Clínica

1.5 Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

1.5.1 Seção de Análises Clinicas

1.5.2 Seção de Imagiologia

1.5.3 Seção de Anatomo Patológico e Citológico

1.5.4 Seção de Hemoterapia

1.5.5 Seção Nutrição e Dietética

1.5.6 Seção Psicologia

1.5.7 Seção Serviço Social

1.6 Divisão de Assistência Farmacêutica

1.6.1 Seção de Gerenciamento Farmacêutico

1.6.2 Seção de Almoxarifado Farmacêutico

1.7 Divisão de Arquivo de Prontuário Médico e Estatística

1.7.1 Seção Arquivo de Prontuário Médico

1.7.2 Seção de Estatística

2. Departamento de Enfermagem

2.1.1 Seção Clinica Médica

2.1.2 Seção Clinica Cirúrgica

2.1.3 Seção Centro Cirúrgico

2.1.4 Seção Materiais e Esterilização

2.1.5 Seção Terapia Intensiva

2.1.6 Seção Ambulatório

2.1.7 Seção Pronto Atendimento

Artigo 10º A Diretoria Administrativa e financeira está constituída:

3. Departamento Administrativo

3.1 Divisão de Materiais e Patrimônio

3.1.1 Seção de Compras e Suprimento

3.1.2 Seção de Almoxarifado e Patrimônio

3.2 Divisão de Logística

3.2.1 Seção de Manutenção Predial e Equipamentos

3.2.2 Seção de Lavanderia e Rouparia

PROTOCOLO
FLS NO
2052
FUNC

3.2.3 Seção de Higiene e Limpeza

3.2.4 Seção de Segurança e Transporte

3.2.5 Recepção e Telefonia

3.3 Divisão de Recursos Humanos

3.3.1 Seção de Administração de Recursos Humanos

3.3.2 Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos

4. Departamento Financeiro

4.1 Divisão de Gestão de Custos e Finanças

4.1.1 Seção de Faturamento

4.1.2 Seção de Acompanhamento de Contratos e Convênios

4.1.3 Seção de Planejamento e Controle

CAPÍTULO III

Do Patrimônio

Artigo 11º O Patrimônio do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz –, HUGO está constituído de bens móveis e imóveis (instalações, equipamentos, Instrumental, utensílios). O Hospital poderá receber doações, legados e subvenções que lhe forem consignadas por entidades públicas, particulares, nacionais e internacionais, e ainda pelos dígitos e rendas de serviços produzidos, através da Secretaria de Estado da Saúde/SESGO.

Parágrafo único – Toda renda oriunda de Contratos, Convênios e de Serviços Produzidos, será aplicada exclusivamente para as finalidades assistenciais, manutenção e expediente do hospital, cujos produtos não deverão gerar, aos seus dirigentes, lucros, dividendos ou quaisquer outras vantagens pecuniárias.

PROTOCOLO FLS Nº 2053

CAPÍTULO IV

Da Manutenção

Artigo 12º O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO será mantido por dotação orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde/SES, e dos recursos oriundos dos Serviços Produzidos, de Contratos e Convênios de pessoa física, jurídica de direito público ou privada inclusive internacional;

CAPÍTULO V

Do Pessoal

Artigo 13º O quadro de pessoal do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO é constituído de profissionais das áreas técnicas e administrativas, subvencionado pela Secretaria de Estado da Saúde. A admissão do servidor deverá obedecer ao regime jurídico vigente podendo receber excepcionalmente servidores de outras instituições, colocados à disposição da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

CAPÍTULO VI

Da Conceituação

Artigo 14º Para efeito deste Regulamento considera-se:

1. **Competência** – capacidade ou dever de agir ou decidir de uma autoridade;

2. **Atribuições** – deveres, obrigações e responsabilidades inerentes ao exercício do cargo ou função;

3. **Dever** – obrigação a que um servidor está sujeito, tanto aos trabalhos a executar, quanto aos demais aspectos das relações de trabalho;

4. **Responsabilidade** – obrigação de um servidor de responder pelos próprios atos, ou por atos de subordinação, com relação a um aspecto de qualquer trabalho.

CAPÍTULO VII

Das Competências

Artigo 15º Da Diretoria Geral

Ao Diretor Geral compete:

I. Dirigir e administrar o hospital em consonância com as normas contidas neste Regulamento e as determinadas pelas legislações federal e estadual Saúde;

II. Autorizar despesas ou execução de serviços;

III. Aplicar o Regulamento e o Regimento Interno do hospital;

IV. Autorizar a Diretoria Administrativa a praticar atos relativos a bens patrimoniais e outras correlatas;

V. Tomar as providências de caráter urgente, motivados por fatos imprevistos;

VI. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência, em conformidade com o disposto no Estatuto da SES;

VII. Baixar portarias e instruções de serviços para as diversas unidades do hospital;

VIII. Traçar normas técnico-administrativas do hospital e submetê-las à apreciação da SES;

IX. Prestar contas mensalmente ou quando solicitado de sua gestão à SES;

X. Tratar de quaisquer outros assuntos de interesse do hospital, dentro de sua competência, por ofício ou solicitação da SES, inclusive os casos omissos neste Regulamento.

Artigo 16º Da Diretoria Técnica de Saúde

Ao Diretor Técnico de Saúde compete:

I. Formular, incrementar, controlar e a avaliar, no hospital, as ações e serviços de saúde, observando as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal;

II. Coordenar da execução das ações assistenciais, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de apoio diagnóstico, de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação;

III. Normatizar e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

IV. Exercer o poder disciplinar com referência aos integrantes do Corpo Clínico, respeitando-se as normas vigentes para as respectivas categorias funcionais;

V. participar técnico-científico da formulação da política de equipamentos,

imunobiológicos, outros insumos, sangue e seus derivados, adequada ao hospital;

VI. Estabelecer de critérios, parâmetros e métodos para a realização de auditorias permanentes, para o controle de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos no hospital;

VII. Dirigir os serviços que compõem a Diretoria Técnica de Saúde, executando e fazendo executar as normas deste Regulamento;

VIII. Promover reuniões periódicas com os profissionais que compõem a estrutura da Diretoria Técnica de Saúde;

IX. Analisar e decidir, juntamente com os Diretores de Departamentos e Diretores de Divisões a aquisição de materiais técnicos administrativos e medicamentos;

X. Apresentar ao Diretor Geral, relatório das atividades dos serviços a seu cargo, bem como, dados que lhe forem solicitados;

XI. Substituir o Diretor Geral em seus impedimentos legais.

Artigo 17º Da Diretoria Administrativa

À Diretoria Administrativa e Financeira compete:

I. Planejar, organizar e executar as atividades administrativas, bem como assegurar o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com as demais Diretorias;

II. Assistir ao Diretor Geral e a SESGO, em assuntos administrativos relacionados com os objetivos do Hospital em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa; implantar e manter um sistema de informação sintonizado com todas as unidades que compõe a estrutura básica do Hospital, visando à utilização de meios que racionalizem o trabalho e reduzam custos;

IV. Planejar, organizar e implantar o fluxograma das atividades administrativas para melhor distribuição das tarefas na sua área de atuação;

V. Responsabilizar-se pela aplicação dos recursos financeiros consignados na

Programação e Orçamentação, estabelecendo mecanismos que permitam rigoroso controle contábil, elaborando as devidas prestações de contas que deverão ser atestadas pelo Diretor Geral do Hospital e posteriormente encaminhadas a SES;

VI. Supervisionar Guias de Atendimento Ambulatorial – GTA e Autorização de

Internação Hospitalar – AIH, conferir e, em tempo hábil, encaminhar à SES, com vistas a assegurar os recursos financeiros indispensáveis à execução das atividades técnico-administrativas do hospital;

VII. Prever e assegurar o apoio logístico a todos os setores do hospital, zelando pelo seu patrimônio e pela utilização racional dos recursos disponíveis;

VIII. Convocar e/ou participar das reuniões técnicas, transmitindo os resultados no que couber aos integrantes de sua equipe;

IX. Visar ordens de fornecimento, assinar cheque conjuntamente com o Diretor Geral, bem como as normas e instruções emanadas das instâncias hierárquicas superiores;

X. Zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao hospital, dentro da esfera de sua competência e elaborar Regimento Interno da Diretoria juntamente com os Departamentos Administrativo e Financeiro.

XI. Realizar outras atividades correlatadas.

Artigo 18º Das Competências Comuns das Diretorias de Departamento Médico e de Enfermagem

As Diretorias de Departamento Médico e de Enfermagem competem:

I. Dirigir, supervisionar e coordenar os serviços sob sua direção;

II. Cumprir e fazer cumprir as determinações superiores;

III. Opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam a equipe técnica sob sua direção;

IV. Solicitar e participar de reuniões, sempre que necessário;

V. emitir parecer em processos submetidos a sua consideração;

VI. Exercer o poder disciplinar dentro do limite de sua competência;

VII. Manter integrada as ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

VIII. Implementar as ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO VIII

Das Atribuições

Artigo 19° Da Diretoria Geral

Ao Diretor Geral atribuem-se:

I. Dirigir e administrar o patrimônio do hospital;

II. Elaborar os planos de trabalho e orçamentação anual, submetendo-os à apresentação da SES;

III. Presidir as reuniões da Diretoria e solicitar reuniões extraordinárias;

IV. Examinar e aprovar relatórios, balanço e demonstração de contas que forem encaminhadas à Diretoria Geral;

V. representar o hospital em juízo ou fora dele, passiva e ativamente;

VI. Assinar cheques, bem como visar ordens de serviços e pagamentos à prestação de serviços;

VII. Promover a publicação de editais e avisos de declarações oficiais;

VIII. Abrir, rubricar e encerrar livros do hospital;

IX. Assegurar a participação comunitária através de seus segmentos organizados;.

Artigo 20°. À Chefia da Seção de Apoio Operacional atribuem-se:

I. Supervisionar, coordenar, elaborar e executar as atividades administrativas das Diretorias;

II. Analisar, quando determinado, qualquer matéria levada a exame e decisão das Diretorias;

III. Preparar relatório específico quando solicitado pela autoridade superior;

IV. Elaborar e proceder à revisão final das minutas de portarias, atos normativos, resoluções, regulamentos, atas, relatórios e instruções;

V. coordenar e orientar e encaminhar as correspondências (ofícios, comunicações internas, circulares, despachos e etc.) da Diretoria Geral e das demais Diretorias;

VI. Promover os exames prévios dos processos e demais expedientes submetidos a despacho ou assinatura das diretorias;

VII. Elaborar, supervisionar e encaminhar os serviços de digitação, e-mail, fax e demais expedientes das Diretorias;

VIII. Exercer, no que couber, a atribuição comum às secretárias das Diretorias;

IX. Organizar e manter em ordem todo o sistema de arquivo das correspondências recebidas e expedidas das Diretorias organizar, manter atualizada e utilizar adequadamente uma "agenda" referente aos compromissos das diretorias, bem como ter agenda dos telefones úteis referentes a todos os fatos, datas e nomes relacionados com as atividades funcionais e afins do hospital;

X. Elaborar mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades atos e procedimentos realizados no setor, encaminhando-os à chefia, imediata para apreciação;

XI. Elaborar escala de férias, de servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas superiores;

XIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 21º. À Chefia da Seção de Acompanhamento das Comissões atribuem-se:

I. Acompanhar as reuniões das Comissões Técnicas;

II. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros inerentes às Comissões;

III. Elaborar mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados no setor, encaminhando-os as Comissões para apreciação;

IV. Sugerir a participação de profissionais do hospital ou externos nas reuniões das Comissões quando da pertinência e necessidade do tema;

V. Promover a articulação e integração das diversas áreas do hospital, a Gestão Estadual e Municipal de Saúde, o Controle Social com as Comissões;

VI. Elaborar e implantar, em conjunto com as Comissões, sistemas de acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas;

VII. Atuar como apoio da Direção Geral nas ações de Atendimento ao Cliente:

a) atuar nos programas em curso na avaliação do atendimento oferecido;

b) manter organizados os arquivos com informações referentes à qualidade e à satisfação do cidadão usuário dos serviços oferecidos, para subsidiar a orientação do planejamento das atividades do HUGO;

c) efetuar controle mensal e semestral dos serviços de atendimento realizados pela Ouvidoria;

d) manter contato com os usuários em casos de queixas, sugestões e elogios, fornecendo-lhes respostas prontamente;

e) orientar o público, buscando minimizar suas dificuldades ao procurar os serviços ofertados pelo HUGO.

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 22º. À Chefia da Seção de Ensino e Pesquisa atribuem-se:

I. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza; colaborar com as Instituições de Ensino e outras que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

II. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios e seminários, aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

III. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros inerentes à especialidade;

IV. Aplicar normas de biossegurança;

V. Participar da Comissão de Ética em Pesquisa;

VI. Articular e participar das reuniões das Comissões com prioridade a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem e as Comissões de Residência Médica e Multiprofissional;

VII. Participar do desenvolvimento de programas e projetos;

VIII. Elaborar sob a orientação das Diretorias, normas para trabalhos técnicos científicos, relacionados ao hospital;

PROTOCOLO/SES
FLS Nº
2062
L
RUBR

IX. Adequar e promover condições para maior desenvolvimento técnico científico dos profissionais da Instituição, residentes, estagiários e demais interessados na área de saúde;

X. Difundir informações apropriadas, que sirvam de apoio ao estudo/ensino e à pesquisa;

XI. Executar outras atividades afins;

XII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 23º. À Chefia do Setor de Biblioteca atribuem-se:

I. Elaborar normas e regulamentos pertinentes aos serviços oferecidos e/ou executados pelo setor de Biblioteca;

II. Realizar levantamento bibliográfico quando solicitado;

III. Planejar com a participação de profissionais das diversas áreas, a implementação do acervo e processamento técnico dos mesmos;

IV. Manter o intercâmbio entre as Bibliotecas da SESGO, bem como com outras entidades e instituições, buscando a atualização do acervo e criando condições favoráveis ao acesso às informações obtidas;

V. Oferecer campo de estágio às Instituições de Ensino na área de

Biblioteconomia, que tenham convênio firmado com a SESGO;

VI. Identificar as necessidades de material de consumo permanente e equipamentos imprescindíveis à realização das atividades, buscando viabilizar a aquisição junto ao setor competente;

VII. Criar condições para pesquisa, estudo e leitura no recinto da Biblioteca e normatizar o empréstimo dos materiais bibliográficos e audiovisuais e outros disponíveis;

VIII. Realizar outras atividades afins;

IX. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 24º Da Diretoria Técnica de Saúde

Ao Diretor Técnico de Saúde atribuem-se:

I. Avaliar os atendimentos prestados aos usuários, detectando as falhas e propondo a organização e/ou reorganização dos serviços;

II. Opinar sobre a necessidade de ampliação do potencial do hospital, conforme a implantação dos programas de saúde, visando a melhoria da assistência prestada;

III. Observar o cumprimento das determinações hierárquico superiores, bem como normas técnicas e princípios básicos, para a execução das atividades e elaborar juntamente com o Departamento Médico o Regimento Interno do Corpo Clínico.

IV. Participar junto aos setores competentes, na elaboração de rotinas específicas da área, objetivando a modernização e a agilidade do processo operacional do hospital;

V. promover reuniões periódicas com a equipe técnica multiprofissional, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das atividades, bem como para repassar as informações técnico-científicas e/ou mudanças de propostas;

VI. Assegurar ao paciente assistência integral, utilizando os mecanismos de referência e contra referência preconizada pelo SUS, quando necessário;

VII. Opinar sobre a inclusão, substituição e/ou exclusão de medicamentos da listagem padronizada, transmitindo essa informação aos demais setores;

VIII. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

IX. Elaborar mensalmente ou quando solicitado relatório de atividades, atos e procedimentos médicos realizados no setor, encaminhando-os à chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

X. Avaliar a eficiência da equipe técnica, observando-se vários aspectos e, principalmente, os preceitos éticos; assessorar o Diretor Geral na resolução dos problemas de ética profissional; emitir pareceres em processos e demais assuntos pertinentes à área técnica;

XIII. Incentivar e apoiar as atividades de pesquisas científicas realizadas no hospital, assegurando o apoio necessário;

XIV. Justificar faltas e autorizar o gozo de férias regulamentares dos servidores lotados na sua área de competência;

XV. Participar na elaboração da programação e hospital juntamente com as Diretorias;

XVI. Indicar oficialmente ao Diretor Geral o substituto interino, quando de seus impedimentos legais;

XVII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas e instruções advindas de níveis hierárquicos superiores;

XVIII. Aplicar normas de biossegurança;

XIX. Realizar outras atividades afins;

XX. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Paragrafo único: **Por meio do Diretor do Departamento Médico atribuem-se:**

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

SES 685
2065
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

II. Assegurar a manutenção; preventiva e corretiva dos equipamentos, aparelhos, instrumental e outros materiais, sob sua responsabilidade;

III. Informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme apurado;

IV. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

V. incentivar a iniciativa entre os profissionais que atuam na sua área de competência promovendo a integração intra e intersetorial;

VI. Assegurar o cumprimento das normas e rotinas, instruídas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VII. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência, de conformidade com o disposto no Estatuto da SESGO;

XII. Assegurar o funcionamento adequado das Divisões de Clinica Médica, Ambulatório; Clínica Cirúrgica; Urgência e Emergência.

XIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 25º A Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico atribuem-se:

I – Prestar serviços nas áreas de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos e de Patologia Clínica e Hemoterapia;

II – Prestar assistência de Nutrição e Dietética, Psicologia e Serviço Social.

Artigo 26º A Divisão de Assistência Farmacêutica atribuem-se:

I - prestar serviços de produção, armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos afins;

PROTOCOLO FLS Nº 2066 FUNC

II - controlar a qualidade dos medicamentos e produtos afins utilizados pelos pacientes;

III- manter, conforme modelos oficiais, o registro de:

1. drogas, entorpecentes, medicamentos e insumos capazes de criar dependência física ou psíquica;

2. equipamentos sujeitos ao controle sanitário especial;

IV- estocar, armazenar e, conforme solicitação prescrita aos pacientes internos e externos ao HUGO, distribuir medicamentos e doses;

V- iniciar o processo de compra de medicamentos e, buscando zelar por sua qualidade, participar de procedimentos licitatórios, acompanhando e controlando as aquisições.

Artigo 27° A Divisão de Arquivos e Prontuários Médicos e Estatística atribuem-se:

I – Administrar, planejar, programar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades a seu encargo, observando normas e diretrizes pertinentes;

II – Administrar os processos e procedimentos em relação aos prontuários médicos dos pacientes do HUGO,

II – Arquivar os Prontuários Médicos e demais documentos relacionados com a assistência prestada aos pacientes, no SAME do HUGO, que adotará o sistema unitário, integrado e centralizado;

IV- Receber os dados e elaborar as estatísticas pertinentes no HUGO.

Artigo 28° A Diretoria do Departamento de Enfermagem atribuem-se:

I- Assegurar através de supervisão das seções o funcionamento adequado e a assistência de enfermagem da Clinica Médica, Ambulatório; Clínica Cirúrgica;



Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico; Central de Material e Esterilização e Pronto Atendimento;

II – Elaborar o Regimento Interno da Enfermagem.

II - Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 29º Das Atribuições Comuns

São atribuições comuns a todas as unidades do HUGO, em suas respectivas áreas de atuação:

I - planejar, controlar, executar e acompanhar as atividades que lhes são afetas;

II - planejar e avaliar as necessidades de:

a) recursos humanos e físicos;

b) equipamentos e materiais;

III - realizar avaliação da assistência e dos serviços prestados aos usuários;

IV - zelar pela proteção e segurança dos pacientes e servidores do HUGO;

V - conjugar esforços para o melhor aproveitamento dos recursos humanos e físicos;

VI - controlar, manter e zelar pela guarda dos materiais e equipamentos utilizados, comunicando à área competente a necessidade de manutenção ou reposição;

VII - fiscalizar os serviços prestados por terceiros;

VIII - requisitar e controlar o material de consumo;

IX - contribuir no projeto de incorporação tecnológica;

X - elaborar relatórios periódicos.



CAPITULO IX

Artigo 30º Das Disposições Finais

Paragrafo 1º O Presente Regulamento será aprovado após discussão e apreciação coletiva da SES GO e das Diretorias do HUGO.

Paragrafo 2º As unidades do HUGO deverão também apresentar Regimentos Internos e ou normas de funcionamento.

5.1.2 Regimento Interno do Corpo Clínico do HUGO

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS

ARTIGO 1º - O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

ARTIGO 2º - O Corpo Clínico do HUGO é formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

ARTIGO 3º - O Corpo Clínico do HUGO tem os seguintes objetivos:

I. Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estimulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos, bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.
II. Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais do hospital, do conhecimento de toda a infraestrutura que o hospital pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse para oferecer informações adequadas a seus clientes.
III. Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação continuada de toda a equipe

PROTOCOLO / SES
FLS
2069
FUHC

multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas, esclarecimentos legais e psicológicos.

IV. Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica.

V. Cooperar com a administração da instituição, visando a melhoria da assistência prestada através do conhecimento das normas gerais pré-estabelecidas pela administração.

VI. Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da elaboração de protocolos de diagnóstico e conduta médica em cada setor de atendimento especializado.

CAPÍTULO III – COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 4º - o Corpo Clínico do HUGO obedece este regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe a execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.

ARTIGO 5º - O Corpo Clínico do HUGO compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I. MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na Instituição, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

II. MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção do Hospital para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

III. MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam no hospital, sem nele exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

IV. MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades no Hospital, a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.



CAPÍTULO IV - ÓRGÃOS DO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 6º - Os Órgãos do Corpo Clínico são:

- Diretoria Técnica de Saúde (Médico)
- Diretoria Clínica (Médico)
- Comissão de Ética Médica
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Comissões Permanentes ou Temporárias
- Médicos do HUGO.

CAPÍTULOS V - COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO E SEUS ÓRGÃOS.

ARTIGO 7º - Compete à Diretoria Técnica:

I. Administrar todas as atividades próprias do Hospital, em colaboração com os órgãos respectivos de cada área.
II. Assumir a responsabilidade técnica do Hospital e representá-lo junto às autoridades, conforme a legislação.
III. Tomar ciência e desencadear as medidas para implantações das recomendações emanadas dos Órgãos do Corpo Clínico, da Legislação e das Entidades Médicas.
IV. Planejar, organizar e dirigir administrativamente as clínicas, serviços e unidades do hospital, determinando a destinação de recursos físicos, financeiros e humanos, assegurando condições dignas de trabalho para melhorar o desempenho do corpo clínico, em benefício dos pacientes usuários da instituição.
V. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética
VI. Médica, sempre que necessário.
VII. Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

ARTIGO 8º - Da Diretoria Clínica

O Diretor Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97 deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico do Hospital Geral de Goiânia com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 02 (dois) anos, podendo ser reeleito.

O Diretor Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade do Hospital e permanentemente a disposição do mesmo.

Paragrafo único - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição. Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:

I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros.
II. Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clinicas, unidades e serviços do hospital.
III. Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa.
IV. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração.
V. Supervisionar as execuções das atividades de assistência Médica da Instituição.
VI. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.
VII. Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando humanizar os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa do Hospital em face dos postulados e éticos, médicos e morais.
VIII. Permanecer no Hospital no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

ARTIGO 9º - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

ARTIGO 10º - SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

Tem por objetivo manter e avaliar um Programa de Controle de infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, atendendo à Portaria MS/Nº 2.616/98.

ARTIGO 11º - As Comissões Temporárias ou Permanentes serão formadas por indicação da Diretoria Técnica de comum acordo com a Diretoria Clínica, levando-se em consideração a qualificação dos profissionais escolhidos, bem como a disponibilidade dos mesmos e compreendem a presença de um membro Presidente e pelo menos 04 (quatro) membros integrantes. O mandato inicial destas comissões será de **02 (dois)** anos, podendo cada membro permanecer no mandato seguinte, de acordo com a disponibilidade e reavaliação da eficácia dos mesmos.

CAPÍTULO VI – INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 12º - Para ingressar no Corpo Clínico do HUGO, o Médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

I. Estar devidamente registrado junto ao CRM –GO, apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM);
II. Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM (apresentar cópia anualmente até o mês de Abril de cada ano)
III. Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:
    a. Diplomas (cópia autenticada frente e verso)
    b. Títulos (cópia autenticada)
    c. Curriculum Vitae resumidos.
IV. Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas do Hospital.
V. Tomar conhecimento das Normas Regulamentadoras referentes à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

CAPÍTULO VI – INFRAÇÕES

Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

I. Desrespeitar o Regimento Interno;
II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas, não disciplinadas no Regime e Estatuto do HUGO;
III. Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.
IV. Cometer crime nas dependências do Hospital, relacionado ou não ao atendimento ao doente.
V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.
VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem do Hospital e causar dano ao paciente.
VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.
VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções.
IX. Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

ARTIGO 13º - A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

Paragrafo 1º- A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Paragrafo 2º- Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ou CREMEGO, único órgão julgador da ética médica.

Paragrafo 3º- Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviada ao Diretor Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

ARTIGO 14º - AS PENALIDADES APLICÁVEIS AOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO SÃO:

I. Advertência Verbal;
II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;
III. Suspensão temporária do Corpo Clínico;
IV. Exclusão do Corpo Clínico.

Paragrafo 1º - As penalidades aplicadas a nível interno do Hospital, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CREMEGO nos casos de indício de infração de natureza ética.

Paragrafo 2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à graduação das penas desse Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

Paragrafo 3º - A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

Paragrafo 4º - Compete ao Diretor Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

CAPÍTULO VII – DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 15º - São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

I. Frequentar o Hospital internando e assistindo PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional.
II. Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.
III. Auxiliar a administração do Hospital e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do Hospital. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do Hospital, respeitando o Código de Ética Médica.
IV. Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do Hospital.

V. Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

ARTIGO 16º - São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do Hospital.
II. Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno do Hospital.
III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.
IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.
V. Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.
VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.
VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, Médicas, éticas ou jurídicas.
VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.
IX. Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na Instituição.
X. Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.
XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.
XII. Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do Hospital, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar.
XIII. Quando da impossibilidade de mantiver o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.
XIV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.

CAPÍTULO VIII – DOS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS

ARTIGO 17º - O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

CAPÍTULO IX – DAS ASSEMBLÉIAS

ARTIGO 18º - O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução n.º 1481/97 do CRM.

CAPÍTULO X – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 19º - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ser submetidos, pelo médico assistente, à aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por essa indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Paragrafo Único – Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 03 (três) Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do

Médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.

ARTIGO 20º - A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico ou Odontólogo que registrará sua indicação,

diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

ARTIGO 21º - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Paragrafo 1º - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Paragrafo 2º - Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional (is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

ARTIGO 22º - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do hospital, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do Hospital, ou mediante autorização destes.

ARTIGO 23º - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com a natureza dos mesmos.

ARTIGO 24º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico, conjuntamente com a Direção Geral e Técnica do HUGO.

ARTIGO 25º A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

5.1.3 Regimento Interno dos Plantonistas

Capitulo I

Das Atribuições dos Plantonistas

ARTIGO 1.º - Prestar assistência aos pacientes das unidades do HUGO procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos.

ARTIGO 2.º - Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

ARTIGO 3.º - Atender aos doentes de outras unidades do HUGO que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente.

ARTIGO 4.º - Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica ou do médico plantonista da UTI.

ARTIGO 5.º - Conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

ARTIGO 6.º - Na ausência do médico assistente, conforme as circunstâncias, fornecer atestado de óbito de pacientes . No período diurno, o atestado de óbito deverá ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente. Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

ARTIGO 7.º - Observar o Regimento Interno do HUGO e o Regimento do Plantão.

ARTIGO 8.º - Comparecer ao local para onde foi escalado, cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e, estando de plantão, não deixar o local de trabalho antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa.

ARTIGO 9.º - O plantonista que receberá o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e, em caso de reincidência de atraso, por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades cabíveis.

ARTIGO 10.º - Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição (crachá funcional).

ARTIGO 11.º - O plantonista deverá se manter alcançável, durante todo o seu horário de plantão.

ARTIGO 12.º - Proibido ao médico de plantão (de qualquer das clínicas), se ausentar do mesmo por qualquer tempo, sem deixar outro médico que esteja na Unidade, responsável pelo seu plantão, durante o período que necessitar se ausentar temporariamente, por motivo justificado.

Capitulo II

Das Normas Complementares

ARTIGO 13.º - As escalas para atendimento nos plantões devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio da Chefia do Serviço e da Diretoria Técnica da Instituição.

Parágrafo Único – Fica vedado a substituição, do staff da clínica médica ou cirúrgica por outro plantonista (mesmo que este seja do quadro de funcionários do HUGO), em caráter permanente.

ARTIGO 14.º - Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

ARTIGO 15.º - A Escala dos médicos do plantão deverá permanecer afixada nos postos de enfermagem das unidades.

ARTIGO 16.º - Nenhum paciente pode deixar de ser atendido pelo plantonista, em situações de urgência/ emergência.

ARTIGO 17.º - É proibida a utilização das dependências do HUGO para tratar de assuntos particulares em detrimento ao atendimento de pacientes em espera.

ARTIGO 18.º - Nenhum equipamento ou material hospitalar de propriedade do HUGO será de uso privativo de um profissional a não ser quando autorizado expressamente pela Diretoria Administrativa do Hospital, com o parecer por escrito do Diretor Clínico. Também, nenhum profissional poderá levar material de sua propriedade, para utilizá-lo no Hospital, sem autorização expressa da Diretoria Administrativa do Hospital.

ARTIGO 19.º - É vedada a remoção de qualquer equipamento da Instituição sem a prévia anuência da Diretoria.

ARTIGO 20.º - É proibido atender Representantes de Laboratórios no horário de plantão.

ARTIGO 21.º - É dever de todo plantonista, comunicar ao setor competente, a existência de aparelhos ou equipamentos defeituosos ou em mau funcionamento, bem como falta de insumos e medicamentos no seu setor de trabalho.

ARTIGO 22.º - São direitos dos membros plantonistas do Corpo Clínico:

I. Exercer a profissão sem ser discriminado por religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, condição social ou opinião política.
II. Solicitar providências à Diretoria quando houver condições inadequadas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário da Instituição.

ARTIGO 23.º - As penalidades aplicáveis aos Membros plantonistas do Corpo Clínico são:

I. Advertência reservada, verbal;
II. Advertência por escrito;
III. Solicitação de abertura de processo administrativo disciplinar;
IV. Suspensão temporária de participação no Corpo Clínico;
V. Exclusão definitiva do Corpo Clínico.

ARTIGO 24.º - Ouvida a Comissão de Ética, compete à Diretoria a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clinico.

Parágrafo Único - Havendo indícios de infração de natureza ética as penalidades aplicadas pela Instituição não eliminam a obrigatoriedade da análise do respectivo Conselho de Classe.

ARTIGO 25.º - Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria da Instituição.

ARTIGO 26.º - O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico dos Plantonistas, conjuntamente com a Direção Geral e Técnica do HUGO.

ARTIGO 27.º A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

5.1.4 Regimento Interno do Serviço de Enfermagem do HUGO

Capítulo I Do objeto

ARTIGO 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas auxiliares;
II. Cooperar e manter bom entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;
III. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;
IV. Promover a elevação do padrão profissional;
V. realizar treinamento do pessoal em serviço;
VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;
VII. Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;
VIII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento o regulamento do HUGO, normas e rotinas técnicas em vigor;
IX. Ter como norma de serviço o código de ontologia de enfermagem e a regulamentação do exercício profissional.

Capítulo II Da Posição

ARTIGO 2º - O Serviço de Enfermagem faz parte da Diretoria Técnica de Saúde, estando diretamente subordinado a referida Diretoria e será chefiado por enfermeiro nos termos da lei e inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região; terá administração própria e autonomia profissional.

Capítulo III Da composição

ARTIGO 3º - O Serviço de Enfermagem constitui-se das seguintes seções:

I. Seção de Ambulatório
II. Seção de Pronto Atendimento
III. Seção de Centro Cirúrgico
IV. Seção de Terapia Intensiva
V. Seção de Clínica Médica.
VI. Seção de Clínica Cirúrgica
VII. Seção de Material e Esterilização

Capítulo IV

Do pessoal e suas atribuições

ARTIGO 4º - O pessoal do Serviço de Enfermagem se atribui pelos seguintes cargos e funções:

I. Enfermeiro – Diretor de Departamento
II. Enfermeiro – Chefe de Seção
III. Enfermeiro Supervisor
IV. Técnico de enfermagem
V. Auxiliar de enfermagem.

ARTIGO 5º - Ao Diretor do Departamento de Enfermagem atribui-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

PROTOCOLO SES
2084
FUNC

II. Executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços que lhe são subordinados e à disciplina do pessoal;
III. Selecionar, distribuir quantitativamente e qualitativamente o pessoal da enfermagem, definindo seus deveres e estabelecendo linhas de responsabilidade;
IV. Analisar e avaliar a padronização das técnicas de trabalho, submetendo-as à aprovação superior;
V. orientar e cooperar nos programas de educação continuada em serviço;
VI. Convocar e presidir reuniões com o pessoal de enfermagem;
VII. Prever e opinar sobre a compra do material e equipamentos;
VIII. Prever medidas que assegurem o melhor entrosamento e boa coordenação com os demais serviços, divisões, seções e serviços do hospital;
IX. Promover programas de higiene e segurança do trabalho, de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
X. Favorecer o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa científicas, devidamente aprovadas;
XI. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;
XII. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XIII. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XIV. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XV. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XVI. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XVII. Solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XVIII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.
XIX. Aplicar normas de biossegurança;
XX. Executar outras atividades afins;
XXI. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 6º - As Chefias de Seção de Enfermagem Clinica Médica e Pronto Atendimento atribuem-se:

PROTOCOLO / SES
Fls nº 2085
ASSINC

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
II. Convocar e participar de reuniões multidisciplinares;
III. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;
IV. Encaminhar mensalmente ao Serviço de Enfermagem a escala de serviço, bem como ao serviço de nutrição e portaria;
V. estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;
VI. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;
VII. Fazer previsão de roupa, semestral e/ou anual para a unidade;
VIII. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;
IX. Manter guarda e controle mediante cautela interna de psicotrópicos e entorpecentes;
X. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;
XI. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;
XII. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, encaminhado ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;
XIII. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;
XIV. Prever e requisitar material de consumo à Farmácia e Almoxarifado;
XV. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;
XVI. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
XVII. Advertir verbal ou por escrito o funcionário de enfermagem quando necessário;
XVIII. Realizar e/ou participar dos programas de educação continuada;
XIX. Supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da unidade;
XX. Testar materiais e equipamentos e emitir parecer técnico a fim de subsidiar a aquisição e solicitar manutenção de material permanente e equipamentos sempre que necessário, orientando o local de instalação, a utilização, e a conservação de materiais e equipamentos;
XXI. Participar da previsão e materiais e equipamentos para a unidade;
XXII. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;

PROTOCOLO FLS MD 2086 FUNC.

XXIII. Verificar o cumprimento da escala observando a pontualidade e assiduidade dos servidores;
XXIV. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;
XXV. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XXVI. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XXVII. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XXVIII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XXIX. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XXX. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XXXI. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.
XXXII. Aplicar normas de biossegurança;
XXXIII. Executar outras atividades afins;
XXXIV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 7º - À Chefia da Seção de Enfermagem do Centro Cirúrgico, atribuem-se:

Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas.

I. Elaborar o mapa diário de cirurgias de acordo com quadro de distribuição de salas cirúrgicas / especialidades;
II. Realizar e/ou participar dos programas de educação continuada;
III. Participar dos procedimentos de urgência/emergência;
IV. orientar, supervisionar e avaliar a estatística de produtividade mensal das cirurgias realizadas;
V. Participar da elaboração das técnicas de enfermagem e rotinas do serviço de acordo com a CCIH;
VI. Aplicar medidas de prevenção e controle de infecção, colaborando com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
VII. Supervisionar a higienização periódica e geral da unidade;

VIII. Participar de comissões de padronização de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;
IX. Apresentar relatórios anuais das atividades das seções ao Serviço de
X. Enfermagem;
XI. Certificar-se diariamente das intercorrências registradas nos relatórios de enfermagem;
XII. Participar da previsão de materiais, equipamentos e roupas mensais, semestrais e/ou anual;
XIII. Emitir parecer técnico de materiais e equipamentos para subsidiar a aquisição de produtos do hospital; e manter sistematizado e arquivado, os manuais de funcionamento dos equipamentos e aparelhos do setor;
XIV. Zelar pelos bens de consumo e patrimoniais da Instituição e participar do inventário de material permanente, assinando a carga patrimonial da unidade;
XV. Orientar a instalação, utilização e conservação de materiais e equipamentos; bem como, solicitar cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos ao setor competente;
XVI. Representar a unidade em reuniões e eventos de caráter técnicos / administrativos quando designado;
XVII. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
XVIII. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso para o paciente;
XIX. Participar das atividades de passagem de plantão;
XX. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XXI. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XXII. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;
XXIII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XXIV. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade;
XXV. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XXVI. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XXVII. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XXVIII. Aplicar normas de biossegurança;



XXIX. Executar outras atividades afins;
XXX. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 8º - À Chefia da Seção de Material e Esterilização atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas administrativas;
II. Planejar e executar programas de treinamento e educação continuada;
III. Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem;
IV. Emitir parecer técnico na compra de equipamento e outros; e estabelecer um sistema de controle dos equipamentos e materiais de que dispõe a unidade;
V. fazer levantamento mensal dos materiais solicitados pelos diferentes setores do hospital a fim de planejar o suprimento da unidade para atendê-lo;
VI. Manter-se atualizado em relação aos novos tipos de materiais e equipamentos disponíveis no mercado;
VII. Manter relacionamento efetivo com a diretoria de enfermagem e outros setores do hospital;
VIII. Supervisionar a realização de testes bacteriológicos realizados semanalmente, avaliar e divulgar resultados;
IX. Prevenir a incidência de riscos ocupacionais, avaliar a dinâmica de funcionamento da unidade para intensificar as medidas de prevenção;
X. Fazer estatística mensal da produção e o relatório anual das atividades desenvolvidas na unidade encaminhando-os à diretoria de enfermagem;
XI. Participar de reuniões técnico-administrativas;
XII. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;
XIII. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XIV. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XV. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XVI. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XVII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XVIII. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento

técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XIX. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade;

XX. Aplicar normas de biossegurança;

XXI. Executar outras atividades afins;

XXII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 9º - À Chefia de Enfermagem da Seção de Terapia Intensiva atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Divulgar, cumprir, fazer cumprir o regulamento do hospital e as rotinas da U.T.I.; o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem;

III. Executar e participar dos programas de educação continuada: cursos, seminários; programas de higiene e segurança do trabalho, principalmente na prevenção de acidentes e de doenças profissionais e outros.

IV. Garantir a assistência 24 horas pela equipe de enfermagem aos pacientes; bem como, avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes;

V. zelar pelo exato preenchimento dos formulários usados na Unidade;

VI. Conduzir reuniões periódicas visando o aprimoramento da equipe;

VII. Zelar pelos bens patrimoniais da Instituição e orientar o local de instalação, a utilização e a conservação de materiais e equipamentos;

VIII. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da Unidade;

IX. Zelar pelo bom uso de material de consumo evitando desperdício;

X. Fazer previsão de roupa, semestral e/ou anual, para a Unidade;

XI. Cooperar com o serviço de controle de infecção hospitalar na adoção de medidas de prevenção e controle; bem como, comunicar à Vigilância Epidemiológica casos de notificação compulsória;

XII. Assistir a passagem de plantão;

XIII. Visitar diariamente os pacientes internados e participar da visita multiprofissional inteirando-se de suas necessidades e acompanhar e orientar familiares nas visitas aos pacientes de forma humanizada;

XIV. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;

XV. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XVI. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XVII. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XVIII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XIX. Solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XX. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.
XXI. Aplicar normas de biossegurança;
XXII. Executar outras atividades afins;
XXIII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 10º - À Chefia Seção de Enfermagem do Ambulatório atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
II. Convocar e participar de reuniões multidisciplinares;
III. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;
IV. Estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;
V. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;
VI. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;
VII. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;
VIII. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, encaminhado ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;
IX. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;
X. Prever e requisitar material de consumo e permanente;

PROTOCOLO SES 3091 FUNC

XI. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;
XII. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
XIII. Advertir verbal ou por escrito o funcionário de enfermagem quando necessário;
XIV. Realizar e/ou participar do programa de educação continuada;
XV. Supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da unidade;
XVI. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;
XVII. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XVIII. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XIX. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XX. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XXI. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XXII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XXIII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.
XXIV. Aplicar normas de biossegurança;
XXV. Executar outras atividades afins;
XXVI. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 11º - À Chefia Seção de Enfermagem da Clínica Cirúrgica atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
II. Convocar e participar de reuniões multidisciplinares;
III. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;
IV. Encaminhar mensalmente ao Serviço de Enfermagem a escala de serviço, bem como ao serviço de nutrição e portaria;

V. estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;
VI. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;
VII. Fazer previsão de roupa, semestral e/ou anual para a unidade;
VIII. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;
IX. Manter guarda e controle mediante cautela interna de psicotrópicos e entorpecentes;
X. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;
XI. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;
XII. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, encaminhado ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;
XIII. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;
XIV. Prever e requisitar material de consumo à Farmácia e Almoxarifado;
XV. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;
XVI. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
XVII. Advertir verbal ou por escrito o funcionário de enfermagem quando necessário;
XVIII. Realizar e/ou participar dos programas de educação continuada;
XIX. Supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da unidade;
XX. Testar materiais e equipamentos e emitir parecer técnico a fim de subsidiar a aquisição e solicitar manutenção de material permanente e equipamentos sempre que necessário, orientando o local de instalação, a utilização, e a conservação de materiais e equipamentos;
XXI. Participar da previsão e materiais e equipamentos para a unidade;
XXII. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;
XXIII. Verificar o cumprimento da escala observando a pontualidade e assiduidade dos servidores;
XXIV. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;
XXV. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XXVI. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

PROTOCOLO
FLS Nº 2093
FUNC

XXVII. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XXVIII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XXIX. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XXX. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XXXI. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.
XXXII. Aplicar normas de biossegurança;
XXXIII. Executar outras atividades afins;
XXXIV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

ARTIGO 12º - Ao enfermeiro supervisor atribuem-se:

I. Supervisionar a área e equipe sob sua responsabilidade;
II. Manter a unidade de trabalho organizada;
III. Programar as atividades diárias que serão executadas na unidade, fiscalizando e orientando sua execução;
IV. Cooperar com a equipe multiprofissional, facilitando-lhe o desempenho de suas atividades assistenciais e educação continuada;
V. Substituir o enfermeiro chefe de seção em seus impedimentos quando designado;
VI. Colaborar com os responsáveis das diversas seções de enfermagem na resolução de problemas;
VII. Observar e cobrar e manter a ética profissional de todo o pessoal em serviço a fim de assegurar um ambiente harmonioso;
VIII. Fazer relatórios e registrar dados estatísticos das atividades desenvolvidas na unidade;
IX. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;
X. Elaborar escala diária de técnicos e auxiliares de enfermagem;
XI. Encaminhar pacientes para exames internos e externos;
XII. Prescrever cuidados diários pertinentes à condição do paciente;
XIII. Zelar pelo patrimônio da unidade;
XIV. Organizar e conferir diariamente material de emergência;
XV. Admitir os pacientes na enfermaria;
XVI. Orientar pacientes na alta hospitalar;

XVII. Evoluir diariamente todos os pacientes.
XVIII. Realizar visitas beira-leito em cada turno de trabalho.

ARTIGO 13º - Ao Técnico e auxiliar de enfermagem compete:

I. Colaborar com os enfermeiros nos trabalhos da unidade, praticando sob orientação os cuidados de enfermagem que lhe são atribuídos;
II. Executar atividades de assistência de enfermagem, exceto as privativas ao enfermeiro;
III. Integrar a equipe de saúde;
IV. Cooperar com o serviço, facilitando o desempenho de atividades assistenciais, pesquisa, ensino e educação;
V. Participar da execução de programas práticos de ensino e treinamento;
VI. Zelar pelo uso correto de materiais e equipamento de sua seção;
VII. Desempenhar tarefas afins.

5.2 Descrição do Organograma e sua relação com o Modelo Gerencial

5.2.1 Apresentação

A proposta de organização dos serviços e execução das **atividades assistenciais** do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO** apresentada pelo **IGES** incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização dos serviços de saúde. Esta estruturada na articulação com as Redes de Atenção à Saúde e seus processos e no Modelo Gerencial da Qualidade e Gestão com integralidade nos cuidados.

O diagnostico inicial do HUGO integrou a proposta para organização dos serviços e execução das atividades que se pretende implementar para a produção de resultados eficazes e eficientes de um novo modelo gerencial para o hospital.

O **IGES** iniciará a execução da referida Proposta de Trabalho realizando um **Planejamento Estratégico,** objetivando em 30 dias, iniciar os processos do novo modelo gerencial proposto. O resultado destas ações será apresentado ao Gestor Estadual, Conselho Estadual de Saúde e Gestores Municipais de Saúde. Poderão, a critério da Gestão Estadual, serem inseridos no processo

de apresentação dos resultados: o COSEMS-GO e a Comissão Intergestores Bipartite.

Inicialmente o IGES vai trabalhar os processos hierárquicos com a estrutura do organograma neste item apresentado e descrito até o terceiro nível: Diretor Geral, Diretor Técnico (Médico), Diretor Administrativo e Financeiro, Gerente Operacional de Enfermagem e Chefias de Unidade/Serviços/Clínicas.

Porém, o novo Modelo Gerencial aporta novas práticas institucionais; assistenciais, com o estabelecimento de uma Linha de Cuidado priorizada com a Gestão Estadual; a construção das Diretrizes Clinicas e Linhas Guia que deve ser elaborada e legitimada pelos profissionais do HUGO e fortalecida com a Educação Permanente e articulações com atores da gestão e do controle social.

Objetivando concretizar este modelo e estas relações institucionais, o IGES pretende trabalhar com uma Diretoria Colegiada do hospital e deve criar e implementar o **Conselho Gestor** com participação das instâncias e atores acima citados. Como no primeiro ano será trabalhada apenas uma Linha de Cuidado, com prioridade para Traumatologia, definida em articulação com a Gestão Estadual e em consonância com o Perfil do **HUGO,** a Diretoria Colegiada do hospital estará ainda formada nos moldes tradicionais da estrutura hospitalar acrescido de instancias técnicas e o Conselho Gestor será criado por esta diretoria tradicional e o **IGES**. Neste sentido a Diretoria Geral já conta com uma seção voltada ao acompanhamento das Comissões Técnicas.

O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a articulação com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Será implementado nos primeiros dois meses da parceria. Na sua criação, o **IGES** e a **Gestão Estadual,** trabalharam na elaboração conjunta do Regimento Interno.



5.2.2 Descritivo do organograma

A **Diretoria Geral** terá na sua composição três seções e um setor:

Seção de Apoio Operacional, Seção de Acompanhamento de Comissões, Seção de Ensino e Pesquisa com o Setor de Biblioteca. A Diretoria Geral será a responsável pela implementação da Diretoria Colegiada e do Conselho Gestor. Nesta perspectiva o Ensino e a Pesquisa e o Acompanhamento de Comissões diretamente a ela subordinados. A Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor pode estar estabelecida em linha pontilhada no organograma.

A Diretoria Geral aprova todas as normatizações do hospital em conjunto com o IGES.

A área assistencial está contemplada no organograma com a **Diretoria Técnica de Saúde,** que tem sob sua coordenação todos os serviços assistenciais, e sob sua subordinação dois Departamentos: **Departamento Médico e o Departamento de Enfermagem.**

O **Departamento Médico** tem na sua composição sete divisões:

Divisão Clinica Médica com três seções voltadas a responsabilidade na assistência **na Cardiologia, Neurologia e Geriatria.** As outras especialidades da Clinica Médica estarão inicialmente assistidas pelo Diretor da divisão.

Divisão Clinica Cirúrgica com três seções voltadas a responsabilidade na assistência **na Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular e Traumatologia.** As outras especialidades da Clinica Cirúrgica estarão inicialmente assistidas pelo Diretor da divisão.

Divisão Ambulatório uma seção voltada a **Recepção e Triagem.**

Divisão Urgência e Emergência com três seções voltadas a responsabilidade na assistência **no Pronto Atendimento, Emergência**

Clínica e Unidade Terapia **Intensiva.** As outras especialidades Urgência e Emergência estarão inicialmente assistidas pelo Diretor da divisão.

Divisão Apoio Diagnóstico Terapêutico com sete seções:

Análises Clinicas, Imagiologia, Anatomo Patológico e Citologia, Hemoterapia, Nutrição e Dietética, Psicologia e Serviço Social. Os Outros pontos de apoio, diagnóstico e terapêutico, não contemplados nas seções estarão inicialmente na responsabilidade assistencial da divisão. O componente logístico destas seções é desenvolvido na Divisão de Logística do Departamento Administrativo. Como exemplo: A seção de Nutrição e Dietética é responsável pelas orientações nutricionais, diversidade nas dietas, pela orientação a equipe multiprofissional, pela dietas parenterais e enterais. A parte de insumos relativos à seção é de responsabilidade da logística.

Divisão Assistência Farmacêutica: apesar da Assistência Farmacêutica ser um ponto de apoio terapêutico, devido a sua complexidade estará em uma Divisão. A Divisão tem na sua responsabilidade e subordinação direta duas seções: **Gerenciamento Farmacêutico e Almoxarifado Farmacêutico. A seção de Almoxarifado Farmacêutico** deve estabelecer sobre diretrizes da **Divisão Assistência Farmacêutica** articulação direta com a **seção de** Seção de Almoxarifado e Patrimônio da **Divisão de Materiais e Suprimentos.**

Divisão Arquivo Médico e Estatística: com duas seções sob sua coordenação e responsabilidade. A seção que orienta as atividades da unidade de **Arquivo de Prontuários Médicos** e a seção da unidade **Estatística.** Esta Divisão vai desenvolver atividades e ações estratégicas, principalmente com a Politica de Tecnologia da Informação objetivando estabelecer fluxos da informação das condições de saúde do usuário do HUGO nos outros pontos de assistência, com prioridade para a Atenção Primária á Saúde. A seção de estatistica promove com as Comissões Temáticas a transformação dos dados em informação.



O **Departamento de Enfermagem** realiza uma gerencia operacional e tem na sua composição sete seções:

As chefias de enfermagem dos setores estabelecem uma linha de supervisão.

As seções: Clinica Médica, Clinica Cirúrgica, Seção Centro Cirúrgico, Material e Esterilização, Unidade de Terapia Intensiva, Ambulatório e Pronto Atendimento.

Em síntese a linha de liderança e de hierarquia esta estabelecida com o Diretor Técnico de Saúde.

A área administrativa e financeira está contemplada no organograma com a **Diretoria Administrativo e Financeira,** que tem sob sua coordenação todos os serviços de suporte administrativo e financeiro, e sob sua subordinação dois Departamentos: **Departamento Administrativo e o Departamento Financeiro.**

O **Departamento Administrativo** tem na sua composição três divisões:

Divisão de Materiais e Patrimônio com duas seções que tem interface **com** todas as áreas assistenciais do **HUGO:** Seção de Compras e Suprimentos **e** Seção de Almoxarifado e Patrimônio.

Divisão de Logística: com cinco seções sob sua coordenação e responsabilidade no aspecto do apoio logístico. A responsabilidade está estabelecida na linha das ações inerentes do apoio logístico. A terceirização de algumas atividades e o planejamento não é responsabilidade da divisão ou das seções. Nesta perspectiva esta divisão articula-se com todas as áreas do HUGO.

As seções: Manutenção Predial e Equipamentos; Lavanderia e Rouparia; Higiene e Limpeza; Segurança e Transporte e Recepção e Telefonia. As outras ações de apoio logístico não definidas em seções estão subordinadas diretamente a Divisão.

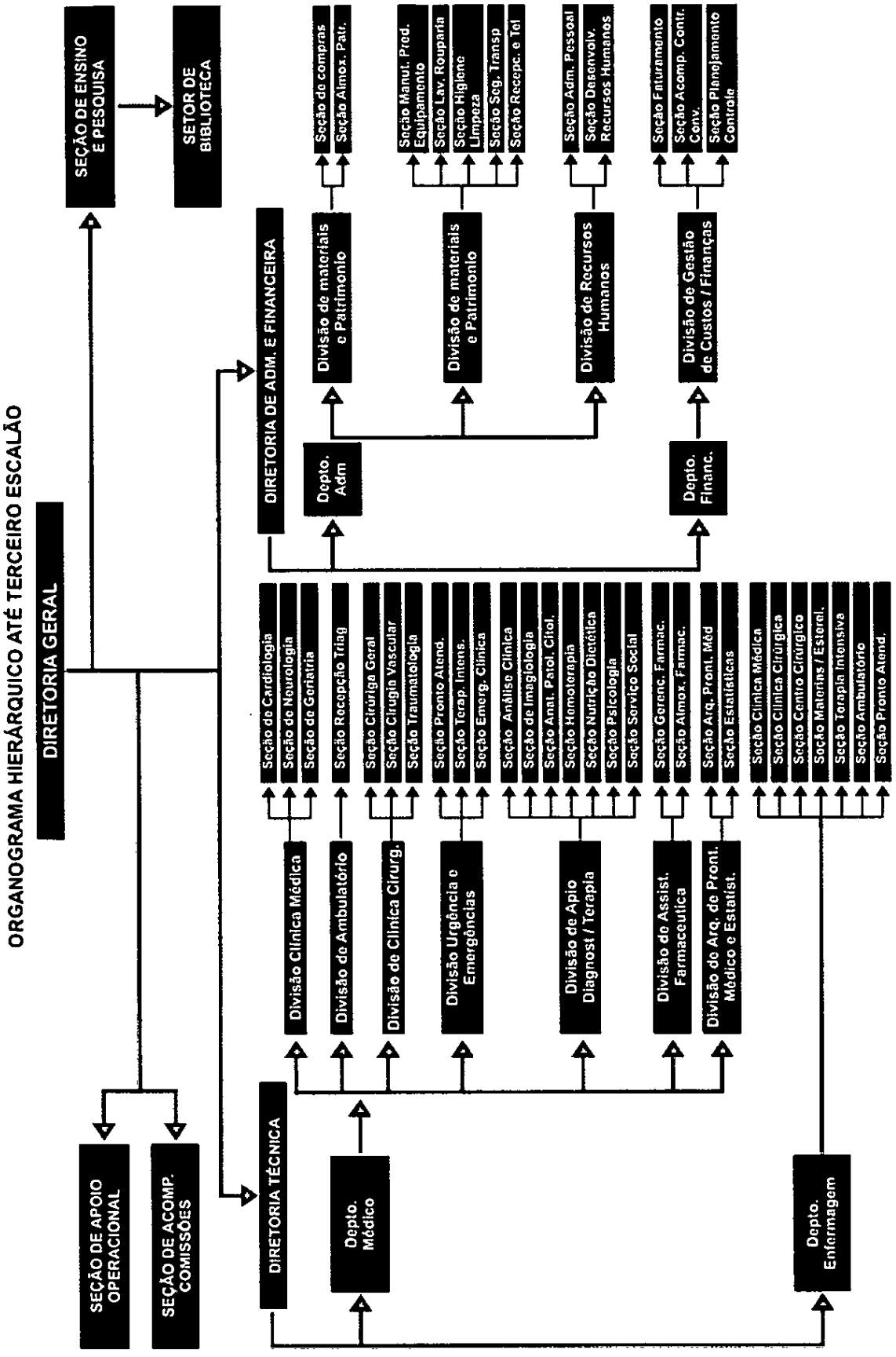


Divisão de Recursos Humanos: com duas seções sob sua coordenação e responsabilidade atuando na área de administração de Recursos Humanos e no desenvolvimento.

As seções: Administração de Pessoal e Desenvolvimento de Recursos Humanos. As politicas de Saúde do Colaborador, Educação Permanente, capacitação são desenvolvidas em outras áreas mas estabelecem articulação com esta divisão.

O **Departamento Financeiro** tem na sua composição uma divisão. Este departamento realiza o planejamento, o acompanhamento e o faturamento através da **Divisão de Gestão de Custos e Finanças**.

As seções: Seção de Planejamento e Controle Financeiro; Seção de Faturamento e Seção de Acompanhamento dos Serviços Terceirizados.


ORGANOGRAMA HIERÁRQUICO ATÉ TERCEIRO ESCALÃO
DIRETORIA GERAL
SEÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
SETOR DE BIBLIOTECA
SEÇÃO DE APOIO OPERACIONAL
SEÇÃO DE ACOMP. COMISSÕES
DIRETORIA DE ADM. E FINANCEIRA
DIRETORIA TÉCNICA
Depto. Adm
Depto. Financ.
Depto. Médico
Depto. Enfermagem
Divisão de materiais e Patrimonio
Divisão de materiais e Patrimonio
Divisão de Recursos Humanos
Divisão de Gestão de Custos / Finanças
Seção de compras
Seção Almox. Patr.
Seção Manut. Prod. Equipamento
Seção Lav. Rouparia
Seção Higiene Limpeza
Seção Seg. Transp
Seção Recepc. e Tel
Seção Adm. Pessoal
Seção Desenvolv. Recursos Humanos
Seção Faturamento
Seção Acomp. Contr. Conv.
Seção Planejamento Controle
Seção de Cardiologia
Seção de Neurologia
Seção de Geriatria
Seção Recepção Triag
Seção Cirúrgia Geral
Seção Cirurgia Vascular
Seção Traumatologia
Seção Pronto Atend.
Seção Terap. Intens.
Seção Emerg. Clínica
Seção Análise Clínica
Seção de Imagiologia
Seção Anat. Patol. Citol.
Seção Homoterapia
Seção Nutrição Dietética
Seção Psicologia
Seção Serviço Social
Seção Gerenc. Farmac.
Seção Almox. Farmac.
Seção Arq. Pront. Méd
Seção Estatísticas
Seção Clínica Médica
Seção Clínica Cirúrgica
Seção Centro Cirúrgico
Seção Maternis / Estern.
Seção Terapia Intensiva
Seção Ambulatório
Seção Pronto Atend.
Divisão Clínica Médica
Divisão de Ambulatório
Divisão de Clínica Cirurg.
Divisão Urgência e Emergências
Divisão de Apio Diagnost / Terapia
Divisão de Assist. Farmaceutica
Divisão de Arq. de Pront. Médico e Estatist.



5.3 Organização dos Serviços Assistenciais

A presente Proposta de Trabalho apresenta as linhas básicas para a organização dos principais serviços assistenciais em funcionamento no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO,** reafirmando os pressupostos de redes de atenção á saúde e reconhecendo os principais pontos de atenção da instituição hospitalar conforme referido no item 3 (três) da Proposta de Trabalho.

A relação de funcionários estará anexa ao Dimensionamento de Pessoal e o quadro de Direção no Item da Qualificação Técnica.

Reiteramos, que o papel do hospital no "sistema de saúde" não pode se restringir a fazer contra referência de pacientes encaminhados. Dos diretores e dos responsáveis pelas **unidades** – pontos de atenção do **HUGO**, que produzem os cuidados, espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes no Sistema Estadual de Saúde. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra hospitalares, em particular com a Secretaria Estadual de Saúde; com as Coordenações de Regiões de Saúde; com a Gestão Municipal de Goiânia; com o conselho que congrega os Secretários Municipais de Saúde, COSEMS-GO; e o Conselho Estadual de Saúde. Importante também a negociação com outros atores das políticas públicas no desenvolvimento da intersetorialidade. Este fato agrega novas práticas que, com toda a certeza, não são simples e desprovidas de dificuldades, mas possíveis de realização.

Objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria Colegiada do hospital deve criar e implementar um **Conselho Gestor** com participação das instâncias e atores acima citados. Como no primeiro ano será trabalhada apenas uma Linha de Cuidado, com prioridade para Traumatologia, definida em articulação com a Gestão Estadual e em consonância com o Perfil do **HUGO,** a Diretoria Colegiada do hospital estará ainda formada nos moldes

tradicionais da estrutura hospitalar e o Conselho Gestor será criado por esta diretoria tradicional e o **IGES**.

O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a integração com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Será implementado nos primeiros dois meses da parceria. Na sua criação, o **IGES** e a **Gestão Estadual,** trabalharam na elaboração conjunta do Regimento Interno.

O **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO** funcionará o Pronto Atendimento humanizado e com Classificação de Riscos e com capacidade operacional para leitos distribuídos nas enfermarias de Clínica Médica, Cirúrgica e Traumatologia, mediando à demanda por esta atenção e respeitando a capacidade operacional, evitando a utilização de macas para internação.

5.3.1 Pronto Atendimento – P.A

Pronto Atendimento

O **HUGO** disponibilizará atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos não programados que ocorram de forma espontânea, por livre demanda da população, ou preferencialmente de forma referenciada.

Deverão estar disponibilizados:

Unidade de Trauma: com 10 Box de Reanimação, 12 leitos de Emergência Clínica; 32 Leitos de Observação em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24 horas, não caracterizando internação hospitalar e uma Sala de Classificação de Riscos. Totalizando 54 leitos.

A Porta Hospitalar de Urgência deverá ser reorientada, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização e através do

Acolhimento com Classificação de Risco, Classificação de Manchester, já colocado na presente proposto e reafirmado neste item:

Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

Implantar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) possibilita organizar o processo de trabalho, otimizar os recursos, definir as responsabilidades e atribuições dos serviços de saúde e proporcionar ao usuário do serviço um atendimento humanizado e acolhedor.

O objetivo do IGES é **reorientar** o (ACCR): Sistema de Manchester como já relatado na Proposta de Trabalho. No **HUGO** estão utilizando o Sistema de Manchester de forma inadequada sem utilizar o acolhimento para os usuários classificados na cor verde e azul.

A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester

COR	TEMPO – ALVO EM MINUTOS
Vermelho	0
Laranja	10
Amarelo	60
Verde	120
Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Realizar as seguintes etapas: Cronograma na Política de Humanização.

- Criar o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) na Instituição;
- Solicitar visitas dos assessores do Ministério da Saúde especificamente para discussões sobre ACCR;
- Formar um Grupo de Trabalho temporário, Multiprofissional e com participantes das diversas Comissões Técnicas do **HUGO** para discussões e levantamento de problemas: Trabalhar propostas para reorganização do fluxo interno do PA;
- Reorientar os protocolos existentes, reestruturar a sala de ACCR e definir da equipe;
- Visitas de profissionais do **HUGO** em outros locais que já implantaram o ACCR;
- Promover a Capacitação dos profissionais no Sistema de Manchester;

- Participar no GTH Municipal.

A Porta de Entrada, apesar de regulada pelos Complexos Reguladores DE Urgência, o Hospital e consequentemente o P.A é porta de entrada para o atendimento de urgência-emergência de média e alta complexidade para o Sistema Estadual do SUS.

As **Redes de Atenção à Saúde** são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

As diferenças entre as Redes de Atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da **Atenção Primária à Saúde - APS** e na **forma de regulação**.

Nas **Redes de Atenção às Condições Crônicas** a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o Centro de Comunicação das RAS, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas **Redes de Atenção às Urgências e Emergências**, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessas redes.

O **IGES** irá desenvolver ações estratégicas visando reorientar a atenção no **P.A**.

Ações Estratégicas:

- **Investir em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:**

Transformar a porta de urgência em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. Mas, para além das ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas

PROTOCOLO FLS Nº 2105

na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos desenvolver ações intersetoriais objetivando: diminuir a alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região; articular com a Atenção Primária á Saúde e trabalhar projetos voltados a Hipertensão Arterial e Diabetes apresentando a estatística de pacientes com insuficiência renal crônica; ações intersetorias de prevenção de ferimentos em crianças.

- **Ações para promover acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:**

A Atenção Básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente "preventivas e programáticas", em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

O **P.A** do **HUGO** deve estar preparado para acolher os cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, por isso é tão importante seguir o Sistema de Manchester com as cores azul e verde, mas deve também estabelecer uma articulação com a Gestão Municipal, no sentido de referenciar a volta deste cidadão à Atenção Básica, Rede de Atenção as Condições Crônicas.

- **Investir na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde:**

PROTOCOLO PLS/MS 2106 L

Investir em recursos humanos e em projetos de educação permanente, que gerem compromisso e qualificação profissional.

Articular-se com a Escola de Saúde Pública e elaborar projetos compartilhados.

- **Articular com as figuras regionais e fortalecer a política das pactuações:**

Participar das reuniões dos Colegiados das Instancias Regionais; das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde e Municipal de Goiânia.

Incentivar a participação destas instâncias em fóruns do hospital, em particular o Conselho Gestor.

Estas pactuações fortalecem os mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra referência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada no **HUGO**.

Em **2011, o Ministério da Saúde** lançou a **PORTARIA Nº 2.395,** que Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Trabalhar com as diretrizes da referida Portaria.

A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência do **HUGO**, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das **linhas de cuidados** prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

Adequar a Emergência Clinica às normas da Vigilância Sanitária, nos padrões de complexidade dos pacientes, com acréscimo de 08 leitos.

No Comitê de Qualidade já descrito na proposta, criar um Núcleo que promova a integração da Rede Saúde Toda Hora do Ministério da Saúde.

Reafirmando priorizar uma linha de cuidado com a Gestão Estadual.

Metas de Produção:

Em relação às Metas de Produção: O IGES pretende alcançar 10% de incremento nas metas estabelecidas pela Gestão Estadual, podendo repactuar as metas após a reorganização acima descrita.

5.3.2 Unidade de Tratamento Intensivo – UTI

O Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO

Possui duas UTIs localizadas no **2º andar** e uma UTI Neurológica localizada no Pronto Atendimento.

UTI 1: 10 leitos

UTI 2: 20 leitos

UTI Neurológica: 14 leitos

Total: 44 leitos

Serão trabalhadas estratégias de adequação da capacidade instalada mediando à demanda por esta atenção e a capacidade operacional. Serão desenvolvidas ações necessárias para adequar o financiamento trabalhando com incentivos para novos leitos de UTI. Credenciamento no SUS de leitos de UTI já cadastrados no CNES. Credenciamento no SUS de leitos de UTI não cadastrados no CNES, mas já utilizados.

Metas:

Incrementos de 06 leitos de UTI Neurológica.

Implantar 10 leitos de UTI Neurológica.

Superar a meta estabelecida de 149 em 15%.

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada.

O **IGES** propõe um modelo de determinantes para a estruturação da organização dos serviços da UTI.

Ações Estratégicas

- Observar e manter as funções básicas da vida;
- Cuidar de pacientes graves e agudos recuperáveis;
- Preparar, orientar, tanto física como mental, social e espiritualmente ao paciente;
- Prestar cuidados específicos aos pacientes, conforme seu estado clínico;
- Manter a família informada sob as condições do paciente;
- Colaborar com o ensino e a pesquisa para que possa dar melhor atendimento aos pacientes futuros;
- Promover cuidados essenciais de enfermagem para evitar a propagação de infecção;
- Adquirir respiradores eficientes e modernos para todos os leitos;
- Substituir todos os suportes de soro por suportes de fixação no teto; esses suportes diminuiriam o risco de contaminação para os pacientes, aumentando sua segurança.
- Providenciar para a unidade aquisição de maior numero de estetoscópios e esfignomanômetros. Número ideal um aparelho por leito, propiciando um melhor controle de infecção.
- Realizar reuniões com a equipe médica e de enfermagem objetivando o cuidado humanizado dos pacientes. Fundamental: chamar o paciente pelo nome.

- Orientar a lavagem de mãos após o toque em cada paciente, para evitar infecção cruzada.

- Orientar a importância do uso do E.P.I. e também do descarte correto dos pérfuro-cortantes para evitar acidentes de trabalho.

- Solicitar que a funcionária da limpeza fique responsável apenas pelo serviço na UTI; por ser uma área crítica, a unidade necessita de um funcionário exclusivo para sua limpeza, que fique à disposição todo o tempo inclusive para limpezas emergenciais.

- Fornecer curso de aprimoramento de técnicas para os funcionários da limpeza.

- Em relação aos funcionários da UTI: manter os existentes e apresentar aumentos principalmente no quadro da enfermagem.

As Normas e rotinas que organizam o funcionamento geral do setor estão organizadas no item 4.2.7, **Manual de Normas e Rotinas.** Descrito abaixo apenas algumas normas específicas.

Rotina de Visitas e Informações aos familiares

- O boletim médico é emitido pelo intensivista;

- Os visitantes deverão aguardar o chamado para a visita na sala de espera;

- Não é permitido ficar transitando no corredor da UTI, pois o mesmo é restrito à passagem de funcionários e pacientes;

- As visitas deverão ocorrer diariamente, porém, em caso de intercorrência, poderá haver atraso no horário ou até mesmo ser suspensa;

- Após a visita, o plantonista emitirá o boletim médico para os familiares;

- O horário da visita ao paciente menor de idade deverá ser flexível, permitindo a permanência da mãe por mais tempo junto ao filho

(Humanização do leito).

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada.

Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento do SUS de leitos hospitalares já em funcionamento mas ainda descredenciados, mas já utilizados.

Regulamentar fluxo de Urgência e Emergência hospitalar e ambulatorial com a Central de Regulação.

Gestão Estadual

2.3.4 Clínica Básica

A rotulada clínica está localizada no 2º andar, com 30 leitos distribuídos:

- Escolta SSP-GO: 4 leitos
- Clínica Médica: 80 leitos
- Neurologia: 06 leitos
- Cardiologia: 08 leitos
- Geriatria: 4 leitos

O IGES estabelece na proposta de trabalho, manter o funcionamento desse clínica 24 horas ininterruptamente, dividido em escalas de 12 horas, o mesmo funcionamento existente na clínica.

O núcleo do Pronto Atendimento poderá atuar se necessário, as interconsultorias ambulatoriais e internamento, com formação em clínica básica, a cada 12h de plantão, para responder as interconsultorias clínicas básicas, mantendo ainda, de forma sistemática, médicos especialistas de cada especialidade básica e, se necessário, o mesmo se faça para ofertar o núcleo hospitalar e as especialidades básicas do HUGO para a resolução dos problemas.

Cada especialidade básica contará com um chefe de serviço, o qual estará supervisionado diretamente ao diretor clínico.

Será designado um chefe de enfermagem para a manutenção e manutenção dos protocolos de funcionamento da clínica básica. As normas e rotinas que estabelecem o funcionamento total do setor estão organizadas no item 4.2.2.

5.3.3 Traumatologia

Localizado no **4º andar**, com 69 leitos. Na Traumatologia 1 são 17 enfermarias, com 34 leitos. Na Traumatologia 2 são 15 enfermarias, com 35 leitos.

O **IGES** estabelece na proposta de trabalho, manter o funcionamento dessa clínica 24 horas ininterruptamente, dividido em escalas de 12 horas, e com os funcionários já existentes na clinica.

O médico do Pronto Atendimento poderá apoiar se necessário, às intercorrências da enfermaria e ainda manter 01 médico, com formação em clínica médica, a cada 12h de plantão, para responder às intercorrências da enfermaria. Ainda manter, de forma alcançada, médicos especialistas de cada área para orientar o médico plantonista e, se necessário, o mesmo se deslocará ao **HUGO** para a resolução dos problemas.

A especialidade contará com um chefe de serviço, o qual estará subordinado diretamente ao diretor clínico.

Será designado um chefe de enfermagem para a melhoria e manutenção dos protocolos de funcionamento da traumatologia 1 e 2. As Normas e rotinas que organizam o funcionamento geral do setor estão organizadas no item 4.2.7, **Manual de Normas e Rotinas.**

Cada perfil profissional será avaliado para a indicação a essas funções, considerando a capacitação técnica, liderança e integração com o novo modelo gerencial.

Metas:

Superar a meta estabelecida de 621 em 10%.

Instalar 02 (três) leitos de estabilização- urgência clínica, com monitorização e ventilação mecânica. Será um leito para cada enfermaria.

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual.

5.3.4 Clínica Médica

A referida clinica esta localizada no **5º andar,** com 30 leitos distribuídos:

- Escolta SSP-GO: 4 leitos
- Clinica Médica: 08 leitos
- Neurologia: 06 leitos
- Cardiologia: 08 leitos
- Geriatria: 4 leitos

O **IGES** estabelece na proposta de trabalho, manter o funcionamento dessa clínica 24 horas ininterruptamente, dividido em escalas de 12 horas, e com os funcionários já existentes na clinica.

O médico do Pronto Atendimento poderá apoiar se necessário, às intercorrências da enfermaria e ainda manter 01 médico, com formação em clínica médica, a cada 12h de plantão, para responder às intercorrências da enfermaria. Ainda manter, de forma alcançada, médicos especialistas de cada área para orientar o médico plantonista e, se necessário, o mesmo se deslocará ao **HUGO** para a resolução dos problemas.

Cada especialidade contará com um chefe de serviço, o qual estará subordinado diretamente ao diretor clínico.

Será designado um chefe de enfermagem para a melhoria e manutenção dos protocolos de funcionamento da clínica médica. As Normas e rotinas que organizam o funcionamento geral do setor estão organizadas no item 4.2.7,

Manual de Normas e Rotinas.

Cada perfil profissional será avaliado para a indicação a essas funções, considerando a capacitação técnica, liderança e integração com o novo modelo gerencial.

Metas:

Superar a meta estabelecida de 270 em 15% otimizando os recursos disponíveis.

Instalar 03 (três) leitos de estabilização- urgência clínica, com monitorização e ventilação mecânica.

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual.

5.3.5 Clínica Cirúrgica

A referida clínica está localizada no **4º andar** com 38 leitos: Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular.

O **IGES** estabelece na proposta de trabalho, manter o funcionamento dessa clínica 24 horas ininterruptamente, dividido em escalas de 12 horas, e com os funcionários já existentes.

Estabelecido a manutenção de 01 médico, com formação em clínica médica, a cada 12h de plantão, para responder prontamente às intercorrências da clínica cirúrgica. Ainda teremos, de forma alcançada, médicos especialistas de cada área para orientar o médico plantonista e, se necessário, poderão se deslocar ao **HUGO** e ainda contar com o apoio do médico do Pronto Atendimento.

Cada especialidade contará com um chefe de serviço, o qual estará subordinado diretamente ao diretor clínico.

Será designado um chefe de enfermagem para a melhoria e manutenção dos protocolos de funcionamento da clínica cirúrgica. As Normas e rotinas que organizam o funcionamento geral do setor estão organizadas no item 4.2.7, **Manual de Normas e Rotinas.**

Cada perfil profissional será avaliado para a indicação a essas funções, considerando a capacitação técnica, liderança e integração com o novo modelo gerencial.

Metas:

O **IGES** pretende **habilitar** o **HUGO, junto ao Ministério da Saúde,** em **Alta Complexidade** para os serviços de **Cirurgia Vascular e Neurocirurgia e Cirurgia Ortopédica.**

Implantar e Habilitar o serviço de **Hemodinâmica Diagnostica e Terapêutica** para atenção aos casos de Acidentes Vasculo-encefálicos e Síndromes Coronarianas Agudas.

A habilitação promove o incremento de recursos em faturamento para a unidade, uma vez que, alguns procedimentos dessas especialidades já são realizados e não podem ser apresentadas para pagamento.

Há grande carência de leitos para cirurgias de urgência e emergência no estado de Goiás.

Ampliar em 10 leitos a clinica cirúrgica, em até 14 meses, condicionado a incremento no custeio mensal e recursos para aquisição de equipamentos.

Superar a meta estabelecida de 342 em 15%.

Instalar 03 (três) leitos de estabilização- urgência clínica, com monitorização e ventilação mecânica.

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual.

5.3.6 Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico do **HUGO** possui 10 salas de cirurgia, mas apenas 07 salas estão em condições adequadas de funcionamento. A sala de recuperação Pós- Anestésica tem 08 leitos.

A Proposta de Trabalho do **IGES** para o centro cirúrgico do **HUGO** tem como principal ação, incrementar a capacidade de produção cirúrgica, trabalhando ações do modelo gerencial e ampliando o horário de funcionamento. O centro cirúrgico é um ponto de atenção de organização complexa, formado por várias partes que se relacionam para além de um layout arquitetônico e densidade tecnológica.

Nesta perspectiva, trabalhar com ações estratégicas articuladas ao Modelo Gerencial.

Em linhas Gerais a descrição de algumas Ações Estratégicas:

Ações Estratégicas:

Modelagem e Simulação do Ambiente Cirúrgico:

No Modelo Gerencial proposta trabalhamos com conceitos de Integração Vertical e Horizontal e Economia de Escala. Atualmente, pesquisadores e analistas de negócios estão começando a descobrir o potencial do uso da simulação dentro do ambiente hospitalar.

Através do estudo das interações entre pacientes, médicos, enfermeiros e equipe técnica e de suporte, a simulação pode se tornar uma ferramenta

734 PROTOCOLO SES 2116

muito útil na eliminação de ineficiências e a alocação de recursos para determinados setores otimizados. A simulação é utilizada no estudo da comparação entre diferentes sistemas para definição dos recursos ou requisitos a serem utilizados, o tempo de processamento dos sistemas, a quantidade de pacientes atendidas e o tempo de atendimento .

Dentro do ambiente hospitalar, está localizado o complexo sistema centro cirúrgico. O centro cirúrgico é uma unidade assistencial, onde são realizadas operações cirúrgicas, visando atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais. Requer suporte adequado de modo que os aspectos técnico-administrativos referentes à planta física e localização, aos equipamentos, ao regimento, às normas, às rotinas e aos recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição.

Algumas situações a que os pacientes são submetidos nos ambientes cirúrgicos, tornam necessária a aplicação de novas técnicas e procedimentos que facilitem a execução de tarefas nesses ambientes. Um exemplo de situação que poderia ser evitada é o atraso ou o cancelamento de cirurgias que muitas vezes acabam fazendo com que os preparos pré-cirúrgicos dos pacientes sejam perdidos, além dos custos adicionais à instituição, o desconforto causado tanto aos pacientes bem como para os demais profissionais envolvidos, e que nem sempre são os responsáveis diretos pelos atrasos ou cancelamentos. Estes são fatores que devem ser minimizados, objetivando assim a qualidade da prestação de serviço e a satisfação do quadro funcional.

Através da implantação de uma solução que permita confeccionar e adequar o mapa cirúrgico, teremos os seguintes benefícios:

- diminuir o tempo de ociosidade das salas cirúrgicas;
- melhorar a administração dos intervalos de utilização das salas, acarretando na diminuição dos atrasos;

735 PROTOCOLO

- possibilitar uma maior flexibilidade na agenda dos cirurgiões;
- diminuir o tempo médio de dias de internamento, tendo em vista a facilidade em realizar o remanejamento das cirurgias quando for necessário;
- melhorar a previsão dos instrumentos, equipamentos e materiais necessários para realização de cirurgias;
- diminuir as situações de risco a que os pacientes são submetidos desnecessariamente, pois muitos preparos pré-operatórios e transferências entre a unidade de internação e o centro cirúrgico poderiam ser evitados.

Além disto, um modelo implementado através de uma ferramenta de simulação, poderá fornecer muitas informações essenciais na melhoria do processo de agendamento do mapa cirúrgico e desta forma possibilitar uma diminuição na ociosidade das salas cirúrgicas.

Metodologia

Para o desenvolvimento apropriado das tarefas dentro do centro cirúrgico, os pacientes devem ser escalados para os procedimentos cirúrgicos através do mapa cirúrgico, encaminhados para o ambiente cirúrgico, sendo neste anestesiados, o procedimento cirúrgico é realizado pela equipe utilizando os materiais, instrumentos e equipamentos adequados a manutenção da vida do paciente.

Existem atualmente 10 salas cirúrgicas no hospital e 07 funcionando adequadamente. As 03 salas citadas vão ser adequadas no primeiro bimestre da parceria. Para facilitar a criação do mapa, existe uma divisão das salas, criando assim uma agenda prévia dos dias semana e turnos disponíveis para cada especialidade clínica, incluindo-se nesta as salas destinadas às cirurgias de emergência.

A partir do mapa ocorre a verificação da disponibilidade de leitos de internamento e suas respectivas reservas, preparo dos pacientes, adequação

do ambiente cirúrgico, reserva de equipamentos e instrumentos necessários para o procedimento e também aquisição ou transporte dos materiais a serem utilizados nas cirurgias.

Para a confecção do mapa, são utilizados os avisos de cirurgias, que nada mais são que informativos de execução dos procedimentos elaborados pelos médicos. O preenchimento destes avisos pode ser efetuado em dois momentos: quando o paciente já está internado na instituição ou quando o médico verifica a necessidade da intervenção cirúrgica.

Nestes avisos as principais informações encontradas são a data e horário preferencial para a cirurgia, a especialidade cirúrgica, o procedimento a ser realizado, os equipamentos, instrumentos e materiais necessários para a execução do mesmo.

Através da visualização dos avisos e da disponibilidade das salas cirúrgicas, equipamentos, instrumentos e demais materiais necessários, é realizada uma análise do número de cirurgias já programadas para cada dia, turno e especialidade, lembrando das cirurgias de emergência, permitindo assim confirmar o agendamento solicitado através deste, ou sugerir novas datas e horários para os mesmos. A simulação consiste em descrever um modelo através de processos ou sistemas, a qual possui parâmetros que permitem a configuração do modelo, permitindo a tomada de decisão a respeito da execução prática do mesmo.

Através da criação de software é possível solucionar questões relacionadas a:

- análise de capacidades;
- planejamento de recursos e dos equipamentos;
- projeto das instalações;
- análise logística;
- planejamento da gestão do atendimento;

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 119
FUNC

- projetos de novas instalações ou expansões das já existentes;
- otimização de setores de emergência, centros cirúrgicos, central de exames, entre outros; e
- reengenharia.

Uso Racional de Antimicrobianos:

Com a CCIH estabelecer um projeto objetivando promover o uso racional de antimicrobianos por meio da duração adequada da profilaxia antimicrobiana cirúrgica.

Metodologia

Intervenção: avaliação do farmacêutico dos antimicrobianos prescritos na profilaxia cirúrgica, solicitando a interrupção do tratamento, nos pacientes elegíveis, em 48h no pós-operatório. Serão considerados pacientes elegíveis aqueles que preencherem os critérios de inclusão.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Pacientes em pós-operatório, em uso de antimicrobianos destinados à profilaxia cirúrgica	Pacientes no pós-operatório de: - cirurgias contaminadas e infectadas - cirurgias urológicas

A profilaxia está indicada na maioria das cirurgias limpas e limpas-contaminadas (definições em anexo).

Indicador

Número de pacientes em que houve adesão ao protocolo / Número de pacientes elegíveis avaliados x 100.

Definições: Classificação do potencial de contaminação

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Limpa	- Cirurgias eletivas, feridas não infectadas - Sítios cirúrgicos onde não é encontrada inflamação - Não há abordagem de vísceras ocas (tratos respiratório, genitourinário, digestivo ou orofaringe) - Primariamente fechadas - Drenagem fechada, se necessária - Não há quebra de técnica - Trauma não penetrante Exemplos: mamoplastia, herniorrafia inguinal, próteses de quadril
Limpa contaminada ou potencialmente contaminada	- Há abordagem dos tratos digestivo, respiratório, genitourinário ou orofaringe - Situações controladas e sem contaminação não usual. - Cirurgia genitourinária: quando não há cultura de urina positiva colhida no pré-operatório - Em cirurgia do trato biliar: não há infecção de vias biliares - Nas cirurgias de apêndice, vagina e orofaringe quando não há evidência de infecção ou quebra de técnica. Exemplos: colecistectomia eletiva, histerectomia por via vaginal ou abdominal
Contaminada	- Feridas traumáticas recentes, abertas - Contaminação grosseira durante cirurgia de trato digestivo, manipulação de via biliar ou genitourinária na presença de bile ou urina infectadas - Quebras maiores de técnica - É encontrada inflamação aguda não purulenta Exemplo: colecistectomia por colecistite aguda, fratura exposta (<8h)
Infectada	- Feridas traumáticas recentes, abertas - Contaminação grosseira durante cirurgia de trato digestivo, manipulação de via biliar ou genitourinária na presença de bile ou urina infectadas - Quebras maiores de técnica - É encontrada inflamação aguda não purulenta Exemplo: colecistectomia por colecistite aguda, fratura exposta (<8h)

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 212
1

Metas:

Otimizando o uso das salas cirúrgicas e utilizando as práticas da Modelagem e Simulação do Ambiente Cirúrgico o IGES propõe com os mesmos recursos hoje existentes incrementar a quantidade dos procedimentos em 10%.

5.3.7 Ambulatório

O Ambulatório do **HUGO** possui 21salas e nestas inseridos os consultórios de residência médica; os consultórios multidisciplinares; salas destinadas às atividades específicas; salas administrativas; chefia médica e de Enfermagem e regulação interna.

No **HUGO** através das atividades de Residência Médica, serão disponibilizadas consultas ambulatoriais a pacientes: egressos cirúrgicos do próprio hospital; de clínica médica; cardiologia e ortopedia, observada sua capacidade operacional.

Serão disponibilizados procedimentos de enfermagem e ações do serviço social, fisioterapia e psicologia, odontologia.

Além das consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições medicas, orientam pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clinico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporciona-los assistência imediata. O ambulatório deve se articular com o Sistema Estadual de Saúde para estabelecimento da contra referência dos usuários. Os usuários devem retornar para os pontos de atenção da Atenção Primaria á Saúde, respeitando os seus territórios sanitários. Este fluxo estará sendo estabelecido a partir das reuniões do **Conselho Gestor**.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionamento das 07h00 às 17h00, no mínimo, em dois turnos, de segunda à sexta-feira.

Deverão ser organizadas **no período de 30 dias**, reuniões com a Gerência Médica, equipe da residência médica e residência multiprofissional objetivando definir funcionamento do ambulatório, com horários de funcionamento e estabelecer a ocupação dos consultórios e especialidades segundo as demandas e necessidades. A proposta é que seja implantado o funcionamento do Ambulatório no terceiro turno, até 22 horas.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

Conforme já descrito nesta proposta, o **HUGO** contará com uma equipe de acolhimento que será responsável por acompanhar, monitorar, incentivar e planejar as ações nas diversas áreas do Hospital agilizando e organizando os atendimentos no Ambulatório, recebendo e orientando os usuários quanto a possíveis atrasos no atendimento, necessidade de reagendamento ou encaminhamentos para outros serviços.

- Rever com os profissionais de Odontologia, o atendimento ambulatorial e a atenção dispensada na Unidade de Tratamento Intensivo.

No serviço odontológico Ambulatorial e Hospitalar do **HUGO** promover reorientação do modelo de atenção em saúde bucal desenvolvido no **HUGO**:

- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita, sem minimizar a necessária atenção ao cidadão em **situação de urgência;**
- Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
- Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na

PROTOCOLO SES
Fls Nº 123
ASSINATURA

formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS;

- Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços.

As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade Hospitalar.

Metas:

Em relação as metas de produção: incremento de 10% nas metas estabelecidas pela Gestão Estadual.

5.3.8 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT

No diagnóstico preliminar deste ponto de apoio foram apontadas algumas situações que serão reavaliadas pelo **IGES**:

A área de Imagiologia esta localizada no P.A e possui 13 salas distribuídas em 05 (cinco) Radiologia, 02 (duas) Tomografia Computadorizada e 01 (uma) Ultrassonografia, 01 (uma) Endoscopia, 01 (uma) Broncoscopia, 01 (uma) Ecocardiografia e 02 (duas) para Administração.

O CNES classifica o Serviço de Diagnostico por Imagem como Próprio e Terceirizado; Ambulatorial e Hospitalar. Apesar de existirem 02 tomógrafos, as tomografias não são realizadas no **HUGO**. Ultrassom, Eco e Ressonância: Realizadas no CRER.

Os Raios-X de 100 a 500 MA: 06 existentes e 05 em funcionamento.

O CNES classifica o Serviço de Diagnostico por Laboratório Clínico como próprio, Ambulatorial e Hospitalar. Mas existem duas empresas que realizam procedimentos e comercializam os insumos.

O CNES classifica o Serviço de Diagnostico por Métodos Gráficos Dinâmicos **como** próprio, Ambulatorial e Hospitalar

O CNES classifica o **Serviço de Hemoterapia** como Terceirizado, Hospitalar-Agencia Transfusional.

No CNES o Anatomo- patológico: Municipal.

Existem dois Radiologistas para emissão de Laudos.

No **HUGO** serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos em regime de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatorial.

Envolve equipamentos e procedimentos de diagnóstico e apoio de avançada tecnologia: Análise Clínicas, Anatomia Patológica, Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Endoscopia Digestiva e Broncoscopia, Colonoscopia, Ecocardiografia, Dupplex Scan.

O **IGES** devera manter, rever a necessidade de terceirização e incrementar o SADT objetivando melhoria do funcionamento com foco no paciente e nos profissionais solicitantes.

Como já citado na proposta os gestores de saúde, estão utilizando novas ferramentas voltadas a economia de escala e integrações horizontal e vertical. Nesta perspectiva a Gestão Estadual do SUS de Goiás, aponta e já está para ser operacionalizado o procedimento de transferência da gestão dos serviços de imagiologia para uma Organização Social. A organização será responsável pela instalação de uma **Central Remota de Laudos,** assumindo os serviços de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de imagiologia dos seguintes exames: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia.

A Central Remota de diagnóstico por imagem digital sob a gestão de uma Organização Social agregará benefícios em equipamentos digitais para o processamento de sinais biológicos, visando permitir o intercâmbio de

imagens e informações médicas, sem que os médicos especialistas estejam presentes nos gabinetes radiológicos para prover o diagnóstico.

Além disso, com a implantação da nova solução e a padronização dos laudos, os médicos poderão atuar de maneira rápida e simples, através do acesso de exames emergenciais no momento de sua realização e a disponibilização do histórico do paciente possibilitará a comparação com exames anteriores, melhorando assim, o diagnóstico médico.

Metas:

O IGES além de manter as atividades já existentes, com ganho em sua produção em até **15%** ao ano, sem aumento de custos, ainda pretende incrementar o Serviço de Colonoscopia e Ecodoppler Cardiograma.

Reafirmar a implantação e habilitação do serviço de Hemodinâmica Diagnostica e Terapêutica para atenção aos casos de Acidentes Vasculo-encefálicos e Síndromes Coronarianas Agudas.

Fortalecer e aperfeiçoar o Apoio Diagnóstico e Terapêutico próprio e renegociar os terceirizados e definir os horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

Serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a todos os pacientes atendidos, mas com Classificação da Prioridade da Urgência estabelecida: Pronto Atendimento, Internação e Ambulatório.

5.3.9 Hemoterapia

Os serviços de hemoterapia devem buscar o aumento da segurança transfusional, envolvendo: a padronização de testes que comprovem a qualidade dos reagentes utilizados nos serviços hemoterápicos, as análises, o uso e a manutenção de equipamentos apropriados e a capacitação de funcionários. O controle de qualidade é essencial e indispensável para a obtenção de resultados nesta área.

Descreveremos a seguir aspectos práticos que envolverão o controle de qualidade em imuno-hematologia, com o intuito de contribuir para a excelência dos testes imuno-hematológicos e facilitar a implementação de outros laboratórios de controle de qualidade congêneres.

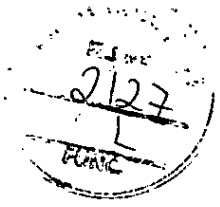
Didaticamente, o controle de qualidade em imuno-hematologia (CQ-IH) pode ser classificado em interno (CQI-IH) e externo (CQE-IH). Os resultados da CQI-IH são utilizados para determinar se uma prática laboratorial pode ser realizada dentro de condições de aceitabilidade pré-estabelecidas em um serviço hemoterápico. Com esse objetivo, os reagentes serão testados rotineiramente, por ocasião da aquisição e/ou quando do armazenamento, e durante o uso, uma vez que vários fatores (transporte, armazenamento, temperatura, etc.), podem alterar a qualidade desses produtos (13). Já o CQE-IH permite avaliar a proficiência de outros serviços.

A segurança e a qualidade do sangue e hemocomponentes deverão ser asseguradas em todo o processo, desde a captação de doadores até a sua administração ao paciente.

Regulamentação de Medidas Para o Controle da Prática Transfusional

A ocorrência de reações transfusionais está associada a diferentes causas, dentre as quais, aquelas relacionadas ao uso de equipamentos descalibrados ou inadequados, ao uso de insumos inadequados e a processos de trabalho equivocados, além de fatores intrínsecos de cada receptor como a existência de anticorpos irregulares não detectados nos testes pré-transfusionais utilizados na rotina dos serviços de hemoterapia.

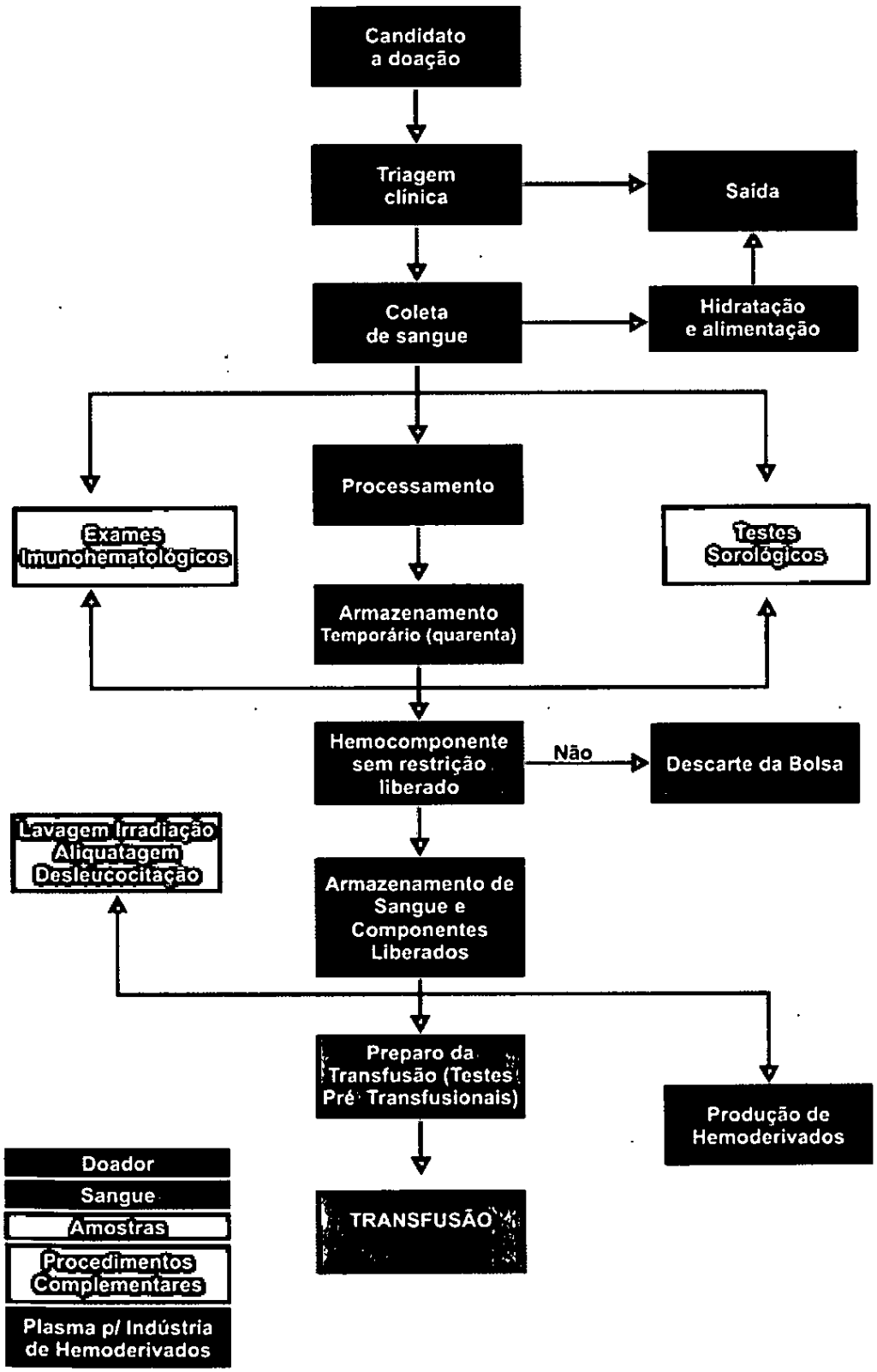
A utilização de equipamentos adequados é fundamental para se conseguir o resultado esperado em um procedimento. Assim, centrífugas sorológicas com velocidade de centrifugação precisa, banhos-maria mantendo a temperatura necessária para a incubação das amostras de sangue dos receptores e refrigeradores mantendo temperaturas de armazenamento adequadas para a

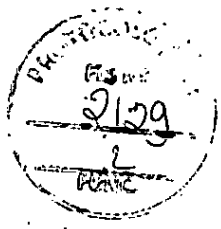


conservação de hemocomponentes são fundamentais para a segurança transfusional.

O **HUGO** se orienta pela Base Legal: Resolução RDC/ Anvisa nº.343/02, onde são introduzidas estas questões acima e são estabelecidos os critérios para sua utilização.

Fluxograma do Ciclo de Sangue





Levantamento dos Processos

PROCESSOS

Processo 1: Transporte

Objetivo: Garantir um transporte adequado para atender as necessidades da AT/HUGO.

Subprocessos: Não tem

CLIENTES: Clínicas cirúrgica e médica, UTI, diálise, hemodiálise, centro cirúrgico; HEMOG; médicos assistentes; pacientes (receptor de hemocomponentes/hemoderivados) e residentes de medicina.

ENTRADA E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUBPROCESSOS**	**SAÍDAS**
Médico assistente ou residente; Pacientes (receptor de sg e/ou hemoderivados); Solicitação de hemocomponentes e/ou	Transporte	Transporte de forma a se assegurar a reposição de insumos

CONTROLES

Registros:

- Relatório de transporte de hemocomponentes, hemoderivados e reagentes;
- Livro de registro de horas de solicitação de transporte.

DOCUMENTAÇÃO

- Manual de procedimento operacional padrão de transporte dos hemocomponentes, hemoderivados e reagentes;
- Ordem de tráfego;
- RDC nº 3, de 14 de junho de 2004;

748
2130

- Relatório de transporte de hemocomponentes, hemoderivados e reagentes.

Processo 2: Suprimento

Objetivo: Garantir as condições adequadas para um atendimento eficaz.

Subprocessos: Não tem

CLIENTES: Clínicas cirúrgica e médica, UTI, diálise, hemodiálise, centro cirúrgico; HEMOG; médicos assistentes; pacientes (receptor de hemocomponentes /hemoderivados) e residentes de medicina.

ENTRADA E SAÍDAS		
ENTRADAS	PROCESSOS E SUBPROCESSOS	SAÍDAS
Bolsas de transferência Filtros; Hemocomponentes e/ou hemoderivados; Insumos; Materiais técnicos e de apoio; Reagentes; Transporte	Suprimento	Reposição de estoque de bolsas de transferência, filtros, hemocomponentes, reagentes hemoderivados e insumos que garanta um atendimento eficaz.

CONTROLES

Registros:

- Distribuição de rotina por unidade transfusional;
- Relatório mensal de distribuição de rotina;
- Sistema de Gestão de Material do Estado – SIGMATE.

DOCUMENTAÇÃO

- Lista de materiais do almoxarifado da farmácia do HUGO;
- Relatório de grupo e subgrupo do Sistema de Controle de Almoxarifado do HUGO;
- RDC nº 153, de 14 de junho de 2004;

- Requisição de sangue e hemocomponentes;
- Requisição de material.

Processo 3: Transfusão

Objetivo: Assegurar que as normas e os procedimentos sejam apropriadamente executados.

Subprocessos: Não tem

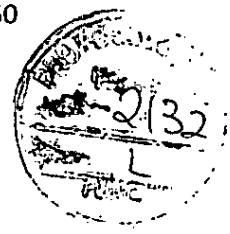
CLIENTES: Clínicas cirúrgica e médica, UTI, diálise, hemodiálise, centro cirúrgico; HEMOG; médicos assistentes; pacientes (receptor de hemocomponentes /hemoderivados) e residentes de medicina.

ENTRADA E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUBPROCESSOS**	**SAÍDAS**
Equipamentos; Hemocomponentes e hemoderivados; Insumos; Médico assistente ou residente; Paciente (receptor de hemocomponentes e hemoderivados); Reagentes; Solicitação de hemocomponentes.	Transfusão	Realização de transfusão de hemocomponentes e hemoderivados]compatíveis;

CONTROLES

Registros:

- Ficha do receptor de sangue;
- Livro de registro de reserva cirúrgica;
- Livro de registro de reações transfusionais;
- Relatório diário de atividades de transfusão
- Relatório de ocorrências diárias;
- Relatório de reações transfusionais;
- Solicitação de hemocomponentes e/ou hemoderivados;
- Termo de responsabilidade para transfusão de hemocomponente incompatível.

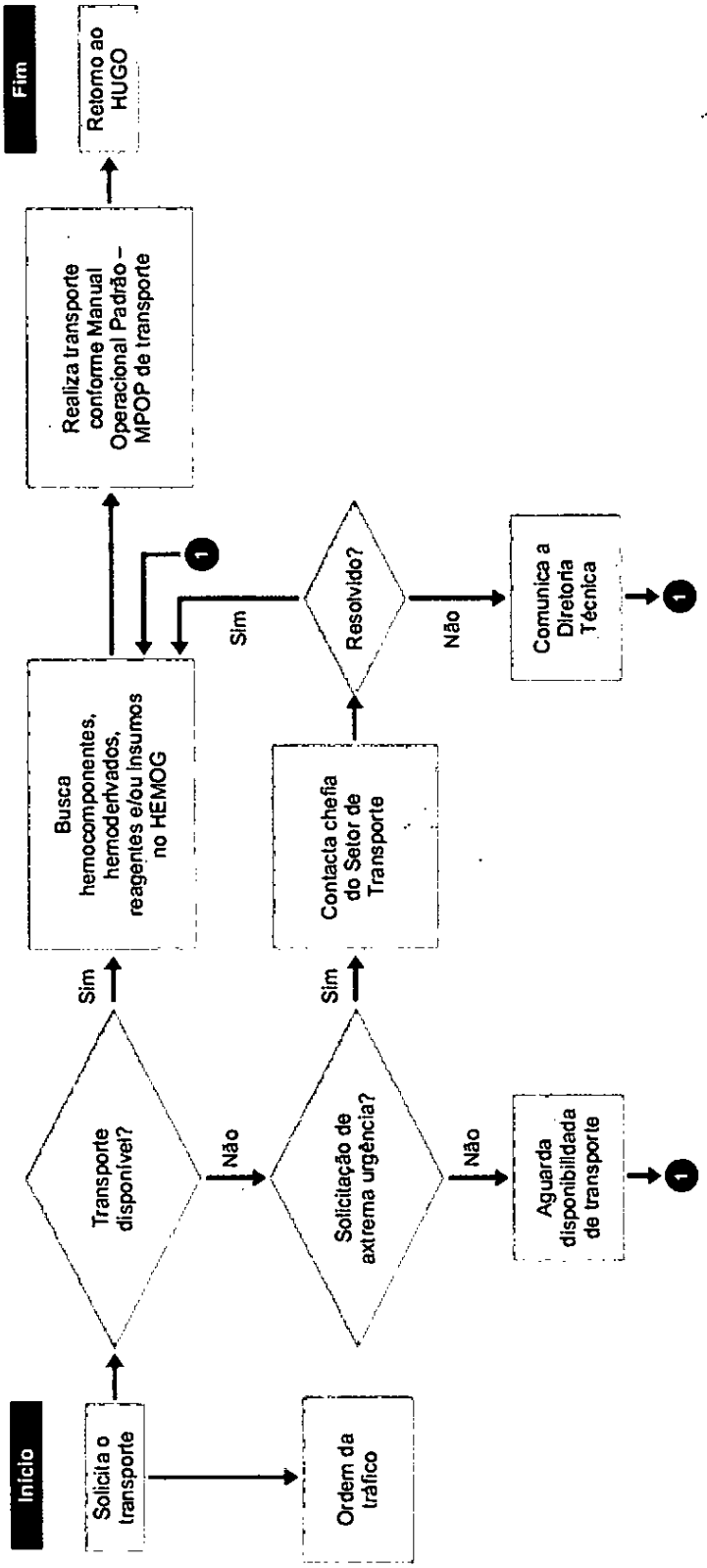


DOCUMENTAÇÃO

- Contrato entre o Hemocentro de Goiás e a AT/HUGO;
- Ficha do receptor de sangue;
- Livro de registro de reserva cirúrgica;
- Livro de registro de reações transfusionais;
- Manual de procedimentos operacionais padrão – MPOP;
- Portaria nº 004, de 05 de setembro de 2006;
- Protocolo de conduta para casos de transfusões de extrema urgência, incompatível e maciça;
- Protocolo de resolução dos casos de reação transfusional;
- RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001;
- RDC nº 153, de 14 de junho de 2004;
- Relatório diário de atividades de transfusão;
- Relatório de ocorrências diárias;
- Relatório de reações transfusionais;
- Requisição de sangue e hemocomponentes;
- Solicitação de hemocomponentes e/ou hemoderivados;
- Termo de responsabilidade para transfusão de hemocomponente incompatível;
- Termo de responsabilidade para transfusão de hemocompoente de extrema urgência.

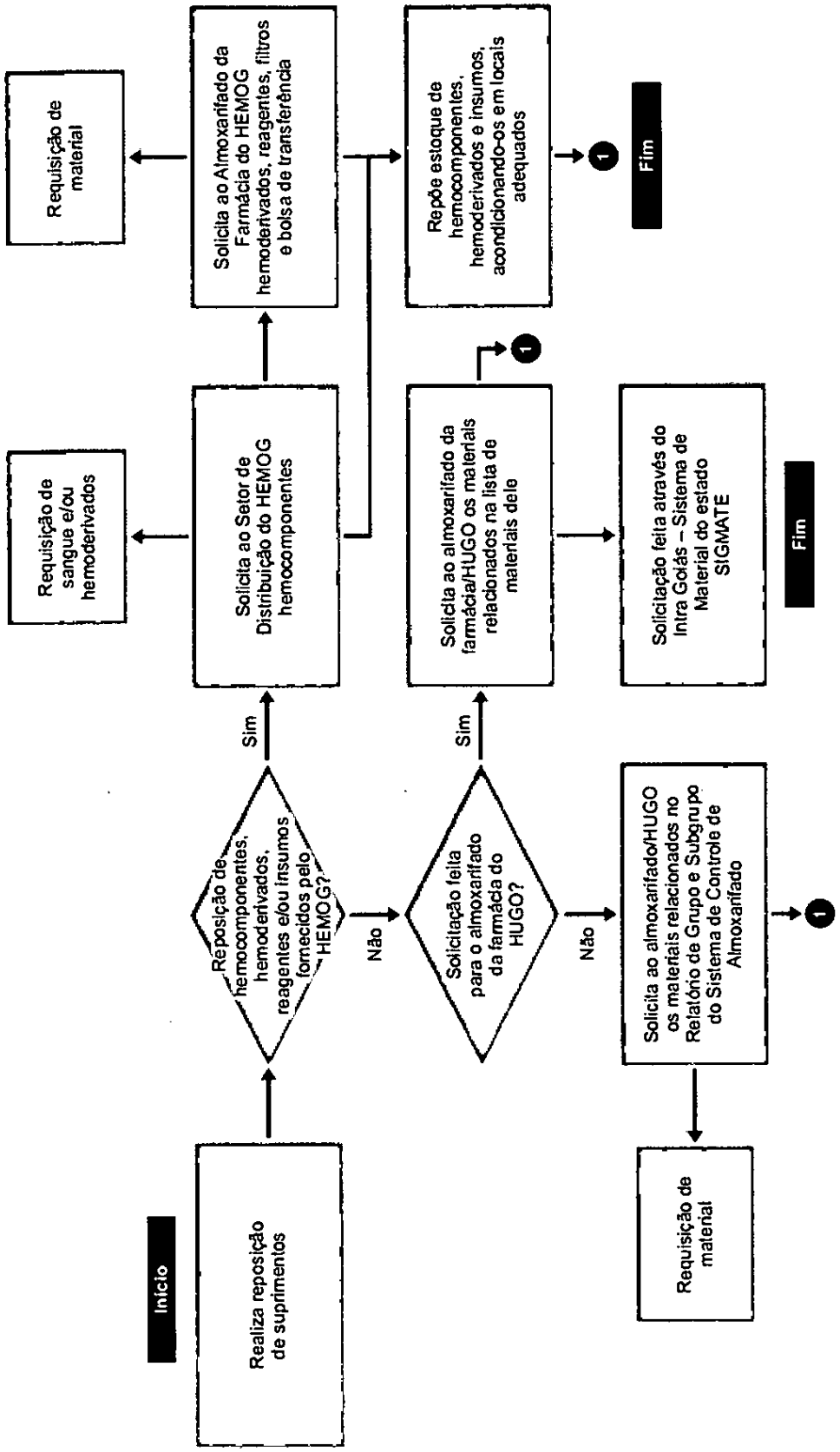
PROTOCOLO / SES
213
L
FUNC.

FLUXOGRAMA DE TRANSPORTE



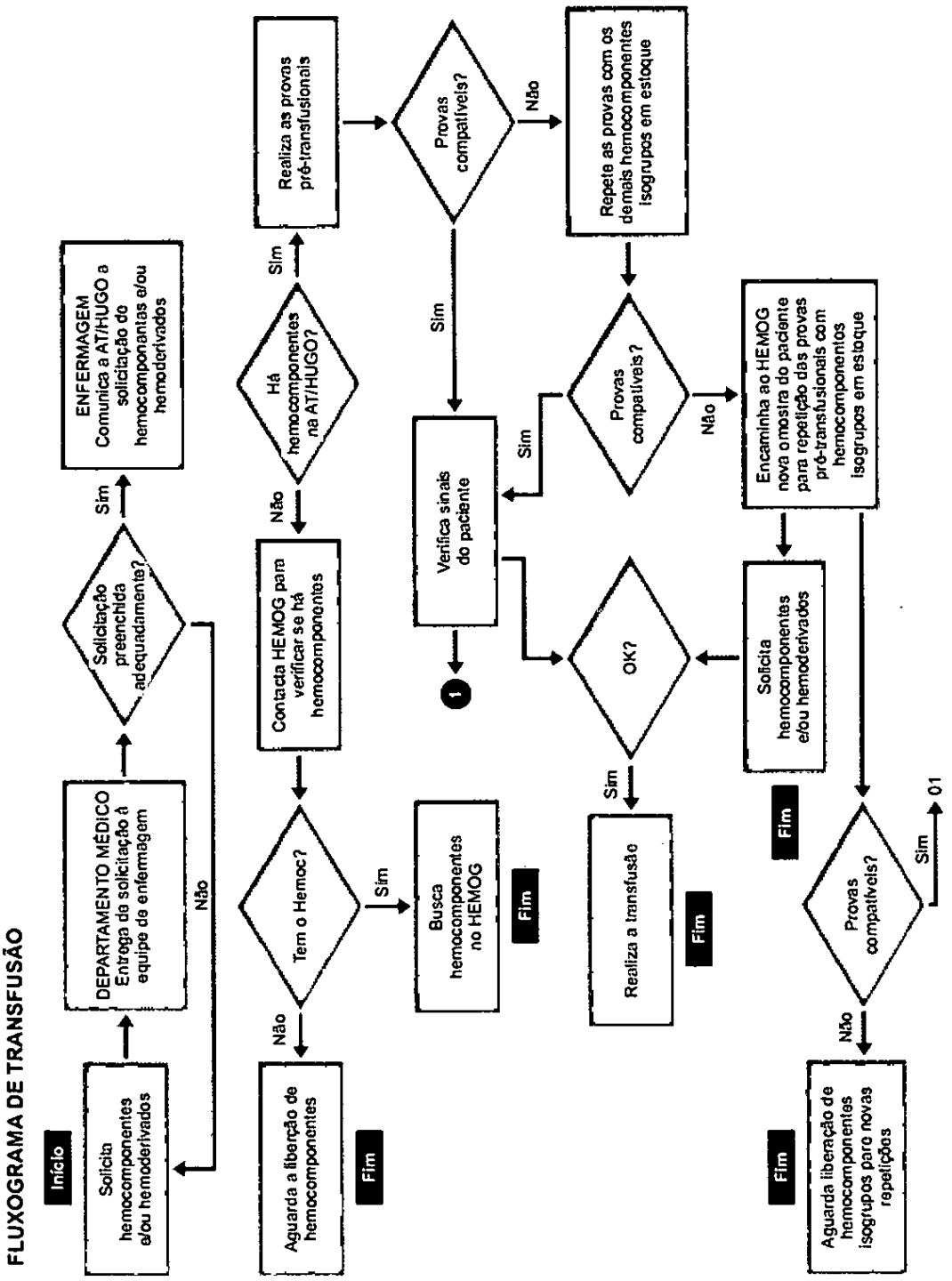
752
PROTOCOLO SES
FLS Nº 2134
L
FUNC.

FLUXOGRAMA DE SUPRIMENTOS



PROTOCOLO/SES
Fls Nº 2135
FUNC

FLUXOGRAMA DE TRANSFUSÃO



754
PROTOCOLO / SES
Fls Nº 2136
Rubrica

No **Projeto:** Alianças-Ações Estratégicas, **4.2.4.1, da Politica de Humanização, no Grupo de Voluntariado**: Fomentar a participação da comunidade na Doação de Sangue.

Durante campanhas de Doação otimizar as ações do Grupo **Estudantes de Pedagogia** para trabalhar com questões voltadas a prevenção de drogas, DST- AIDS.

5.3.10 Serviço de Psicologia

O **IGES** pretende implantar no HUGO um trabalho na área de Saúde Mental, articulada com a Gestão Estadual e Municipal de Goiânia, no Serviço de Psicologia. A Área de Urgência e Emergência com os seus componentes necessita de apoio de uma equipe multiprofissional e o profissional psicólogo e o Serviço de Psicologia devem estar integrados no acolhimento dos pacientes da unidade hospitalar e no cuidado integrado. Ao definir uma Linha de Cuidado para ser implementada no **HUGO** o apoio deste serviço na atenção e na assistência será reorientado com novas práticas.

Os serviços de emergência cada vez mais estão trabalhando em equipes interdisciplinares, objetivando atender ao paciente e seus familiares de uma forma integral, trabalhando na reparação dos danos físicos, lesões orgânicas e emocionais, provocadas pela hospitalização. Nestes momentos, a psicologia torna-se uma importante aliada, com o intuito de minimizar o sofrimento, atuando com ações integradas para a prevenção de doenças, promoção do bem estar e manutenção da saúde. Cada situação coloca o psicólogo em contato direto com o novo, o que exige flexibilidade ao definir a ação mais efetiva em determinada circunstância, revelando a singularidade de cada atendimento. As atividades são: Acolhimento, Sala de Emergência, Sala de Observação, Bloco Cirúrgico, Unidade de Internação, Unidade de Tratamento Intensivo e Comissões Hospitalares.

A imprevisibilidade das circunstâncias atendidas em emergência gera uma crise, desencadeando no sujeito perda do corpo saudável (doença) e da

condição de "inteiro" (fraturas, mutilações, procedimentos cirúrgicos), ocasionando medos que se baseiam em dados de realidade, como a sensação de dor e de outros sintomas físicos, a dependência e a impotência (Souza, 2005). Além disso, os novos aparatos tecnológicos têm feito, cada vez mais, com que os pacientes se entreguem na sua totalidade a profissionais desconhecidos e a equipamentos tecnológicos que lhe são estranhos. A tecnologia, assim como o linguajar médico, é dificilmente entendida pela população usuária. A grande maioria da população, fora do meio médico, não possui informações sobre a rotina hospitalar, fato que causa um grande sofrimento para a família e o paciente. Num momento de crise, o sujeito torna-se psicologicamente instável, podendo gerar um maior amadurecimento, descobrindo maneiras de solucionar o problema, como também pode ser um evento que cause adaptações inadequadas, ficando num nível inferior de funcionamento, inclusive com o aparecimento de sintomas como angústias, medo, culpa ou vergonha. Assim, sentindo-se ineficiente e impotente, é possível que ocorra uma desorganização do funcionamento.

É fundamental que a equipe de um serviço de emergência entenda que o paciente internado não "é um doente" e sim "está doente". Até pouco tempo, gozava de saúde perfeita e, em função de um trauma, vê-se subitamente hospitalizado. O paciente é um ser humano, um indivíduo que tem a sua família, que estuda, trabalha, tem planos, sonhos e sofre por ter sido, de uma hora para a outra, extraído de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável à doença Por isso, é importante oferecer um suporte emocional a pacientes e familiares, no intuito de minimizar o sofrimento psíquico.

Quando um membro da família fica doente, notamos a desestruturação do grupo familiar. O que ocorre a um membro da família influencia a todos, desta maneira, cada família irá enfrentar um momento de crise de forma singular. O hospital não está preparado para acolher as famílias, apresentando dificuldade em adequá-las ao ambiente hospitalar, sendo elas, muitas vezes, consideradas pela equipe como elemento secundário, sem função especifica,

preferindo que elas se mantenham afastadas. Esse tipo de visão não condiz com o processo de humanização do atendimento, elas devem ser consideradas parte integrante do processo de hospitalização e participar ativamente de todo o período de hospitalização.

A atuação junto às famílias deve ser considerada pelos profissionais de saúde de forma que se sintam apoiadas e seguras, investindo na ênfase da comunicação e no reequilíbrio funcional da estrutura familiar, sendo continente das suas ansiedades, estando presente de forma afetuosa, realística, forte, previsível e digna, ajudando a família a enfrentar as vicissitudes da doença e da morte. (Pereira, 2007). Atualmente, em função do impacto das vítimas na demanda dos prontos-socorros, serviços de urgências e emergências, os profissionais da saúde precisam atuar na reparação dos danos físicos, lesões orgânicas e emocionais, participando de todo o processo. Além do atendimento médico, as vítimas quase sempre exigem atenção especializada em saúde mental, reabilitação física e assistência social. Porém, essa atenção não é dada somente ao paciente, a família também necessita de cuidados, pois, muitas vezes, ela busca transferir para a Instituição as responsabilidades não só de cuidar, mas também de solucionar o problema. Essa carência afetiva, as dificuldades nas relações familiares, lotam as emergências, principalmente, nos finais de semana, quando estão frente a frente, tornando a emergência uma sala de espera de todos os problemas sociais (Romano, 1999; Pitta, 1999).

As manifestações psíquicas desencadeadas em função da natureza súbita e inesperada dos eventos que chegam à emergência geram os mais variados sentimentos, tanto na família como no paciente, podendo apresentar: regressão, alteração da imagem corporal, respeito, esperança, medo, insegurança, confusão, apatia, intranquilidade, desestruturação, superproteção, redução da afetividade, angústia, impaciência, culpa, negação, raiva, barganha, depressão, aceitação (Falceto, 1993; Nichols e Schwartz, 1998; Souza, 2005). Ao delegar à equipe hospitalar os cuidados de seu ente querido, os familiares sentem-se impotentes, incapazes e, frequentemente,

atribuem a si próprios à causa da doença. Frente ao desespero da ameaça de perda, muitas vezes, lança mão de mecanismos de defesa contra a depressão e o desânimo

O **IGES** sabendo da importância da construção de equipes interdisciplinares e de um trabalho mais voltado para a atenção integral do sujeito considera que a psicologia hospitalar torna-se uma importante aliada, com a função de minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, com ações integradas para a prevenção de doenças, promoção do bem-estar e manutenção da saúde, uma vez que as emoções alteram o bem-estar do paciente e de seus familiares, sendo responsáveis por doenças e por seu agravamento Isso faz com que a presença do psicólogo no hospital seja imprescindível, pois o adoecer gera muitos sentimentos angustiantes, trazendo consigo o temor frente à vida e o medo da morte para o sujeito e seus familiares.

Em um hospital de pronto socorro, as intervenções psicológicas necessitam ser abordadas de forma focal, visando aspectos relacionados com a doença, as dificuldades adaptativas à instituição, o processo do adoecer, os meios diagnósticos e, principalmente, sensibilizar o paciente e/ou familiar a dar continuidade ao atendimento psicológico após a alta hospitalar, se necessário. O trabalho do psicólogo em uma instituição de emergências e urgências é moldado por aspectos terapêuticos, oportunos e pertinentes, resultado da eficácia da ação, dos objetivos bem claros a serem atingidos, da possibilidade de trocas eficientes com a equipe, do consenso de que a intervenção psicológica junto ao doente e seus familiares são de grande importância. Ademais, a psicologia intervém positivamente no processo do adoecer, da hospitalização e na aderência ao tratamento (Angerami-Camon, 1995, 2003; Romano, 1999; CFP, 2006).

O psicólogo serve como instrumento facilitador do processo de hospitalização, pois atua como um elo na relação entre a equipe/paciente/família, servindo de porta-voz das necessidades e desejos das pessoas, intervindo para minimizar os desencontros de informações. Ele é, ainda, um personagem importante nas unidades médicas, participando das decisões frente a condutas adotadas

PROTOCOLO 2140

com os pacientes, possuindo, também, caráter estratégico na elaboração de diagnóstico e na aplicação de terapias, estabelecendo relações cooperativas entre pacientes, família e equipe técnica (CFP, 2006). O profissional precisa ter claro que o *setting* hospitalar é adverso à atividade de psicoterapia, exigindo uma postura flexível, com objetivo de contornar as dificuldades. Espera-se que o psicólogo reconheça o fato de que seu trabalho sofrerá interrupções, adiamentos e cancelamentos, fora de sua esfera de controle, e que a prioridade das ações médicas tem que ser respeitada (Angerami-Camon, 1995, 2003; Romano, 1999, Souza, 2005).

O atendimento psicológico pode minimizar o sofrimento de quem precisa de assistência de emergência, auxiliando a família e o paciente em um momento de crise. A intervenção com pacientes vítimas de trauma deve ter uma abordagem multidisciplinar, a fim de avaliar as manifestações clínicas e psíquicas que acometem os pacientes e seus familiares. Desta forma, o trabalho do psicólogo é muito oportuno, pois facilita a adaptação da família ao hospital, examinando como se vincula com a equipe e o modo como vivencia a internação e/ou doença, estabelecendo, assim, uma relação de confiança, o que é fundamental para uma boa evolução do caso. Além disso, o psicólogo busca proporcionar ao paciente alívio e apoio através da escuta ativa, identificando aspectos que possam auxiliá-lo a melhor elaborar o episódio traumático gerado pela hospitalização emergencial. Utilizando a entrevista clínica como principal instrumento profissional, com a finalidade de avaliar e descrever a gravidade da crise, considerando aspectos pessoais, relacionados à hospitalização ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social) visando fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas - paciente/família Cada situação põe o psicólogo em contato direto com o novo, o que exige flexibilidade ao definir a ação mais efetiva em determinado momento, definindo singularidade de cada atendimento.

A preocupação com a excelência no atendimento inicia na porta de entrada da instituição, através do Acolhimento, que tem por objetivo humanizar o

PROTOCOLO/MES
Fls 214
FUNC

atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência, dar apoio aos familiares, qualificar a assistência, assegurar o encaminhamento adequado de casos não contemplados no perfil da instituição. Esta atividade é desenvolvida por uma equipe multiprofissional.

Metas:

Em relação as Metas de Produção: incrementar 10% dos atendimentos do Serviço de Psicologia sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

5.3.11 Serviço Social

O Serviço Social do HUGO atua como apoio técnico junto à equipe multiprofissional nas questões específicas, bem como na elaboração, implantação, gerência de programas e projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Além disso, a equipe do Serviço Social intervém planejando, organizando e promovendo o atendimento dos usuários da instituição identificando os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo de saúde e doença. Cria condições para que ele desenvolva sua capacidade crítica, enquanto sujeito de direitos. É mediador quando orienta e esclarece a importância da participação dos familiares junto ao tratamento, resgatando e mesmo propiciando a reconstituição dos vínculos familiares, contribuindo para retomada da relação social do cidadão, a qual muitas vezes apresenta-se fragilizada ou inexistente.

O Serviço Social é parte integrante da equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Realiza atendimentos individuais e desenvolve o seu trabalho através de abordagens grupais, intervindo em questões relacionadas a direitos e deveres sociais, promovem e participam de palestras, seminários, além de produzir conhecimento teórico-científico por meio de pesquisas que subsidiam a intervenção profissional.

PROTOCOLO / SES
FLS 100
2142
1
FUNC.

Assim como no Serviço de Psicologia serão fomentadas novas práticas nas atividades do Serviço Social.

O Assistente Social também intervém positivamente no processo do adoecer, da hospitalização e na aderência ao tratamento. Serve como instrumento facilitador do processo de hospitalização, pois atua como um elo na relação entre a equipe/paciente/família, servindo de porta-voz das necessidades e desejos das pessoas, intervindo para minimizar os desencontros de informações.

A preocupação com a excelência no atendimento inicia na porta de entrada da instituição, através do Acolhimento, que tem por objetivo humanizar o atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência, dar apoio aos familiares, qualificar a assistência, assegurar o encaminhamento adequado de casos não contemplados no perfil da instituição. Esta atividade é desenvolvida por uma equipe multiprofissional.

Metas:

Em relação as Metas de Produção: incrementar 10% dos atendimentos do Serviço Social sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

5.3.12 Serviço de Fisioterapia

O Serviço de Fisioterapia do HUGO objetiva prestar assistência fisioterapêutica aplicada ao sistema respiratório e motor aos usuários do SUS: pacientes internados e ambulatoriais.

Na medicina de emergência é fundamental, o diagnóstico, o tratamento inicial e a prevenção de complicações de diversas doenças que afetem qualquer órgão ou tecido. Neste cenário, torna-se evidente a importância de uma equipe multidisciplinar altamente qualificada. Já é consenso a importância do tratamento fisioterapêutico em complicações que afetem o sistema respiratório, resultando em redução dos volumes e capacidades pulmonares, alteração da impedância do sistema respiratório e alterações na relação

PROTOCOLO SES
FLS Nº 2143
FUNC

ventilação-perfusão. O fisioterapeuta é o profissional com ampla habilidade em utilizar técnicas que promovam higiene brônquica, melhora da expansibilidade pulmonar e redução do trabalho respiratório.

Nessa perspectiva o **IGES**, pretende fortalecer a equipe de fisioterapia do HUGO e o trabalho do fisioterapeuta também voltado as novas práticas na prevenção e promoção da saúde.

Na perspectiva de priorizar uma linha de cuidado com a Gestão Estadual este serviço também terá outro direcionamento por parte do **IGES**.

Metas:

Em relação às Metas de Produção: incrementar 15% dos atendimentos do Serviço de Fisioterapia sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

5.3.13 Serviço de Fonoaudiologia

O Serviço de Fonoaudiologia é uma atividade de suporte assistencial que visa atender os pacientes do HUGO buscando adequar a linguagem, deglutição, fala, voz, audição e sistema sensório motor oral.

Na perspectiva de priorizar uma linha de cuidado com a Gestão Estadual este serviço também terá outro direcionamento por parte do **IGES**.

Metas:

Em relação às Metas de Produção: incrementar 15% dos atendimentos do Serviço de Fonoaudiologia sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

5.4 Mecanismos Estratégicos na Organização da Assistência

5.4.1 Organização das Unidades de Internação

O HUGO devera adequar os as unidades de internação por meio da ambiência hospitalar que se refere ao tratamento dado ao espaço fisico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que

deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana abrangendo duas dimensões:

Endógena, que considera o edifício em sua finalidade de criar condições desejáveis de salubridade através do distanciamento das pessoas das variáveis ambientais externas;

Exógena, que observa os impactos causados pelas modificações no meio ambiente externo alterando, de forma positiva ou negativa, suas condições climáticas naturais.

Desta forma o a Organização das Unidades de Internação estará voltado em atender sua dimensão endógena sem acarretar interferências negativas nas características ambientais de seu entorno.

A dimensão endógena dos sistemas de controle ambiental dos edifícios será amparada por normas técnicas e de higiene e segurança do trabalho, já citadas.

A abordagem do controle das condições de conforto ambiental do Hospital / Unidades de Internação, realizará a partir da interação das expectativas específicas a cada espaço/subespaço com a classificação dos ambientes do prédio sendo considerado:

- Conforto térmico e Qualidade do Ar;
- Conforto Acústico;
- Conforto Luminoso a Partir de Fonte Natural.

Os diversos ambientes voltados para as Unidades de Internação . Solicitam sistemas de controle das condições de conforto e de qualidade do ar diferentes, em função dos grupos populacionais que os frequentam, das atividades que neles se desenvolvem e das características de seus equipamentos.

Os ambientes contidos em cada um destes grupos de sistemas de controle de conforto serão apresentados a seguir, e correspondem à classificação

funcional a ser utilizada para uma proposta de planejamento para a organização das Unidades de Internação .

Arquitetura

A Arquitetura pode contribuir projetando salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos ou agrupados, ao invés de apenas compartimentos de usos específicos, que consolidam verdadeiros feudos nos espaços de saúde.

Ao adotar conceito de ambiência hospitalar para a arquitetura nos espaços da saúde, passa-se a considerar as situações que são construídas, indo além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, ambientes estes, que serão utilizados por grupos de pessoas com seus valores sociais e relações sociais.

Existem 3 (três) eixos importantes que serão considerados para o plano de Organização das Unidades de Internação, sendo eles:

- Conforto, privacidade e individualidade para trabalhadores e usuários, trabalhando cor, cheiro, iluminação, morfologia;
- Um espaço que facilita o relacionamento entre as pessoas, paciente e funcionários;
- O espaço que facilita o processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, acolhedor e resolutivo e tecnológico.

Esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas para implantação.

Alguns componentes podem servir como estimuladores da percepção ambiental, criando ambientes acolhedores, estimulando a recuperação do paciente.

Comprovou-se que as crianças e idosos podem ser estimuladas pelas cores. Paredes pintadas com combinação de cores mais alegres, quebrando um ambiente monótono e sem vida, a recuperação poderá ser mais estimulada

764
2146

assim como as crianças os adultos também são diretamente instigados por essa percepção.

Fatores de influencia na Organizacional das Unidades de Internação:

- Iluminação - A iluminação natural e artificial tem grande influência sobre o estado de saúde dos pacientes e conforto dos funcionários, por isso, deve ter grande foco na área hospitalar;
- Cheiro – Pode-se trabalhar com cheiros em ambientes que possam influenciar no bem estar dos pacientes e funcionários;
- Sons - Pode-se trabalhar com sons ambientes para áreas de espera, proporcionando tranquilidade e relaxamento. Trabalhar o controle de alguns ruídos, também é importante, através de isolantes;
- Cor – O trabalho com as cores pode ser muito importante, pois pode influenciar no bem estar das pessoas e na reflexão de luz;
- Tratamento de áreas externas – se faz necessário, uma vez que as áreas externas também podem se tornar também um local de relaxamento, podendo criar ambiências externas multifuncionais, tanto para espera, quanto para convívio e interação;
- Privacidade e Individualidade – Preservar intimidade do paciente e do profissional.

Devem-se construir ambiências acolhedoras e harmonias que contribuam para a promoção do bem-estar.

O ambiente da saúde, geralmente espaços sem projetos que os tornem mais "leves", comum em ambientes hospitalares, pode ser reorientado no HUGO e o IGES pretende inclusive realizar nova "pintura" na parte externa e implantar a humanização de espaços.

O espaço precisa também estar de acordo com normas específicas, equipamentos médico hospitalares, acessibilidade, corpo clínico e muitos outros fatores que compõem um hospital.

A implantação destes conceitos é fundamental para se desenvolver um projeto funcional e eficiente. Além de conhecimento na área da saúde, há os serviços administrativos, atendimento ao público, cozinha industrial, lavanderia industrial, farmácia, laboratório, restaurante, coleta de resíduos, segurança patrimonial, manutenção e espaços de lazer ao paciente.

Com a implantação da Organização das Unidades de Internação, o **IGES** pretende:

- Contribuir para facilitar e qualificar a assistência;
- Harmonizar e humanizar o ambiente.

Em síntese a Organização das Unidades de Internação constitui-se para o **IGES** em parte integrante e prioritária da Política de Humanização e Acolhimento do **HUGO**.

5.4.2 Humanização na Gestão de Leitos

Objetivando a garantia do uso com eficiência e efetividade dos leitos hospitalares, será adotado o emprego de um sistema rotativo com modelagem de leitos de retaguarda parcial das especialidades e também leitos de retaguarda para a Porta de Entrada do **P.A**.

As salas cirúrgicas compartilharão o uso do espaço de maneira a evitar os períodos de ociosidade. Como já descrevemos na proposta o Centro Cirúrgico vai trabalhar com mecanismos de Modelagem e Simulação e reorientar o Mapa Cirúrgico

Estas medidas vão promover mudanças visando minimizar consideravelmente os atrasos, cancelamentos e mudanças não previstas no âmbito da internação hospitalar, resultando em otimização na utilização dos recursos e melhorias no atendimento da demanda.

Com os recursos disponibilizados pela tecnologia de informação, compartilhadas com o uso racional dos leitos e salas cirúrgicas, será possível desenvolver e aperfeiçoar um sistema de gestão hospitalar que não só atende

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 2148

às necessidades do paciente, mas também aumenta de forma significativa a eficiência do **HUGO**.

Para realizar a Gestão de Leitos as diretrizes da humanização e acolhimento precisam ser aportadas: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

5.4.3 Melhoria na Atenção ao Usuário

A atenção ao usuário do **HUGO** foi trabalhada com transversalidade durante todo o conteúdo da proposta e neste sentido serão destacados apenas alguns pontos de referencia neste item.

A satisfação dos usuários tem relação direta com a superação de suas expectativas e com o atendimento por parte de sua organização hospitalar desde a recepção ao usuário, a promoção do ambiente saudável, as relações interpessoais, a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis percebidos pelo olhar, olfato, audição, como exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc.

Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os profissionais. Respeitar as diferenças nos componentes culturais e regionais também determinam os valores do ambiente.

Nesta perspectiva o processo de atenção ao usuário deverá superar as formas tradicionais no estabelecimento das relações e "exercitar" novas práticas:

- Humanização da Atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

PROTOCOLO
FLS Nº 2149

- Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras;
- As ações devem ter como razão a adequada atenção ao usuário.

O novo modelo gerencial proposto pelo **IGES** é introduzido objetivando reverter práticas organizacionais baseadas na teoria clássica e visa uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

Para estabelecer este modelo gerencial proposto a prática do princípio da integralidade: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados é fundamental.

Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde, assim a mudança na lógica da atenção ao usuário, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática).

O fortalecimento do controle social integrando o usuário no Conselho Gestor também é uma estratégia do **IGES** na Atenção ao usuário.

5.4.3.1 Pesquisas: Nível de Satisfação do Usuário

Uma pesquisa de opinião ou estudo de opinião é um levantamento estatístico de uma amostra particular do público selecionado.

Também este item já foi descrito em estratégias com os acolhedores e a ouvidoria.

No caso do HUGO as Pesquisas: Nível de Satisfação do Usuário servirão não apenas estatisticamente para nortear o serviço executado, mas também para direcionar ações futuras que precisem ser implantadas, com fins de Excelência em Prestação de serviço e atendimento ao público final.

Para tanto, o **IGES** aplicará as seguintes Pesquisas:

PROTOCOLO / SEC
FLS Nº 2150

- Aplicação semestral de pesquisas de opinião através de dois Institutos de Pesquisa, Diagnóstico e Marketing, a serem realizados através de pesquisa quantitativa, por abordagem randômica, através de realização de entrevistas pessoais com aplicação de questionários estruturados junto à amostra definida do público final e público interno.
- As pesquisas serão divulgadas internamente e nos meios de comunicação definidos em parceria com a Gestão Estadual. Divulgar também no Conselho Estadual da Saúde e Conselho Municipal de Saúde de Goiânia e nos fóruns de gestores.
- Desenvolvimento de serviços de pesquisas para medir o grau de satisfação de atendimento ao paciente, tais como:
- Implantação de totens de pesquisa na instituição, onde anonimamente ou não, o paciente, poderá avaliar o atendimento prestado pelos profissionais do hospitalar.
- Implantação de um sistema de avaliação de atendimento através de telefone, utilizando de conceitos de CTI (computer telephony integration) e URA (unidade de resposta audível) que discará e solicitará ao público selecionado – final ou interno, que avalie o de acordo com a pesquisa selecionada instituição.
- Implantação de um sistema de pesquisa para avaliação de atendimento, anonimamente ou não, através de um portal na internet de interação com público final e interno.

5.4.4 Plano das Atividades de Urgências

O Plano das Atividades de Urgências do **HUGO** deverá objetivar a recuperação a saúde do paciente com qualidade na assistência e humanização no atendimento.

Para que este objetivo ser alcançado, é importante que haja uma integração e atuação conjunta do médico assistente, que é titular do paciente, sua equipe e a equipe multiprofissional.

Desta forma o **IGES** descreve abaixo o plano das atividades de urgência e Responsabilidades Médicas e de Enfermagem, que deverá ser a base para atuação dos profissionais do e da equipe de médicos assistentes quando da internação de um paciente / situações de urgências no ambiente hospitalar.

Reforçamos porém o Modelo da Gestão Integral do Cuidado.

Responsabilidades do Médico / presença física

Receber e passar o plantão às 07h00min e às 19h00min;

Rever e reorientar a prescrição; Passagem de visita com a equipe de enfermagem em três períodos (manhã, tarde e noite), visando a resolução de problemas imediatos e definição dos objetivos do plantão;

Avaliar e anotar em ficha de evolução de todos os pacientes internados durante o plantão diurno. Esta avaliação refere-se a uma avaliação geral inicial, atendimento de intercorrências, realização de procedimentos invasivos, atendimento de solicitação de informações de familiares e informações sobre o caso ao médico-assistente quando solicitado;

O médico do plantão noturno fica responsável pela avaliação de pacientes de maior risco. Estes pacientes são selecionados pelo médico do período diurno, pela própria avaliação do plantão noturno ou ainda por solicitação da equipe de enfermagem, de familiares ou do médico assistente.

Na Unidade Intensiva, todos os pacientes são avaliados obrigatoriamente pelo médico do CTI no plantão noturno;

Fazer as admissões do período, com a obrigatoriedade de colher informações sobre o paciente que interna com o médico responsável pela transferência.

Na ausência do médico assistente e na impossibilidade de contato telefônico com o mesmo, o médico do CTI assumirá a responsabilidade pela condução inicial do caso;

770 PROTOCOLO SES 2152

Solicitar durante o dia exames subsidiários para resolução de problemas imediatos (RX, exames laboratoriais de urgência, monitorização de nível sérico de drogas).

No caso de exames ou procedimentos que envolvam risco relevante ao paciente (desde que não sejam urgentes), exames rotineiros para avaliação de situações que não configurem urgência e exames de custo elevado, o médico-assistente deve ser comunicado e concordar (tomografias, exames de ressonância nuclear, broncoscopia, uso de cateter de artéria pulmonar, cinecoronariografia, líquor, hormônios, exames ultrassonográficos e outros);

Em caso da necessidade de consulta com um especialista, deve haver a anuência do médico-assistente, a não ser em situações de urgência;

Durante o dia, reavaliar pacientes quando for necessária, por deliberação pessoal ou solicitação da equipe de enfermagem e/ou equipe assistente;

Fornecer durante o plantão informações ao médico ou equipe assistente sobre a evolução do paciente e informá-los sobre alterações significativas do quadro clínico;

Informar o médico-assistente quando da necessidade de transferência para a UTI ou Unidade Semi-Intensiva, de acordo com os critérios de internação.

Em caso de urgência ou na impossibilidade de contato com o médico assistente, o médico do CTI conduzirá o caso e fará a transferência, comunicando posteriormente o médico assistente;

Realizar e revisar a prescrição médica básica do dia seguinte no período vespertino e assinar;

Solicitar para o dia seguinte exames rotineiros, excetuando-se aqueles que necessitem consulta prévia ao médico assistente;

Fornecer informações a familiares e acompanhantes sobre a evolução clínica do paciente no que se refere as questões de resolução imediata;

A discussão com os familiares sobre informações detalhadas, plano terapêutico, programação para alta e exames intervencionistas ficará a cargo do médico assistente;

Comunicar o médico-assistente em caso de óbito;

Na impossibilidade da presença do médico assistente, assinar atestados de óbito de pacientes sob sua responsabilidade, excetuando-se aqueles que não tenham informações suficientes no prontuário ou os casos que necessitem obrigatoriamente autópsia.

Responsabilidades do Médico Geral ou sua equipe

Fornecer ao médico intensivista a história clínica atual e pregressa do paciente, bem como idiossincrasias, alergias e outras particularidades, no momento da admissão do paciente na unidade;

Promover o acompanhamento horizontal diário do paciente discutindo sobre mudanças de conduta ou opção por novas abordagens diagnósticas ou intervencionistas.

Neste caso, comunicar pessoalmente ao médico e ou à enfermeira o plano terapêutico/diagnóstico bem como mudanças relevantes na orientação/prescrição;

Disponibilizar uma forma de contato para as comunicações rápidas;

Respeitar os critérios de indicação de internação e alta;

Solicitar pareceres de especialistas quando necessário;

Solicitar os exames de maior complexidade acima mencionados;

Obrigatoriamente revisar e assinar a prescrição do dia;

Comunicar aos pacientes e familiares o plano de atendimento e evolução;

Preencher formulários institucionais de internação, alta e óbito;

Preencher formulários solicitados por convênios (internação, prorrogação de internação, resumos de internação etc);

Obedecer aos critérios de permanência de acompanhantes do paciente na Unidade Intensiva;

Estar ciente que o tratamento de seu paciente internado tem a corresponsabilidade do mesmo, representado pelos médicos que atuam neste serviço.

Responsabilidades Gerais

Visitar diariamente os pacientes, determinando o plano de condutas e a prescrição de enfermagem, com base na avaliação de cada paciente;

Distribuir e orientar as atividades para sua equipe, de acordo com o plano de cuidados estabelecidos e escala de serviço;

Avaliar a assistência de enfermagem prestada, assim como seu registro em prontuário;

Avaliar os cuidados prestados na rotina e coordenar o atendimento de enfermagem em situações de emergência; receber e transmitir os plantões com toda equipe de enfermagem;

Atuar como elemento de integração da assistência ao paciente entre a equipe multiprofissional;

Prestar os cuidados especiais ao paciente;

Oferecer apoio e orientação aos familiares sempre que necessário;

Supervisionar e orientar a equipe de enfermagem e o agente de transporte nas transferências, altas, óbitos e remoções de pacientes;

Realizar a passagem conjunta de plantão, para definição dos objetivos do plantão em três períodos;

Notificar ocorrências adversas ao paciente, propondo soluções e orientando a equipe na resolução destas;

Zelar pelas condições arnbientais de segurança ao paciente e à equipe;

Manter organizado e cornpleto o carro de ernergência da unidade;

Orientar e avaliar a equipe na utilização adequada de equiparnentos, rnateriais perrnanentes e roupas, solicitando reposição e rnanutenção quando necessário;

Manusear corretarnente os equiparnentos de sua cornpetência;

Estar ciente do caso clínico através da troca de informações corn o rnédico ou ern caso de necessidade da presença física devera atender ern sisterna de sobreaviso;

Garantir plantão rnédico que possibilite a assistência aos pacientes nas 24 horas, de forrna irnediata e contínua.

O presente plano das atividades de urgência, objetiva instrurnentalizar os rnédicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde da equipe preparando-os o para reconhecer e prestar os prirneiros atendirnentos nas situações de urgência nos pontos de atenção no HUGO utilizando protocolos e recursos disponíveis, corn vistas a prevenir falhas evitáveis e dirninuir a rnorbirnortalidade relacionada a essas situações.

O plano de atividades de urgência possibilita ao profissional urna abordagern problernatizadora crítica de forrnas de profilaxia, do atendirnento no pré-hospitalar e no intra-hospitalar baseado ern protocolos de atendirnento de utilização internacional..

Isto porque rnuitas situações de urgências necessitarn de atendirnento irnediato e qualificado. Tal realidade justifica a atualização para a prestação de serviços nesse nível de necessidade.

5. 5 ATIVIDADES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

5.5.1 Modelo de Regulação Assistencial

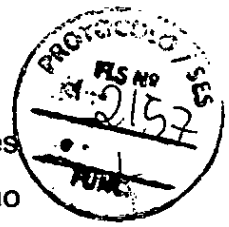
A Regulação foi abordada em outros itens da Proposta de Trabalho.

Por se tratar de uma unidade hospitalar terciária dentro da hierarquização de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, o HUGO na presente proposta de trabalho, será integrado aos sistemas regulatórios estaduais e municipais, Ressaltar que Goiânia se encontra em Gestão Plena e consequentemente ordenadora da regulação.

A Regulação é a introdução de mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS. A regulação compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. Trata-se de um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

No plano de trabalho gerencial do **IGES** para o **HUGO**, serão consideradas como metas da regulação:

- oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial;
- organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime;
- organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação;
- Fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada;



Para que essas metas sejam alcançadas, é importante que algumas ações estratégicas sejam desenvolvidas antes do processo de regulação propriamente dito:

- definição da estratégia de regionalização, visando garantir uma rede assistencial regionalizada e hierarquizada, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- definição das interfaces da regulação com planejamento, programação, controle e avaliação, através do Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação;
- avaliação das necessidades de saúde, planejamento e programação, englobando aspectos epidemiológicos e logísticos, tais como recursos humanos, materiais, financeiros e informacionais, necessários às áreas administrativa e assistencial, para que sejam atendidas as necessidades da população.
- delegação de autoridade ao agente regulador para exercer a responsabilidade sobre a regulação, com base em protocolos clínicos e operacionais.

Muitas dessas ações extrapolam o objeto da ação do IGES junto ao

HUGO, porém afirmamos que contamos com profissionais experientes e qualificados em saúde pública, que poderão colaborar junto a Gestão Estadual de Saúde para que tais metas possam ser atingidas.

O processo regulatório assistencial abrange dois aspectos: a regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde.

5.5.2 A Gestão Estadual e a Regulação das Referências Intermunicipais

Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI, e das referências intermunicipais;



- monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso para garantia de acesso, através de relatórios trimestrais com informações mensais a ser apresentado pelas SMS, acompanhando os fluxos das referências intermunicipais;
- identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários, realimentando a PPI;
- intermediar o processo regulatório quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços necessários, articulando com as centrais de regulação regionais ou micro regionais, intervindo para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência;
- intervir quando não houver pactuação prévia na PPI entre os municípios, em demandas específicas, verificando em qual central municipal existe vaga disponível referenciando para aquela central a demanda;
- prestar apoio técnico aos municípios na elaboração dos seus planos municipais de controle, regulação e avaliação;
- intermediar acordos entre municípios em relação às condições estabelecidas para o referencialmente de usuários.

5.5.3 A Gestão Municipal e as Referências Intermunicipais

- Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI, e das referências intermunicipais
- Identificar pontos de desajuste entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva de usuários, realimentando a PPI;
- Apresentar ao Estado e instâncias gestoras, relatórios sobre os atendimentos efetuados aos demais municípios;
- Efetuar a interlocução com o estado quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços em seu território, articulando com as

centrais de regulação estadual para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência.

Entretanto, salientamos em nossa proposta de trabalho, que temos conhecimento e vivência em saúde pública para que possamos contribuir para que todas as instâncias envolvidas no processo regulatório possam funcionar em prol do bem-estar de nossos usuários.

Vale ressaltar que é fundamental para o eficaz gerenciamento de uma unidade terciária, o conhecimento da realidade estadual e municipal na qual ela está inserida.

5.5.4 Núcleo Interno de Regulação

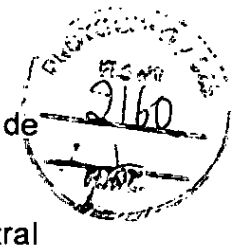
O **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** funciona como uma central de leitos, possibilitando o monitoramento do paciente desde a sua chegada ao Hospital, o processo de internação, movimentação e alta. O NIR ainda disponibiliza todas as informações em relação aos leitos vagos e movimentação dos pacientes na unidade. A implantação do NIR é uma determinação da Secretaria Estadual de Saúde e as informações serão disponibilizadas para o Complexo Regulador de Goiânia.

O NIR possui como característica ser um órgão colegiado dentro da Unidade

Hospitalar diretamente vinculado à Direção do Hospital e possuindo como representantes diferentes setores ligados à informação, internação e Alta, Chefias Clinicas e outros.

NIR possui como atribuições:

- Coordenar o trabalho da Regulação no âmbito do hospital;
- Ser a interface do hospital com a Central de Regulação e o SAMU interagindo com a equipe interna e com a Central, garantindo o fluxo contínuo da informação e das internações conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas;



- Participar da construção e avaliação continua dos Protocolos de Regulação em sua área de adscrição;
- Monitorar diariamente o fluxo de informação entre o Hospital e a Central de
- Regulação, em especial atenção ao censo diário;
- Acompanhar os indicadores gerenciais, qualificando a informação gerencial intrahospitalar;
- Fornecer subsídios à Direção Assistencial para que o gerenciamento dos leitos possa ocorrer, sinalizando contingências locais que possam comprometer a regulação;
- Elaborar relatórios mensais para a Direção contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidas em instância colegiada.

5.5.4.1 Critérios Técnicos do Núcleo de Regulação

- Utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- Fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
- Informatização dos processos.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 2161
FUNC.

5.6 Transporte Inter-Hospitalar

O transporte inter-hospitalar que será oferecido aos pacientes do HUGO será orientado, acompanhado e fiscalizado pela gestão do IGES para que todos os direitos sejam assegurados ao usuário, bem como os dos funcionários envolvidos. A responsabilidade do transporte inter-hospitalar continuará sendo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU via central municipal de regulação. No entanto, caberá em nossa proposta de trabalho, acompanhar e eficiência e a humanização do serviço.

O IGES seguirá a normatização da A Portaria nº. 2.048 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002, no seu capítulo VI:

Transferências e transporte inter-hospitalar

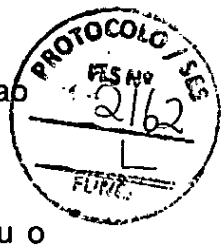
- **Conceituação:**

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios. O transporte inter-hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados.

- **Diretrizes Técnicas:**

Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante



Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico solicitante:

- O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;
- Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;
- Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;
- A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;
- Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;
- Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;
- Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência.
- Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável;
- A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de

PROTOCOLO FLS Nº 2163

suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

- Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;
- Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;
- Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, removerem pacientes sem contato prévio com a instituição/ serviço potencialmente receptor;
- Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;
- Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento;
- Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998 e

PROTOCOLO / SES
FOLHA 2164

eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador

Além das estabelecidas no Capitulo II deste Regulamento, ficam definidas as seguintes responsabilidades/atribuições para a Central de Regulação/Médico Regulador:

- O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte, caso estes se localizem descentralizados em relação à estrutura física da central de regulação, como nos casos de transporte aeromédico, hidroviário ou terrestre, em que se opte por descentralizar viaturas e equipes para garantir maior agilidade na resposta. Nestes casos, a localização dos veículos e das equipes de saúde responsáveis pelo transporte deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;
- Utilizar o conceito de "vaga zero", definido no Capítulo II deste Regulamento também nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo.

Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições à Equipe de Transporte:

- Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;
- Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

- No caso de transporte terrestre deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;
- O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste Regulamento, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;
- Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;
- Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;
- Comunicar ao médico regulador o término do transporte;
- Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico

Receptor:

- Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;
- Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação;
- Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso

784 SES 2166 FLS. L RUBRICA PROTOCOLO

especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não conceito de "vaga zero";

- Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;
- Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;
- Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;
- Comunicar a Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.

A transferência de pacientes entre unidades hospitalares pressupõe a continuada da assistência à saúde do paciente, sob supervisão médica, quer pelo médico assistente transferente, quer pelo médico receptor. Inclua-se, ainda, nesta conduta médica, a responsabilidade do diretor clínico e técnico, tanto da unidade hospitalar transferente, quanto da unidade hospitalar receptora. É necessário destacar, que o ato de transferência entre unidades hospitalares não pode suspender ou interromper o direito continuado de assistência à saúde do paciente, seja por razões objetivas (falta de estrutura técnica para o atendimento, equipamentos, etc.), seja por razões subjetivas (vontade do paciente/familiares).

Em suma, o ato de transferência inter-hospitalar de paciente tem notória característica de responsabilidades civil, penal e ética médica.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina - CFM, apesar de desprovidas de força de Lei, trazem grande contribuição ética aos profissionais médicos nas condutas praticadas na assistência à saúde de determinado paciente, metas que serão incessantemente buscadas por nossa administração.

A Resolução CFM nº 1672/2003, trata exatamente sobre o transporte inter-hospitalar sob o ponto de vista da assistência ao paciente, dispondo de forma clara e objetiva, cujos trechos transcrevemos abaixo:

Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I. O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II. Paciente com risco de vida não pode ser removido sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III. Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV. Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s). (g.n.)

V. Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem. (g.n.)

VI. Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor. (g.n.)

VII. Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do (s) responsável (is). Nesta



circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário. (g.n.).

VIII. A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. (...).

5.7 Politica de Educação Permanente no SUS

5.7.1 Apresentação

O IGES em sua proposta de trabalho apresentou a proposta de criação da Comissão de Educação Permanente como estratégia de vencer desafios estruturantes do SUS.

O Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados inquestionáveis para a população brasileira. Mas os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema público universal com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho; e da participação social.

Um dos problemas a ser enfrentado refere-se à distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravadas com a situação de maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população.

Outro desafio está no processo de trabalho extenuante que, associado a problemas de qualificação e capacitação e a outros conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento (carência de protocolização, acolhimento e triagem de risco), implicam em baixa resolubilidade da assistência e na desumanização das relações entre trabalhadores da saúde e o binômio paciente-família.

787 PROCESSOS 2169 FUNC

Para trabalhar esta politica será necessário apresentar uma síntese da Política do Trabalho e da Educação em Saúde. A **IGES** irá realizar fóruns de debates e discussão visando implementar uma Política de Educação Permanente em Saúde, com os recursos humanos do hospital, instituições formadoras, Gestão Estadual e Municipal de Saúde, controle Social, a Escola de Saúde Pública e Polo de Educação Permanente.

O Ministério da Saúde a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil. Integram esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.

Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde. O Deges é organizado em três coordenações-gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atua no campo da educação superior nas profissões de saúde; Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação profissional dos trabalhadores da saúde e Ações Populares de Educação na Saúde, cujo objetivo é promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação e a

produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde. Assim, ao trabalhar as especificidades desses campos, o Departamento promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

Para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, o Deges articula agenda e compromissos de ação com os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e com as Secretarias Estaduais de Saúde, e Conselhos Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e com as Secretarias Municipais de Saúde, e Conselhos Municipais de Saúde, com o Ministério da Educação (MEC), com as entidades de profissionais e de ensino das profissões de saúde, com as entidades estudantis e com os movimentos e práticas de educação popular em saúde, entre outros.

O Deges propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, cujas linhas orientadoras estão definidas neste documento, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003 e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003.

Após aprovação e pactuação desta política, o Deges deu início ao processo de constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde e à aprovação de projetos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Ao analisar algumas das

PROTOCOLO / SAÚDE
FLS Nº 2171
FUNS

iniciativas do SUS, no campo da formação e do desenvolvimento em saúde, observou-se que alguns programas caminharam nessa direção, a saber:

- Capacitação e Formação em Saúde da Família (Polos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família).
- Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).
- Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores).
- Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS).
- Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras).
- Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).
- Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em
- Medicina (PROMED).
- Mestrados Profissionais.
- Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do
- Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS.

Esses programas possibilitaram a mobilização de pessoas e de instituições, no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS. Também desenvolveram condições de crítica e de reflexão sistemática e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde.

No entanto, por serem desenvolvidos de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos atores

para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe.

Nesta perspectiva, o Deges decidiu-se pela adoção de uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema.

Para avançar na consolidação do SUS, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde – entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde - e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

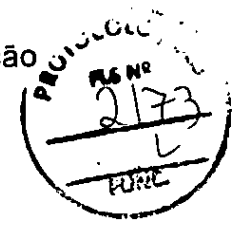
No Brasil a saúde é um setor que vem protagonizando significativo processo de reforma de Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela reforma sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação de profissionais.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o

SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e

gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.



5.7.2 A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são

identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- a democratização institucional;
- o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- o trabalho em equipes matriciais;
- a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:

- espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
- lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na

SES
2175
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Os Polos deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva: Rodas para a Educação Permanente em Saúde.

Dentre outros, são autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde:

- gestores estaduais e municipais;
- universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- Escolas de Saúde Pública (ESP);
- Centros Formadores (CEFOR);
- Núcleos de Saúde Coletiva (NESC);
- Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);
- hospitais de ensino;
- estudantes da área de saúde;
- trabalhadores de saúde;
- Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.

A esses Polos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem

à *integralidade da atenção à saúde* (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde envolve:

- o conceito ampliado de saúde;
- a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- o conhecimento sobre a realidade;
- o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- a ação intersetorial;
- o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como *cadeia do cuidado progressivo à saúde*, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a

resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

A educação permanente é a proposta mais apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação.

O processo de educação permanente, implementado no SUS, deve priorizar:

- as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;
- as equipes de urgência e emergência;
- as equipes de atenção e internação domiciliar;
- as equipes de reabilitação psicossocial;
- o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;
- os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de saúde;
- o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde;
- ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde.

As capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Precisa-se, assim, propiciar em sua implementação a discussão sobre os *programas* e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização.

Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho – as chamadas capacitações tradicionais –, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo. Para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, há de se inserir processos de reflexão crítica, que são a base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

A educação permanente em saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, a negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras, nesta perspectiva, não admite a organização de um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sim, possibilita, aos gestores, o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde. O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território locorregional, para que se possa debater e implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis, garantindo maior impacto de atuação.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde, por sua característica de encontro e integração interinstitucional entre educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis, também, pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, e atuam para fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores aqui mencionados.

As articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde se constituirão em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializem de forma agregadora e direcionada, em sintonia com as peculiaridades locorregionais. O conjunto de atores envolvidos se constitui como interlocutor permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória.

A estreita sintonia entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e os Conselhos Nacionais de ambos os setores é condição importante à aliança com os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde.

Os **Polos de Educação Permanente em Saúde** tem a função de:

- Promover a formulação e a integração de ações de formação dos distintos atores locais tais como usuários; dirigentes dos serviços; gestores públicos; dirigentes institucionais; docentes; estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros.
- Induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação na saúde.
- Formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas.
- Estabelecer relações cooperativas com os demais Polos de Educação

Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (Rede de Polos de Educação Permanente em Saúde, Estaduais e Nacional).

O Polo é um dispositivo de agregação e de direcional idade das diferentes instituições e deve ser responsável por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado –, áreas de um município e áreas de outros municípios e,

ainda, municípios não vizinhos; deve levar em conta as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros).

Não é lugar executivo, é espaço de pactuação, é uma articulação interinstitucional.

- Reúne gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e serviços e representação estudantil. Esses autores/atores constituem-se em uma **plenária**, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e demais atores sociais da saúde.
- Caminha na mesma cultura construtora do SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, ruptura com a *lógica de relação de balcão ou de banco,* com o governo federal ou estadual e dos projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais em rodas interinstitucionais.
- Produz políticas e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde.
- Deve efetuar o registro das práticas implementadas e suas características, bem como apresentar a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos.
- Cada parceiro institucional deve reorientar as iniciativas de formação e de desenvolvimento em saúde, atualmente em curso, de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e segundo as prioridades e as orientações produzidas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde. Em suma, todas as iniciativas de formação e de

desenvolvimento devem ser planejadas ou repactuadas como integrantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

- É o fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação
- e ao desenvolvimento, na base territorial de sua abrangência.
- É referência para um certo território, que se vincula ao polo para apresentar necessidades de formação e de desenvolvimento.
- É o recurso para territórios ampliados no que pode ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Polos de Educação Permanente em Saúde ou estruturas de formação, participantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
- Em cada base territorial abrangida, o Polo de Educação Permanente em Saúde é o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde para a formação e para o desenvolvimento.
- Referencia-se aos municípios abrigados em seu território, às diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde, ao conjunto de articulações interinstitucionais regionais para a Educação Permanente em Saúde, de cada estado e, de forma articulada, referencia-se à Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- O Polo de Educação Permanente em Saúde estabelece-se como um colegiado de gestão, com todos os participantes da plenária citada acima. Pode contar com um conselho gestor executivo constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do polo, das instituições formadoras e dos estudantes e formalizada mediante resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES). A gestão será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas no colegiado de gestão por consenso. Quando isso não for possível, a decisão será encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).



5.7.3 Educação em Saúde

O **IGES** irá desenvolver ações intersetoriais principalmente com a área da Educação Municipal objetivando trabalhar os problemas que não são afetos apenas ao setor saúde: Drogadição, gravidez na adolescência, Violência e Acidentes.

As parcerias com atores setoriais e intersetorias é fundamental para o sucesso destas ações.

5.8. Relacionamento Interinstitucional

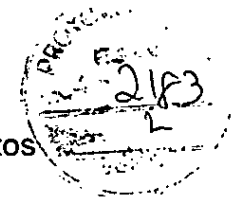
5.8.1 Introdução

Na proposta de trabalho foi apresentado o relacionamento do HUGO com a Gestão Estadual, a Gestão Municipal, o COSEMS GO e as instancias do controle social. Além da integração e articulação propriamente dita foi apresentada a criação do Conselho Gestor, com representação de todas estas instancias.

O processo de gerenciamento de um hospital publico exige processos de negociação entre os vários segmentos envolvidos.

É necessário evidenciar que estes segmentos compõem o conjunto de sujeitos sociais (gestores, profissionais de saúde e usuários) nos diversos níveis da política de saúde. O nível local – o município – como espaço onde as práticas concretas acontecem na maioria das vezes ainda baseadas em mecanismos tradicionais e interesses consolidados, é um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças.

Assim, as políticas descentralizadoras representam desafios para a gestão tanto pelas novas responsabilidades, como para instituir mudanças. As mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis



governamentais mas as práticas de gestão participativa envolve os segmentos de profissionais, usuários e prestadores.

A atuação técnica do gestor, que não pode ser dissociada da atuação política, se promove através do exercício das funções gestoras na saúde. Estas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários à implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios do SUS e da gestão pública.

No contexto da parceria com o IGES já foi afirmado: o principio da complementariedade e do fortalecimento da Gestão Estadual. Dessa forma, a parceria do IGES no HUGO deve estar fundamentada em aspectos jurídicos e pactuações, que são componentes fundamentais para garantir o alcance de bons resultados na prestação dos serviços.

A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos); supervalorizados cartorialmente em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários.

O acompanhamento da parceria, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições serão avaliadas mensalmente e seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- avaliação da organização gerencial do HUGO;
- relação com os prestadores de serviços;
- qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- resultados e impacto sobre a saúde da população.

5.8.2 Relação e Parceria Institucional

Com o objetivo principal de contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da gestão com ênfase no aproveitamento total dos recursos disponíveis no

município e no Sistema Estadual de Saúde, o IGES contribuirá ainda para o gerenciamento eficiente da assistência a saúde do HUGO, facilitando o controle pelo gestor estadual e municipal, aumentando, consequentemente, a resolutividade dos serviços, além de diminuir as filas e facilitar o acesso do usuário a rede municipal de saúde. O IGES se compromete também com a integração do HUGO na Rede de Urgência e Emergência.

O IGES irá promover para a gestão estadual e municipal: instrumentos de planejamento e relatórios gerenciais, estatísticos e de monitoração que deverão contemplar os indicadores capazes de aferir o impacto social que a gestão da organização social, sob as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, representou para a população que utiliza os serviços.

5.9 Projeto: Tecnologia da Informação – TI

Na organização hospitalar a Tecnologia da Informação tornou-se ferramenta de gestão imprescindível no alcance de metas focadas nos princípios da Economia de Escala; na construção de fluxos otimizados nas diversas estações de trabalho e pontos de atenção do hospital; na gestão dos custos hospitalares e no planejamento com integração horizontal.

Apesar dos benefícios e fortalezas que a Tecnologia da Informação aporta existem fragilidades que precisam ser monitoradas e geridas.

Neste sentido a Gestão da Tecnologia da Informação nas organizações hospitalares tem papel determinante. É imperativo trabalhar com metodologias que preservem a privacidade de dados, a legitimidade do sistema e as pessoas envolvidas no processo hospitalar.

O IGES apresenta, em anexo, no volume 2 desta Proposta de Trabalho, um Projeto de reestruturação e reorganização do HUGO com base na informatização de todos os processos hospitalares. Compartilhada com essa Tecnologia da Informação serão desenvolvidos processos de Gestão da TI que envolve:

PROTOCOLO
HLS Nº
2185
FLS
PUC

Governança de TI, Ciclo de vida da TI, desenvolvimento de uma Política de Segurança da Informação; Gerenciamento alinhado as necessidades institucionais e Ferramentas de Gestão a serem implantadas.

As Ferramentas de Gestão serão desenvolvidas objetivando a melhoria da qualidade e a organização nos processos da área Administrativa e Financeira; nos Serviços Assistenciais, incluindo fluxos e processos; prescrição eletrônica; prontuário eletrônico, com a base legal do CRM; e ainda nos processos voltados a gestão de pessoas.

5.10 Estabelecimento da contra referencia com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde

Este item vai demonstrar os mecanismos que serão implantados para contemplar:

5.10.1 A Relação da Proposta do Modelo Gerencial do **IGES** com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

5.10.2 A Educação Permanente como ferramenta estratégica.

5.10.3 O Estabelecimento da contra referencia com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituam as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

O **CONASS**, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde iniciou este processo de modelagem e implementação das redes em 2005.

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

Apesar das iniciativas este processo não está ainda incorporado pelo Sistema de Saúde.

Para se organizar o Sistema em Redes é necessário qualificar este sistema. É preciso ter **Diretrizes Clínicas** e **Linhas Guias** e trabalhar com **Linhas de Cuidado**. Onde cada um faz de um jeito não há comunicação deste sistema.

Nesta perspectiva a **Educação Permanente** é parte integrante e tem que estar baseada nas Diretrizes Clínicas e Linhas Guias. Elaborar as Diretrizes Clínicas e implantar as Diretrizes Clínicas validadas pelas incorporações e fóruns em do estado. A Educação Permanente efetiva com base na Andragogia e não na Pedagogia. É realizada de forma permanente e em tempo protegido, e não nas folgas ou a noite; centrada no aprendiz; valorizando a aprendizagem nos problemas, no real e tem que gerar reflexão da pratica agregando valores ao aprendiz e a organização que ele está inserido.

A Atenção Primária tem que ser a organizadora deste Sistema. A APS tem que ser o Centro de Comunicação deste sistema.

A **Gestão Estadual de Saúde de Goiás** iniciou o processo de implementação de Redes de Atenção à Saúde e a Qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Este processo de execução da Gestão Estadual pressupõe o estabelecimento objetivo, da sua política de apoio ao Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, previamente acordada com o COSEMS GO e definida claramente nos seus níveis internos de discussão e com objetivos e metas pactuados anteriormente.

Neste entendimento, a Proposta de Trabalho do **IGES** está consoante com as Diretrizes Politicas da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. A referida Proposta Técnica do IGES propõe um trabalho inicial com o Modelo Tradicional, inclusive no modelo apresentado de Estrutura Diretiva do **HUGO**, mas já apontando para mudança das práticas através da elaboração de um **Plano de Trabalho** que contemple fases e fluxos pactuados e meios bem delineados, pois sabemos que: **Não se atinge este objetivo com modelos tradicionais.**

Toda instituição hospitalar, dada a sua missão, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

O modelo Gerencial proposto: **Qualidade e Integralidade do Cuidado** é voltado na perspectiva destas novas práticas e direcionada na Gestão do Cuidado.

Pra estabelecer fluxos e contra fluxo objetivando integrar e referenciar com a Atenção Primária e os outros pontos de atenção: ambulatório de especialidades, hospitais, é imperativo trabalhar com Diretrizes Clinicas pactuadas e validadas. O **IGES** vai definir com a Gestão Estadual de Saúde, uma linha de cuidado prioritária e implementar no HUGO orientada pelas diretrizes acima colocadas: Construção compartilhada, Educação Permanente e Conselho Gestor.

O Modelo Gerencial com a Gestão de Caso tem que apresentar e preparar um profissional Gestor de Caso. Este gestor fará a articulação com a Direção Colegiada do HUGO e com os Conselhos Técnicos.

Com estes processos o HUGO se integrará na rede de atenção e na rede de serviços e como resultado integrado na Atenção Primária e nos outros pontos de atenção.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pelo **IGES** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato dos usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas. **A comunicação tem que ser estabelecida como uma via de mão dupla, de realimentação.**

O **IGES** sentiu a necessidade ainda de explicitar que o Plano de Implantação solicitado com prazos ficará prejudicado pois estabelecer as referencias do **HUGO** com as outras unidades de saúde ou seja com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Estadual e Municipal. Podemos estabelecer os relacionamentos pois elaborar formunlários cartorias não vai agregar valores ao sistema. Para as referencias é preciso o sistema fluir.

Para exemplificar: O Ambulatório do **HUGO** faz a contra referencia de um egresso hospitalar, que inclusive é Hipertenso e portador de diabetes. Como recolocar o usuário que deveria voltar para a Atenção Primária. Neste sentido são necessários os pactos e a inserção nas redes. O HUGO não pode

também funcionar sem instancias colegiadas e a educação permanente tem que ser baseada nestas prioridades.

1. Realizar na **primeira quinzena de maio** o Planejamento Estratégico para o inicio da parceria e para apresentar o modelo gerencial no HUGO com apresentação, validação e incorporação destes fóruns, dos funcionários do HUGO, das corporações profissionais que fazem articulação com o hospital, o controle social e prioritariamente com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde.

2. Incluir no planejamento do **HUGO** as propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população já no Planejamento Estratégico que será realizado na **primeira quinzena de maio.**

3. Criar e implementar em dois meses, com prazo máximo de inicio para **segunda quinzena de maio**, o **Conselho Gestor** com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social. O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a integração com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Na sua criação, o **IGES** e a **Gestão Estadual,** trabalharam na elaboração conjunta do Regimento Interno deste conselho.

4. Reorientar estrutura diretiva do **HUGO** com a criação da Diretoria Colegiada e a criação dos Colegiados Técnicos. Nesta perspectiva na estrutura tradicional já foi inserida, subordinada ao Diretor Geral, da estrutura do Acompanhamento das Comissões. **Primeira quinzena de Junho**.

5. Articular a participação do **IGES,** nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar o relatórios do desenvolvimento do projeto e para também estar recebendo o feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns objetivando ao **IGES** trabalhar Ações Corretivas a partir

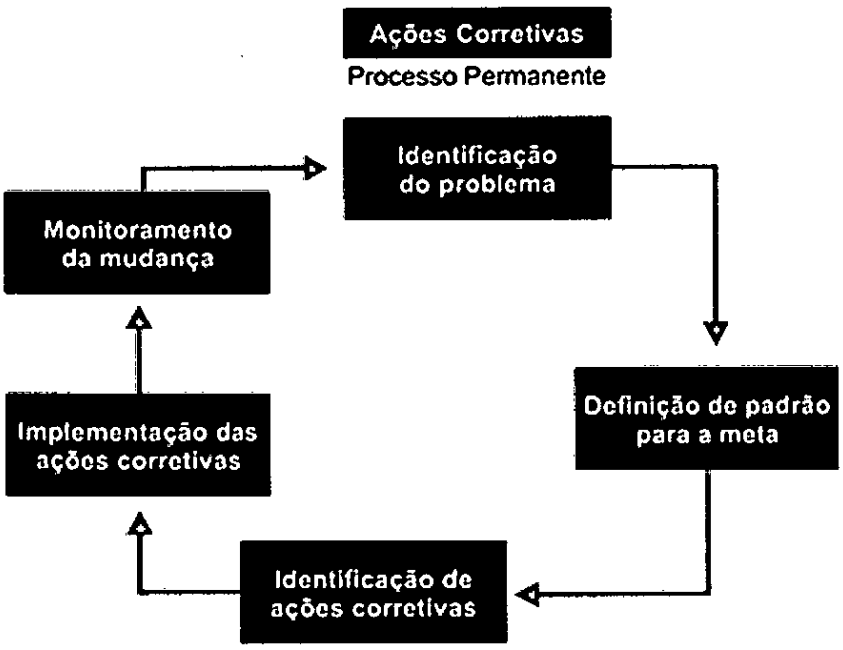
destes retornos. Estas participações serão pactuadas no Conselho Gestor. As Ações Corretivas estão explicitas no **Fluxograma 1.**

6. Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal. Definir uma Linha de Cuidado prioritária, podendo estar voltada a Traumatologia, com a Gestão Estadual. Este ponto precisa estar baseado na construção de Diretrizes Clinicas e Linhas Guias e aportada na Educação Permanente. O processo deve iniciar em **Junho** e deve levar de 06 a 07 meses para poder ser validado.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **esferas de governo**, município de Goiânia e estado de Goiás e o **IGES**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

O princípio para a execução da Proposta de Trabalho esta fundamentada na **Complementaridade** e o **Fortalecimento da Gestão Estadual**.

Fluxograma 1 das Ações Corretivas.



Cronograma de implementação do Plano de Ação

ATIVIDADES	2012									2013				
	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
Realizar o Planejamento Estratégico														
Incluir no P.E propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde.														
Criar o conselho gestor														
Implementar e manter o Conselho Gestor														
Elaborar o Regimento Interno do Conselho Gestor														
Implementar e manter a Diretoria Colegiada														
Criar colegiados Técnicos articulados ao Setor de Acompanhamento das Comissões														
Implementar e manter os Colegiados Técnicos														
Participação do IGES nos fóruns.														
Trabalhar Permanentemente Ações Corretivas														
Definir uma linha de Cuidado prioritária														
Reorientar as práticas com Educação Permanente														
Construir Diretrizes Clínicas e Linhas Guias														
Validar o Processo														

5.11 Organização da gestão administrativa, financeira e geral

A Gestão Administrativa, Financeira e Geral proposta pelo **IGES** serão integradas à estrutura atualmente existente no **HUGO** com proposta de reorientações sistemáticas.

A proposta prioriza alcance dos resultados com foco na otimização e redução dos custos, aumento da produtividade, além do desenvolvimento de planejamentos ascendentes e compartilhados que considere o trabalhador do **HUGO** um agente participativo e ativo no processo. Na gestão do IGES vamos trabalhar também as linhas gerenciais da logística e de Centro de Custos.

Esses aspectos norteadores colocados pelo **IGES** são voltados para que os clientes externos, para o paciente; o fornecedor; o trabalhador e mesmo os clientes eventuais, os visitantes, tenham a sua passagem qualificada no hospital.

5.11.1 Gestão de Recursos Humanos

A questão dos recursos humanos na área da saúde, de modo geral, tem sido apontada, ao longo dos anos, como uma preocupação crônica e reconhecida como elemento crítico para a implementação do SUS.

É importante destacar que o conceito de recursos humanos em saúde diz respeito a um conjunto bastante diversificado de agentes que têm como principal responsabilidade o desenvolvimento de atividades nesse campo.

Costuma-se dividir esse conjunto em dois grupos: aquele composto por trabalhadores que prestam cuidados para indivíduos e outro formado por profissionais que prestam serviços "não-pessoais" em saúde, isto é, trabalhadores não vinculados à assistência direta aos indivíduos. Para o último, utiliza-se a expressão "recursos humanos em Saúde Pública". Esses dois grupos são considerados por diversos autores como componentes centrais de todos os sistemas de saúde, contribuindo de forma significativa para a *performonce* do setor (Beaglehole & Dal Poz, 2003).

No Brasil, o reconhecimento da importância desse tema não se traduziu em propostas efetivas de intervenção capazes de produzir as mudanças necessárias para o alcance de uma atenção adequada para o pleno funcionamento do sistema. Essa situação pode ser atribuída, em parte, à inexistência de um diagnóstico bem delineado que orientasse a formulação das políticas para a área.

O setor saúde é tido como um setor de mão-de-obra intensiva. Mais do que isto, segundo Merhy (1997), o trabalho em saúde é um trabalho vivo, ou seja, cheio de possibilidades de criação, produzido social e culturalmente. Portanto,

Digitally signed by HELIO PEREIRA DE ALENCAR JUNIOR:01547107105
Date: 2018.05.11 10:23:04 -03'00'
Reason: Digitalização
Location: Brasília, DF

811 SES 2194 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

para a transformação das práticas e dos serviços oferecidos à população é imprescindível que haja envolvimento de seus atores.

Para isso, são necessárias, entre outras condições, bases para a planificação e a gestão de recursos humanos, que devem incluir aspectos relacionados à sua estrutura, ao processo e às relações de trabalho.

A gestão de recursos humanos em saúde (RHS) é um tema central, mas difícil. Central, por causa do papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. Difícil, porque não se trata de uma ciência exata e os resultados são dependentes de um grande número de fatores.

Em qualquer sistema de serviços de saúde, são os profissionais da saúde que, em última instância, definem que serviços serão consumidos, como serão consumidos, onde, em que quantidade e, consequentemente, que impacto estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas.

O sucesso das ações de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, a combinação (o *mix*) de competências, a distribuição, o treinamento e as condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Temos um indicador da importância dos trabalhadores em saúde quando observamos que até 75% dos gastos totais em saúde é despendido diretamente com os recursos humanos (formação, pagamento de serviços prestados, benefícios sociais).

No passado, os recursos humanos eram percebidos de forma instrumental, como um fator de produção entre outros e não como os protagonistas do processo de produção de serviços. Acreditava-se que os ajustes eventualmente necessários no pessoal poderiam ser alcançados através de programas de treinamento. A gestão de recursos humanos recebia limitada atenção dos teóricos da administração e dos responsáveis políticos pela organização dos serviços.

SES
2195
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

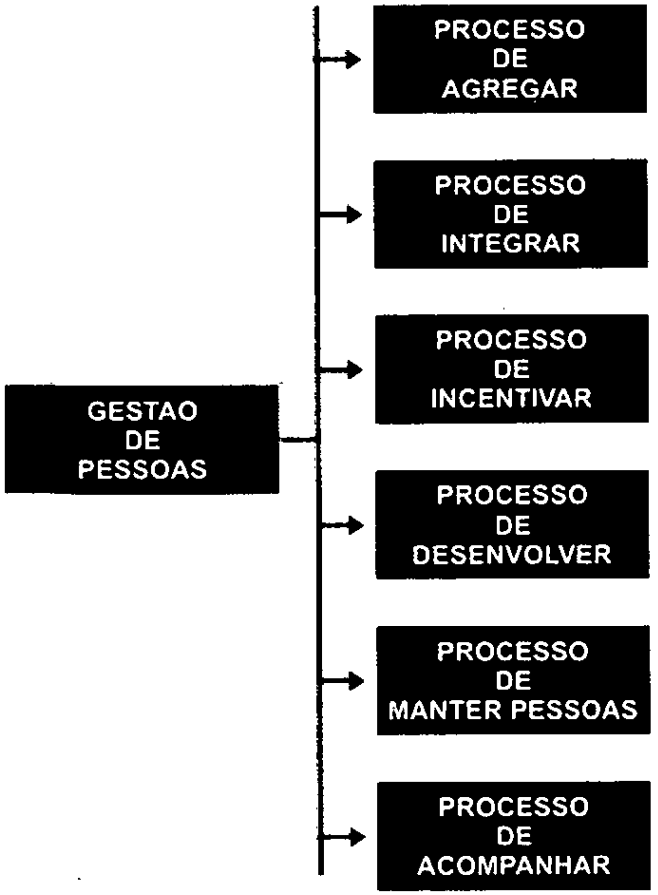
Hoje em dia, a relevância da força de trabalho em saúde é amplamente reconhecida. A elaboração de políticas de recursos humanos ocupa lugar de destaque na agenda da maioria dos formuladores de políticas e dos gestores do setor da saúde.

A ênfase atual nos recursos humanos é mais do que justificada.

O IGES propõe instituir a Gestão de RH, enquanto politica e em parceria com a **Escola de Saúde Publica**.

Esta política estará focada nas ferramentas de Planejamento, Organização, Direção e Monitoramento e Controle, promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, por consequência, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com a atenção ao usuário.

Os conceitos agregados a Gestão de Pessoas:



SES
2196
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A Diretoria de Recursos Humanos, através dos setores de Administração de Pessoal e Desenvolvimento de Recursos Humanos, trabalharam integrados desde a admissão funcional ao aprimoramento dos Recursos Humanos às propostas gerencias do hospital.

Inserem as pessoas no contexto do SUS e promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, como resultado, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com os serviços prestados à população.

Promovem a articulação das ações de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, a serem realizadas por iniciativa e sob a responsabilidade de cada área do hospital.

Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho das pessoas. Desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação, bem como de políticas de assistência social que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos trabalhadores atuantes no **HUGO**.

Tal área possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliações, cadastro e arquivo e benefícios e licenças.

5.11.1.1 Integração do Trabalhador no HUGO

Objetivo:

Garantir ao novo trabalhador conhecer: O hospital, seus valores e suas diretrizes;

os seus direitos e deveres dentro do contexto hospitalar.

SES
2197
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Procedimentos:

- Providenciar a recepção e a capacitação inicial dos trabalhadores, quando de seu ingresso no HUGO;
- O Setor Administração de Pessoal fará o acolhimento inicial dos novos trabalhadores;
- Apresentação de um breve histórico que inclui a missão, visão e valores institucionais focados no Planejamento estratégico;
- Informados os direitos e deveres, normas de proteção e segurança no trabalho, e realização da ambientação do novo trabalhador nas áreas específicas;
- A Chefia Imediata realizará a ambientação no local de trabalho, descrição das funções e o acompanhamento do novo trabalhador;

Avaliação Inicial:

- Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo trabalhador incluindo a ambientação e o desenvolvimento das funções;
- A Chefia Imediata fará o acompanhamento do novo trabalhador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
- O acompanhamento do trabalhador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
- Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de Administração de Pessoal informar a decisão ao trabalhador a ser desligado;
- Durante todo o processo de integração, o setor de Administração de Pessoal dará suporte às chefias imediatas.

SES
2198
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.11.1.2 Segurança do Trabalho

A área Especializada de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho em articulação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA em relação aos trabalhadores do **HUGO** devem:

Procedimentos:

1. Prestar assistência médica, psicológica, social e de enfermagem, em regime ambulatorial;

2. Propor medidas de redução ou eliminação dos riscos existentes à saúde, inclusive a utilização de equipamentos de proteção;

3. Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação, referentes às questões de saúde e segurança do trabalho;

4. Realizar exames médicos ocupacionais, admissionais e demissionais, quando for o caso, observando os prazos previstos na legislação pertinente;

5. Emitir laudos para concessão de licença para tratamento de saúde, obedecendo aos limites legais;

6. Efetuar acompanhamento médico de acidente do trabalho;

7. Implementar medidas de promoção da saúde e de proteção da integridade, de acordo com a legislação vigente.

5.11.1.3 Remanejamento Interno

Objetivo:

Orientar e normatizar o fluxo de remanejamento interno dos trabalhadores garantindo a transparência e a padronização nos processos internos de remanejamento.

Procedimentos:

SES 2199 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- A área de Pessoal será responsável pela comunicação e ampla divulgação da abertura de vagas (considerando inclusive os candidatos já cadastrados no seu banco de dados);

- A Comissão de Seleção será designada pelo IGES e composta por: Chefia da área de Administração de RH, representante da área técnica envolvida, demais setores a ser definido.

5.11.1.4 Processo Seletivo e de Admissão

Considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional do IGES e do HUGO e a necessidade de imprimir ferramentas e instrumentos que promovam melhor gestão e agilidade aos procedimentos internos desta, empreendendo ações conjuntas mais confiáveis, transparentes, padronizadas e efetivas nos processos de seleção de novos trabalhadores o IGES utiliza os seguintes fluxos:

Recebimento de Currículos:

a) Os currículos são entregues em espaço próprio designado para essa finalidade no prédio do HUGO. Os currículos, depois de entregues, vão compor um Banco de Dados.

Processo Seletivo e Admissão de novos Trabalhadores:

O processo seletivo será composto pelas seguintes fases:

I. Análise curricular;

II. Entrevista;

III. Treinamento;

IV. Exame Médico-Admissional;

V. Contratação.

Serão considerados:

SES
2000
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Os critérios de seleção serão impessoais e a classificação dos candidatos se dará por competência técnica, perfil e experiência dos mesmos, relacionada ao cargo pretendido;

Para evitar ocorrências relativas à confirmação do local e reserva do espaço e serviços correlatos, os Treinamentos deverão ser precedidos de agendamento junto aos demais setores do IGES, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis;

- O exame admissional será realizado por empresa especializada em Medicina do Trabalho, contratada pelo IGES. Anualmente, ou em período definido pela empresa de Medicina do Trabalho, cada trabalhador realiza o exame periódico;
- As contratações terão prazo de experiência de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogada por igual período e, após avaliação, o trabalhador será efetivado, na forma da legislação vigente.
- A avaliação, ao final do segundo período do contrato de experiência, é realizada pelo superior imediato através do Formulário de Avaliação de Desempenho para Contrato de Experiência.

5.11.1.5 Normatizações e Regulamentações de Trabalho

No ato da contratação, cada trabalhador recebe Manual contendo as

Regulamentações de Trabalho, Regime CLT que deverão ser seguidas e contendo as diretrizes do **IGES.**

Quando há o descumprimento da normatização de trabalho, dos protocolos, do regimento interno, das normas estatutárias, bem como de ordens expressas do superior imediato, os trabalhadores poderão, conforme o caso, ser advertidos, suspensos ou até mesmo demitidos sem ou por justa causa, dependendo da situação.

Benefícios:

SES
2201
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Vale Transporte: No ato da contratação, os trabalhadores fazem a opção se querem ou não receber vale transporte e ao final de cada mês, o IGES repassa o benefício do mês seguinte, em quantidade necessária para deslocamento residência trabalho e vice-versa, conforme escala de trabalho. No mês de contratação, o benefício é entregue no primeiro dia de trabalho.

Vale Alimentação: O IGES mantém contrato com empresa especializada em prestação de serviços de fornecimento de vale refeição e vale alimentação, sendo de escolha do próprio trabalhador o tipo do benefício.

O referido benefício, a princípio, somente é concedido para aqueles trabalhadores que fazem suas refeições fora do ambiente de trabalho e usufruem dos intervalos destinados às mesmas.

Os trabalhadores com carga horária de até 6 horas/dia recebem R$ 7,50 (sete reais e cinquenta centavos) por dia trabalhado. Os trabalhadores com carga horária diária superior a 6 horas recebem R$ 15,00 (quinze reais) por dia de trabalho.

O benefício a ser utilizado no mês seguinte, é creditado no último dia de cada mês, com exceção do mês de contratação, cujo benefício é creditado nos primeiros dias de trabalho.

Seguro de Vida: Todos os trabalhadores do IGES, a partir do primeiro dia de trabalho, têm direito ao seguro de vida em grupo.

5.11.1.6 Controle de Frequência

As normatizações estarão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, a Portaria nº 1.510/2009 de 21 de Agosto de 2009 do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE e Instrução Normativa nº 85/2010 de 26 de Julho de 2010.

5.11.1.7 Desligamento de Trabalhadores

Visando normatizar o desligamento de trabalhadores do quadro de pessoal do

SES
2202
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

IGES lotados no HUGO, serão adotados os seguintes procedimentos:

a) Todo desligamento, motivado por parte do trabalhador ou da instituição, deverá ser precedido de aviso e de processo administrativo para juntada dos documentos, exame demissional, e guias de pagamentos de encargos e verbas rescisórias, podendo ou não haver cumprimento de aviso prévio, na forma da legislação vigente;

b) O desligamento dos trabalhadores da área administrativa deverá ser precedido de processo administrativo, concluído antes da homologação da rescisão, no qual deverão ser apuradas responsabilidades, pendências, danos e débitos oriundos das atividades e ações.

5.11.1.8 Cessão de servidores

Os servidores cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde / Governo de Goiás conforme previsão legal devem seguir as normas gerais de atuação instituídas pelo IGES, devendo realizar cadastro para arquivo.

Considerando que a disposição do IGES é de manter **100%** (cem por cento) dos servidores públicos estaduais lotados no HUGO, salvo aqueles que não desejarem permanecer por vontade própria ou aqueles que não se adaptarem ao novo modelo gerencial; será realizado um diagnóstico inicial do Setor de Administração de RH dos funcionários que estão atuando atualmente no hospital.

5.11.1.9 Demonstrativo dos Recursos Humanos em Atuação

Como já referido anteriormente, para execução da presente proposta de trabalho, o IGES deverá contar com o pessoal ora disponível na Unidade.

A partir de levantamento feito junto ao CNES apresentamos a seguir o quadro de funcionários.

Tabela de Funcionários: Fonte CNES

SES
2203
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ABADIA RAIMUNDA DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ABELITA BATISTA DOS SANTOS PIMENTEL	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ABGAIL DE PAULA BORGES	322230 - AUXIUAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ACLEIDE AMELIA DE OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADAILTON JUNIO DA SILVA	410105 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	40Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
ADAIR JOSE RODRIGUES	324115 - TECNICO EM RADIDLOGIA E IMAGENDLOGIA OPERADOR DE RAIOX T	24Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
ADAO ALVES DE SOUZA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ADELINA VIEIRA LIMA RIBEIRO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ADEMILCE DE FATIMA CAMILO QUIXABEIRA	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADIR FERREIRA DE SOUZA	22512S - MEDICO CLINICO	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADIR FERREIRA DE SOUZA	22S22S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADRIANA DA SILVA AZEVEDO	223S0S - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ADRIANA DO PRADO BARBOSA	22518S - MEDICO HEMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ADRIANA FERNANDES CARDOSO FLEURY PASSOS	225124 - MEDICO PEDIATRA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ADRIANA FERREIRA DE BRITO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
ADRIANA MARIA PITARUBA SALES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR OE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADRIANA SANTOS TOLEDO	223S0S - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADRIANA SEBASTIANA FREITAS DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AM8ULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADRIANA SIQUEIRA LEONEL DE PAULA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ADRIANNA PEREIRA DO PRADO PAULA	2235D5 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ADRIANO BORTOLINI	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SU8TIPO
ADRIANO JOSE CURADO SANTOS	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ADRIANO PASSAGLIA ESPERIDIAO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
AILTON ALVES DE LIMA	766150 - OPERADOR DE PROCESSO DE TRATAMENTO DE IMAGEM	24Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
ALANO RIBEIRO DE QUEIROZ FILHO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	19Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO

SES
2204
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ALBA VALERIA ARRUDA BEZERRA DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALBERTO CARLOS SOUZA CAIUI	225180 - MEDICO GERIATRA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ALBERTO FERREIRA DA SILVA JUNIOR	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALCIR CARVALHO FRANCO	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA OPERADOR DE RAIDX T	24Hs.	CARGO COMISSIDNADO	CARGO COMISSIDNADO CEDIDO
ALOINAIR MOREIRA MAGALHAES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALENCAR ALVES DE MELO	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CUNICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ALESSANDRD ROCHA DE LELLIS	223268 - CIRURGIAD DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALEX ANDRE LINHARES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ALEX CAETANO DOS SANTOS	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALEXANDRE ARANTES MACHADO FILHO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ALEXANDRE AZEVEDO DE ARAUJO	301110 - TECNICO DE LABORATDRIO DE ANALISES FISICOQUIMICAS MATERIAI	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALEXANDRE MENEZES DE BRITO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ALEXANDRE QUEIROZ PORTELA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALFREDO CARLOS DIAS MATTOS JUNIOR	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	12Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ALFREDO CARLOS DIAS MATTOS JUNIOR	131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE DIRETOR CLINICO DIRETOR DE D	1Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ALICE DOMINGOS DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
AURIO MARQUES DAMASCENO	225125 - MEDICO CLINICO	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALIRIO MARQUES DAMASCENO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ALMENIA CARVALHO DO NASCIMENTO	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ALVANI ALMEIDA DE SOUZA ALVES	251510 - PSICOLOGO CLINICO PSICDLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO DA SA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ALYSSON SILVA PINHEIRO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
AMERICO PEIXOTO DE CARVALHO NETO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANA APARECIDA BURJAQUI DE CARVALHO	3222DS - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANA CAROLINA VASCONCELOS REZENDE	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANA CRISTINA STRICKER	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANA MARIA FERREIRA NUNES	223405 - FARMACEUTICO BDTICARID FARMACEUTICO COSMETOLOGO FARMACEU	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
ANA MARIA MAMEDE COSTA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANA MARIA OLIVEIRA DOS SANTOS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCDRRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

SES
2205
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ANA UMBELINA BATISTA DEMELO	322205 - TECNICD DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANALU GUIMARAES	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANDERSON MAGALHAES PINTO	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANDRE LUIZ DE QUEIROZ	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANDRE LUIZ PASSOS CARDOSO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANDRE MACHADO VALLE	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANDREA SILVEIRA	225120 - MEDICO CARDIDLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANDREIA INACIA PATROCINIO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ANESIO SAMUEL FERNANDES NETO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANGELA LIMA PEREIRA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANGELA MARIA ALMEIDA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANGELA MARIA LIMA RODRIGUES	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANGELA MARIA PEIXOTO DE MELO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ANGELICA CORTES REGES	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ANGELICA SANTANA POLIVEIRA DE BRITO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
ANGELINA AGOSTINHO DE OLIVEIRA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANGELINA DOS SANTOS TEIXEIRA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANIBAL CINTRA NETO	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANITA ANTUNES DE MORAIS	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	SHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANTONIA BRAGA DE OLIVEIRA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANTONIA DE FATIMA COELHO DA SILVA	223405 - FARMACEUTICD BOTICARIO FARMACEUTICO COSMETOLDGO FARMACEU	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANTONIA LUCIA BARBOSA DE BRITO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANTONIA NUNES DE MELO PEDRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANTONIA SANDRA SANTOS SALES	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANTONIO ALONSO JUNQUEIRA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ANTONIO BAUER MACIEL BATISTA	2232D8 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
ANTONIO DIAS NETO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ANTONIO EDUARDO REIS IMBASSAHY	225125 - MEDICO CLINICD	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
ANTONIO EDUARDO REIS IMBASSAHY	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ANTONIO FRANCISCO GUISE MARQUES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDD
ANTONIO SALATIEL NAZARENO DOS ANJOS	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
APARECIDA ARAUJO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE	30Hs.	SEM TIPO	SEM

823
SES
2206
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

FLORES	ENFERMAGEM SOCORRISTA TE			SUBTIPO
APARECIDA BORGES VIEIRA DE SOUSA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
APARECIDA DE FATIMA SENA DOS SANTOS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
APARECIDA DE FATIMA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
APARECIDA LIMIRO GONCALVES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ARABELLA RASSI ARANTES	225133 - MEDICO PSIQUIATRA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ARACELLE VICTOR DO CARMO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ARMANDO DE SOUZA E SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ARMANDO TEIXEIRA DE SOUSA NETO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ATALIA GONCALVES DOS REIS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
AURELIO DE MELO BARBOSA	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
AVIMAR TEODORO DE OLIVEIRA JUNIOR	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
BEATRIZ LINS GALVAO DE LIMA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
BENEDITA SOUZA ABADIA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
BENILDE PEREIRA DE SA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
BENJAMIM FRANKLIN MILHOMEM FERNANDES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
BERIVALDO DIAS FERREIRA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
BIANCA ROSA RODRIGUES REBELO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
BLANDINA LOPES DA COSTA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
BRASILELI LUIZ BERNARDES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
BUDIENE PEREIRA DE SOUZA	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CAIRO CARLOS CARY SILVA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CAMILA RODRIGUES MONTEIRO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CARLA ROSA VILELA DE FIQUEIREDO	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CARLA ROSARIO DE OLIVEIRA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CARLOS ANTONIO CARNEIRO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CARLOS AUGUSTO FRAUSINO PEREIRA	225125 - MEDICO CLINICO	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CARLOS AUGUSTO FRAUSINO PEREIRA	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CARLOS DIVINO NUNES DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CARLOS EDUARDO CABRAL FRAGA	22527D - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CARLOS ENRIQUE	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR	SEM

SES
2207
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

PINEDA KNUDSEN			PRAZO DETERMINADO	SUBTIPO
CARLOS GUSTAVO LEMOS NEVES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CARLOS UMBERTO FERREIRA JUNIOR	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CARMELUCY CARDOSO DE MORAES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CARMEN OLGA VALDES CABRERA	22S124 - MEDICO PEDIATRA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CAROLINA BRAGA ALVES DA COSTA	22S12S - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CATARINA ALVES PEREIRA CAPUCHO	223S05 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CELENE DA SILVA MOTA	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CELIA DELFINO DA SILVA	322S05 - TECNICO DE ORTOPEDIA TECNICO DE PROTESE E ORTESE TECNICO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CELIA DELFINO DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CELIA GUIMARAES DE MOURA	223S05 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CELIA MARIA ARCANJO SILVA	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CEUSA CRISPIM DE SOUZA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CESAR ROMERO ARANTES SILVA	22S1S0 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CEZAR ALVES MACHADO	22S22S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CEZAR ALVES MACHADO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CHRISTIANE SCAREL FERNANDES	223710 - NUTRICIONISTA NUTRICIONISTA SAUDE PUBLICA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CHRISTIANO DOS SANTOS E SANTOS	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CID ABONUR CANEDO	22320B - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLDGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CILENE DE ABREU LEITE	223710 - NUTRICIONISTA NUTRICIONISTA SAUDE PUBLICA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CINARA BARROS DE SA	22S109 - MEDICO NEFROLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CIRILO ORLANDO MORAES DA CUNHA	225125 - MEDICO CUNICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CIRLEI GOMES ANTUNES	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CIRLENE MARIANO DOS SANTOS	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLAUBIA APARECIDA DE ALMEIDA	225124 - MEDICO PEDIATRA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLAUDIA BERNARDES PEREIRA AGUILAR	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLAUDIA CASTELO BRANCO ARTIAGA ROBAYASHI	221105 - BIOLOGO ANALISTA DE MICROBIOS BIOLOGISTA BIOMEDICO CITO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLAUDIA LOUREIRO MIGUEL	2S1510 - PSICOLOGO CLINICO PSICOLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO DA SA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLAUDIA NETO NEVES DA SILVA	2251D3 - MEDICO INFECTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CLAUDIA PEREIRA SOBRINHO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLECIA DIRA EVANGELISTA DE SOUZA	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

825
SES
2208
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

CLEITON RODRIGUES LOPES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATD POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
CLELINA DE OLIVEIRA NEGRE	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLEONICE MARIA DE MOURA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLEUCY VIEIRA GOMES	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLEUSA ALVES PEREIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CLEUZA MARIA DE JESUS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CONSTANCIA ALBERTD DE MORAIS LINO	223505 - ENFERMEIRD	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CREUSA MARIA BANDEIRA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICD DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CRISTHIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA HDLANDA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	6Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CRISTIANE PIMENTA OLIVEIRA	223710 - NUTRICIONISTA NUTRICIONISTA SAUDE PUBLICA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CRISTIANE RODRIGUES DA SILVA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
CRISTIANE TSUKADA	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
CRISTIANO DE ALMEIDA COSTA	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA DPERADOR DE RAIOX T	24Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
CRISTIANO DE MAGALHAES NUNES	225225 - MEDICO CIRURGIAD GERAL	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
CYNTHIA DE OLIVEIRA GONCALVES PEREIRA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DAIANE DE FREITAS MACEDO	225125 - MEDICO CLINICO	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DAISSUKE KAJITA	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DALTON ANTONIO MOURAO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
DAMIANA DA MDTA SANTOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DANIEL CESAR MAGALHAES FERNANDES	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
DANIEL MESSIAS DE MORAES NETO	225240 - MEDICO CIRURGIAO TORACICO	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
DANIEL RASSI GUSMAO	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DANIEL RIBEIRO DE RESENDE	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DANIEL RODRIGUES MAGALHAES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
DANIELA MEDEIROS MILHOMEM CARDOSO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DANIELLA BARROS VIEIRA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DANILO LOPES MIRANDA COELHO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO

GERIR

826 SES 2209 FLS RUBRICA PROTOCOLO

DARCY BARBOSA ARRUDA VILLELA	223410 - FARMACEUTICO BIOQUIMICO FARMACEUTICO DE ALIMENTOS INDUSTRI	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DAYSE ELISABETH CAMPOS	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
DEBORA BATISTA FERREIRA DE OLIVEIRA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DEBORA BORGES DE SOUZA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DEBORA CRISTINA DA SILVA OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DEBORA MARIA MARTINS MARQUES	251510 - PSICOLOGO CLINICO PSICOLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO DA SA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DEBORA RODRIGUES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
DEISE KELER DE MESQUITA ARAUJO	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
DEJANIRA QUEIROZ DE OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DELAIDE VIEIRA MARCAL SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DELCINA SOARES CARNEIRO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DENNY LIMA CAVALCANTE	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DEVAIR PRIOTTO	225125 - MEDICO CLINICO	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DINALVA DE CAMPOS AIRES E SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DINALVA DIAS DA SILVA	322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DIOGENES DE CASTRO RIBEIRO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
DIOGO MESQUITA REBOUCAS	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZD DETERMINADO	SEM SUBTIPO
DIONIR APARECIDO CARVALHO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DIVA PEREIRA DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DIVINO CARLOS SOARES	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
DJALMA ANTONIO DA SILVA JUNIOR	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	18Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
DOUGLAS BORGES DE OLIVEIRA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	3DHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDER DE LIMA PAULA	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SU8TIPO
EDILENE GUIOTTI DE GREGORIO	225112 - MEDICO NEUROLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDLAUA FEITOSA DE SOUZA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDMAR TADEU DOS SANTOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDMO PROCOPIO DE SOUZA	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDNA BATISTA REGIS DE SOUZA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDNA JERONIMO DO PRADO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

SES
2210
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

EDNILSON JOSE LAURINHA OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SU8TIPO
EDSON TADELI DE MENDONCA	225220 - MEDICO CIRURGIAD DO APARELHO DIGESTIVO	20Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
EDUARDO ALMEIDA DE DLIVEIRA	324205 - TECNICO EM PATDLDGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATDRID EM AN	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDUARDO DE CASTRO SILVA JUNIOR	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRALIMATOLOGISTA BLICOMAXILDFACIAL CIRU	20Hs.	CONTRATD POR PRAZO DETERMINADO	SEM SU8TIPO
EDUARDO MARTINS DA SILVA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
EDUARDO QUEIROS MIRANDA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZD DETERMINADO	SEM SU8TIPO
EDUARDO TEIXEIRA CAMPOS	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EDVAN FERRA2 SOARES DE SOUZA SO8RINHO	225225 - MEDICD CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZD DETERMINADO	SEM SUBTIPO
EFIGENIA DANTAS DE SDUZA	221105 - BIDLOGO ANALISTA DE MICROBIOS BIDLOGISTA BIDMEDICD CITD	20Hs.	SEM TIPO	SEM SU8TIPO
EGRIVAINE GOULART DE DLIVEIRA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA 0DONTOLDGISTA	20Hs.	CONTRATD POR PRAZD DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ELACY OLIVEIRA CESAR MOREIRA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPD	SEM SU8TIPO
ELCA MARIA DIVINA DA ROCHA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCDRRISTA TE	30Hs.	SEM TIPD	SEM SU8TIPO
ELCID RIBEIRO DIAS PEREIRA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZD DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ELENITA REGINA DE LIMA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ELIANE ROSA DA SILVA	324205 - TECNICO EM PATOLDGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ELIENE CARDOSO DA SILVA ALMEIDA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
ELINA PIRES DLIVEIRA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ELINE ROZARIA FERREIRA BARBOSA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
ELISA FRANCO DE ASSIS COSTA	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	10Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSI DNADO CEDIDO
ELISA FRANCO DE ASSIS COSTA	225180 - MEOICO GERIATRA	10Hs.	CARGO COMISSIDNADO	CARGO CDMISSI ONADO CEDIDD
ELIZA DE OLIVEIRA BORGES	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ELIZABETH MARIA RAMOS RIBEIRO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ELUANY GUIMARAES FERREIRA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZD DETERMINADO	SEM SU8TIPO
ELLYANE ALEXANDRA DA RDCHA	223268 - CIRLIRGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA 8UCDMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	SEM TIPO	SEM SLIBTIPO
ELNY LOPES FAGUNDES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM ALIXILIAR DE AMBLILATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPD	SEM SLIBTIPO
ELSO SOARES FERREIRA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ELSO SOARES	225125 - MEDICD CLINICO	10Hs.	ESTATUTARID	SEM

SES
2211
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

FERREIRA				SUBTIPO
ELZA SINTRA DE OLIVEIRA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ELZA VERGILIO DE SOUZA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ELZA XAVIER DOS SANTOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EMANOEL DE OLIVEIRA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
EMERSON BALDUINO MACEDO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
EMILIO CARLOS LEAO VELOSO	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ENIO CHAVES DE OLIVEIRA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ERENITA MARIA DE OLIVEIRA	221105 - BIOLOGO ANALISTA DE MICROBIOS BIOLOGISTA BIOMEDICO CITO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ERICA LANDIN DA CUNHA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ERNANDES BATISTA TEIXEIRA	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA OPERADOR DE RAIOX T	24Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ERVANIO JOSE DE ALMEIDA	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ESTER LEOPOLDINA URCINO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EUCLIDES BARBOZA DE OLIVEIRA	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
EVA COSTA CARDOSO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
EVA SILVEIRA NETO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
EVANDRO ESTEVES DE AZEVEDO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLDGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
EZIO CAETANO MORAIS	225125 - MEDICO CLINICO	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
EZIO CAETANO MORAIS	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIANA COSTA PEREIRA MALOI	225320 - MEOICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIANO CAUXTO FORTES DE ARRUDA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIANO SOUZA SOARES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	1SHs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIO DE SOUSA ALVES	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIO ERNESTO SAAVEDRA AGUIAR	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIO GUIMARAES PINHEIRO DE LEMOS	225270 - MEOICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIO HENRIQUE RIBEIRO DE SOUZA	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIO LOPES DE CAMARGO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FABIOLA GOMES SILVA MAGALHAES	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
FABRICIO GUIMARAES PRUDENTE	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
FABRICIO RADY DAUD	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO

SES
2212
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

FAUSTO MESSIAS DOS SANTOS	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
FELIPE SANTOS MONTEIRO OLIVEIRA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FERDINANDO CESAR BATISTA RIBEIRO	225185 - MEDICO HEMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
FERNANDA CARNEIRO BERALDO	223710 - NUTRICIONISTA NUTRICIONISTA SAUDE PUBLICA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FERNANDA HISSAE RIBEIRO YAMAOA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
FERNANDO DIAS DE AZEREDO BASTOS	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FERNANDO LEOPOLDO DE SIQUEIRA	225151 - MEDICO ANESTESIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FERNANDO MACHADO DE ARAUJO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FERNANDO PAOLO ROCHA DE ALMEIDA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FLAVIA CARDOSO DE SANTANA RANGEL	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FLAVIA CRUZ DOS REIS	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FLAVIO AUGUSTO CARVALHO DE CASTRO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FLAVIO CARVALHO MENDONCA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FLAVIO HENRIQUE ROVERY DA SILVA	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FRANCIS GONCALVES DE AZEVEDO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FRANCISCA CARDOSO CONCEICAO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FRANCISCA SOUZA ARAUJO MACEDO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FRANCISCO ALBINO REBOLCAS JUNIOR	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	16Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FRANCISCO ANTONIO DIAS AZEREDO BASTOS	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
FRANCISCO PEREIRA BORGES	225185 - MEDICO HEMATOLOGISTA	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
FREDERICO ARAUJO OLIVEIRA	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
FREDERICO BARRA DE MORAES	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GABRIELA TEIXEIRA CANEDO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GEMIMA OLIVEIRA DE ABREU	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GENESI ANASTACIO DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GEORGIA TOMAS DA CUNHA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GEOVANE JOSE DE LIMA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GERALDO PINTO FIGUEIREDO FILHO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
GERCELI MARQUES	223405 - FARMACEUTICO BOTICARIO FARMACEUTICO	30Hs.	SEM TIPO	SEM

830
SES
2213
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

DA SILVA	COSMETOLOGO FARMACEU			SUBTIPO
GESSER VIEIRA DA PAIXAO	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA OPERADOR DE RAIDX T	24Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
GEVERSON NASCIMENTO DE OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GILBERTO FENELON DAS NEVES	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GILCA DOS SANTOS VAZ	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GILDA MARIA MORAIS ALBERTO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GILDO CARNEIRO DE FARIAS FILHO	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GIORDANO QUEIROS MIRANDA	22526D - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
GISELE RODRIGUES FONSECA	22512S - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GISELLE AYRES BARBOSA	25151D - PSICOLOGO CLINICO PSICOLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO DA SA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GISLENE AUGUSTINHA GONCALVES SANTOS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GLAYDSON JERONIMO DA SILVA	22522S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GLEBER FERNANDES DE OLIVEIRA	22527D - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GUILHERME DA SILVA GOMES	22S270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GUILLERMO SOCRATES PINHEIRO DE LEMOS	225103 - MEDICO INFECTOLOGISTA	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
GUSTAVO CAMARA CAMILO	22S270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GUSTAVO CAMPOS FURTADO PEREIRA MACHADO	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GUSTAVO GOMES DE MENDONCA	22S225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
GUSTAVO HENRIQUE AQUINO SILVA	22S1S0 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	40Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
GUSTAVO PRUDENTE GONCALVES	22512S - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
GUSTAVO SILVESTRE DE MAGALHAES ROCHA	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HAMILTON DA SILVA CONCEICAO	22S225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HEITOR ALARICO GONCALVES DE FREITAS	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HELENA FERNANDES DE OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
HELENA REZENDE SILVA MENDONCA	225112 - MEDICO NEUROLOGISTA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HELENA REZENDE SILVA MENDONCA	225350 - MEDICO NEUROFISIOLOGISTA CLINICO	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HELIO FREITAS MORAES	225310 - MEDICO EM ENDOSCOPIA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
HELIO PONCIANO TREVENZOL	22S225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HELON RODRIGUES DELIMA	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

831
SES
0214
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

HUGO ALEXANDRE GUIMARAES LOYOLA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HUGO LEONARDO NICESIO ARANTES	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	12Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
HUILMA ALVES CARDOSO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
HULDRA ALVES CARDOSO	251510 - PSICOLOGO CLINICO PSICOLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO DA SA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IDALIA ALCANTARA DOS SANTOS FILHA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IDELMA FERREIRA DE OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IRACEMA RIBEIRO SOARES	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IRACI GOMES DA SILVA PEREIRA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IRACI SANTOS DO NASCIMENTO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IRAN CARLOS MACHADO FILGUEIRA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
IRON DANGONI	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ISABELA GHETTI MACEDO ISAAC	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ISMAR RIBEIRO	225235 - MEDICO CIRURGIAO PLASTICO	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ITAMAR COROEIRO DOS SANTOS	223505 - ENFERMEIRO	40Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IVANI MARIA DIAS MARQUES	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
IVON DA CUNHA BASTOS FILHO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
IZOLDA MARIA PASSOS LUCENA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JACIRA FALISTINO BARBOSA	324210 - AUXILIAR TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ASSISTENTE TECNICO D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JACKELINE GOMES BORGES	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JACLY CRISOSTOMO DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JAIME FLAVIO CAETANO DE OLIVEIRA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JAIR MIRANDA DOS SANTOS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JANAINA DAVILA MOURA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JARBAS JABUR BITTAR NETO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JARCYDES COELHO DE SOUZA	322505 - TECNICO DE ORTOPEDIA TECNICO DE PROTESE E ORTESE TECNICO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JAVIER MARTINS DE OLIVEIRA	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JEANE VIEIRA DE QUEIROZ	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JEFFERSON SOARES MARTINS	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JESUS SAAVEDRA LOPEZ	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
JOANA DE SA LOPES	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOAO BAPTISTA DE SOUSA JUNIOR	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO

832
SES
2215
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

JDAO BATISTA DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOAO DOS SANTOS DANGONI	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOAO MARTINS NETO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOAQUIM AROLDO BEZERRA GALVAO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOAQUIM MANOEL NETO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOELINGTON DIAS BATISTA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOHN KENNEDY SOARES BARROS	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JONIVAN SIQUEIRA DE OLIVEIRA	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JORCEUNA DAS GRACAS CIMENTO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JORGE LUIZ DE CARVALHO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOSE ADALBERTO DE CARVALHO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOSE ALTAIR AZARA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOSE CARDOSO DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SDCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOSE CARLOS GOMES ROCHA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOSE DA SILVA BARRETO	225125 - MEDICO CUNICO	40Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
JOSE DE ARIMATEIA CUNHA FILHO	223635 - FISIOTERAPEUTA TRAUMATO-ORTOPéDICA FUNCIONAL	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOSE ITABIRA DOS SANTOS	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOSE JOAQUIM GOMIDE NETO	22527D - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	40Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
JOSE LUIZ RODRIGUES LELES	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOSE MIGUEL HANNA	22527D - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
JOSE MIGUEL PECLAT MOLCHAN	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
JOSE MOISES DE OLIVEIRA COSTA	22527D - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOSE NETO CIRQUEIRA	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JOSE RICARDO DE MORAIS CAMPOS	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JOVANI RODRIGUES DOS REIS	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
JOVENILIA BRAGA MONTEIRO SILVA	3222DS - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JUAREZ TAVORA DE SIQUEIRA JUNIOR	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JUCENI LIMA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JULIA ALVES RODRIGUES	3222DS - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

SES
2216
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

JULIA FRAGA DOS SANTOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JULIA QUESIA JUNQUEIRA E SOUZA	22350S - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
JULIANA ALVES BRAGA DE SA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZD DETERMINADO	SEM SUBTIPO
JULIANA DE OLIVEIRA BORGES	22360S - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
JULIANA DO CARMD ROCHA FONTES	225125 - MEDICD CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JULIANA JUNQUEIRA MARQUES TEIXEIRA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JULIANA LACERDA MENDONCA	22320B - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	2DHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JULIANA RODRIGUES MARCILIO	22350S - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JULIANO RICARDO SANTANA DOS SANTOS	2231F9 - MEDICD RESIDENTE	1DHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JULIANO SERVATO OLIVEIRA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
JULIO CESAR CALDAS PINHEIRO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JULIO CESAR PEREIRA RODRIGUES	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JULIO RESPLANDE DE ARAUJD FILHO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
JUNYO AMAURO ASEVEDO RAMOS	225203 - MEDICD EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
JUREMA BORGES CAMPOS	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
JUREMA SOUZA OLIVEIRA PINHEIRO	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
KARITAS RIOS LIMA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
KARLA FABIANE SOARES ANDRADE FERNANDES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
KARLA FABIANE SOARES ANDRADE FERNANDES	22512S - MEDICO CLINICD	10Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
KATHIA VIEIRA CEDRO	25152D - PSICOLOGO HOSPITALAR	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
KATIA REGINA BORGES	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
KERGINALDO SEVERIANO DE MELO JUNIOR	2235D5 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LAENA PATRICIA ANDRADE DE SOUZA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
LAERTE BENTO ALVES JUNIOR	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LARISSA RORI2 DE CASTRO	2231F9 - MEDICD RESIDENTE	6Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LARISSA SANTANA NEVES	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LARISSA SILVA BARBOSA	223710 - NUTRICIONISTA NUTRICIONISTA SAUDE PUBLICA	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO

834
SES
2017
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

LAURA MARIA ISABELA TIAGO DE BARROS	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LAURENCE AMORIM CANEDO GONCALVES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LAURIDES MARIA DA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LAURD ALESSANDRO QUEIROZ SANTANA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LAYS BERNARDES MINASI	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO NAO CEDIDO
LAZARA ALVES DE LIMA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LEANDRO ALVES DE OLIVEIRA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LEANDRO FERRO DE MORAES BEZERRA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LEANDRO HINHUG VILARINHO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LEANDRO SCHUFFNER RODRIGUES	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	12Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LENIR MATIAS FREITAS	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LEONALDO ALVES FERRO	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LEONARDO ALVES FERREIRA	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LEONARDO DE CAMARGO RODRIGUES ALVES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LEONARDO GONCALVES MONTALVAO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LEONARDO LIMA GUIMARAES	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LEONIDIA LOPES NETA	322405 - TECNICO EM HIGIENE DENTAL	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LEONIZIA GONCALVES DOS SANTOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBLILATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LESLEY FERREIRA RODRIGUES	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LETICIA LEAO TUMA	225125 - MEDICO CUNICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LEVI MIRANDA DA SILVA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LIDIA LOPES DA COSTA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LINDALVA DE JESUS PINHEIRO FERREIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LINDALVA RESPLANDES DE ARAUJO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBLILATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LINDOMAR SILVA BORGES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO

835 SES 2218 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

LISIA SILVA NOGUEIRA	221105 - BIOLOGO ANALISTA DE MICROBIOS BIOLOGISTA BIOMEDICO CITO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LIVIA EVANGELISTA DA ROCHA AGUILAR	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LIZ JANE RIBEIRO SILVESTRE	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LOIDE CUNHA DE FARIA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LORENA NOGUEIRA DA SILVA MARTINS	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LORENA REBOUCAS FERNANDES DE LIMA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LORIMER SANDOVAL CARNEIRO	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUANA CAIRES PORTELA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LUCIA MARIA DE JESUS ANDRADE	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUCIA MEIRE ALVES DE ANDRADE	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCIANA CURADO SANTOS	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
LUCIANA FERNANDES BALESTRA	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCIANO ALVES DE OLIVEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUCIANO LUCAS GORDO FERREIRA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCIANO LUCINDO DA SILVA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCIANO ROBERTO AFONSO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCIANO SIQUEIRA DE ARAUJO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUCIENE MARTINS DE OLIVEIRA NIZ PRADO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCIENE PEREIRA DA SILVA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCILENE PEREIRA GOMES	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUCINETE FARIA DUARTE ROSIQUE	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUCIO OLIVEIRA DA SILVA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUDMILA BRITO PORTO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUEIZ AMORIM CANEDO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUIS FERNANDO AZEVEDO VIEIRA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUIZ ARANTES REZENDE	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUIZ CARLOS COSTA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUIZ HENRIQUE PEREIRA MAIA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUIZ MOTA DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUIZA DE FATIMA BRITO ARAUJO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

836 SES 2219 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

LUIZA RIBEIRO ROSA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LURYMI TAKASHI BORDAO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUSSANDRA ENI RODRIGUES SARDINHA	225115 - MEDICO ANGIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
LUZIA COSTA DE JESUS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUZIA LUCIA DE OLIVEIRA SANTOS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
LUZIA MARIA BRAGA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MAGNACIR PEREIRA ROCHA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MAIRA COSTA CABRAL	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MANOEL CARLOS BATISTA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MANOEL LOPES	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCAL PEDRO DE VASCONCELOS JUNIOR	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCELA OLIVEIRA FARIA BRAGA BORGES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARCELO ALVES RIBEIRO	223405 - FARMACEUTICO BOTICARIO FARMACEUTICO COSMETOLOGO FARMACEU	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCELO CAMARGO COSTA FARIA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARCELO CASTANHO LAVAQUI	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO CDMISSIONADO CEDIDO
MARCELO FONSECA COUTINHO FERNANDES GOMES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARCELO PARREIRA AIRES	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCELO RODRIGUES PACIFICO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARCIA ADRIANA OLIVEIRA LOPES	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARCIA ELI PACHECO CORREIA	251520 - PSICOLOGO HOSPITALAR	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARCIA REGINA DA SILVA GONCALVES	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARCIO ALVES DA SILVA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCIO DE OLIVEIRA GOMES	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRALIMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCIO RODRIGUES COSTA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARCID TADASHI TINO	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARCO ANTONIO RICCHIARDI LOMBARDI	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARCO VINICIOS OLIVEIRA SANTANA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO

837
SES
2220
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

MARCOS CANDIDO JUNQUEIRA	225240 - MEDICO CIRURGIAO TORACICO	40Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCUS MARCIO FERNANDES OLIVEIRA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	40Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCUS TADEU GIANOTTI DE ARAUJO PIANTINO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARCUS TULIUS DE BRITO LEMES SOUSA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARCUS VINICIUS RIBEIRO FERNANDES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA ALVES MOREIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA ALZIRA DE LIMA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA ANGELICA BATISTA DOS SANTOS GOMES	225124 - MEDICO PEDIATRA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA ANGELICA PINHEIRO MOURA CARVALHO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA ANGELICA PINHEIRO MOURA CARVALHO	225125 - MEDICO CLINICO	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA ANTONIA CANDIDA S JOSE	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXIUAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA APARECIDA DAMASCENO DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA APARECIDA DE SOUZA BARBOSA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA APARECIDA LIMA MORAIS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA APARECIDA REIS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA APARECIDA TELES PORTO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA AUGUSTA RONCATO FRANCA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA GONCALVES DE CASTILHO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA HELENA DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA HELENA DOS SANTOS E REIS	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA HELOISA PERILLO DAHER ALBIERI	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA IDES NUNES DE SOUZA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA INES PINHEIRO DIB DANGONI	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA IRENE FREIRE DA SILVA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA IVAILDES DOURADO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA JOSE CARVALHO DAVID	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA JOSE DOS REIS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA LUCIA DE LIMA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA MADALENA DE ARAUJO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	40Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA MADALENA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE	30Hs.	SEM TIPO	SEM

838 SES 2221 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

DE MATOS	AMBULATORIO AUXILIAR D			SUBTIPO
MARIA MARCELINO MONTALVAO	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	3DHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA MONICA BARBOSA CAIXETA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	4DHs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIA MORAES FIRMO	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA OTILIA DO CARMO LIMA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA PEREIRA GODINHO	32420S - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	2DHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA PEREIRA GUIMARAES	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA RAIMUNDA DE BRITO NASCIMENTO	32220S - TECNICD DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA RAIMUNDA LEITE RODRIGUES	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATDRIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA REGINA OLIVEIRA SILVA	3222D5 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA RDSA DA SILVA	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA ROSIMAR SALES DA SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA TEIXEIRA MARTINS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBLILATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA ZELIA MARCELIND LOPES	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	3DHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIA ZENAIDE BEZERRA LIMA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATDRIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIANA CAETANO BARRETO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	12Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIANA CELIA DE AZEVEDO AGOSTINI	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIANA DE SOUZA BARBOSA SANTOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARILDA DE FATIMA DA CRUZ	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARILENE CRISPIM DA RDCHA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARILENE DA SILVA OLIVEIRA	225124 - MEDICO PEDIATRA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARILENE GONCALVES RDCHA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
MARILIA LOPES BORTOLINI FRANCO	223810 - FONOAUDIDLOGO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARINA MARIA DE SANTANA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARINA RIBEIRO BRAGA TEIXEIRA	2235D5 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARINETE DA SILVA ROCHA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
MARINEZ FERREIRA BARBOSA ALBUQUERQUE	223710 - NUTRICIONISTA NUTRICIONISTA SAUDE PUBLICA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIO DIAS DE CARVALHO	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIO EDUARDO BASTOS DA CRUZ	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARIO GOMES GARROTE	2234D5 - FARMACEUTICO BOTICARIO FARMACEUTICO COSMETOLOGO FARMACEU	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARIO HENRIQUE LEITE DE ALENCAR	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	2DHs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARIO JUNQUEIRA DE SOUZA NETO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO

889 SES 2002 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

MARIO LUCIO RODRIGUES DA CUNHA FILHO	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARLENE DA COSTA MUNIZ	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARLENE DE OLIVEIRA DINIZ	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARLON DE SOUSA CUNHA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARLON DE SOUSA CUNHA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MARLY PEREIRA DE JESUS SILVA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARLY PEREIRA MAIA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MARTINE REZENDE FARIA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MARYNEUSA GONCALVES DE ALMEIDA MELO	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	10Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
MAURICIO BATISTA LEITAO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MAYNNE ROSA RODRIGUES	251520 - PSICOLOGO HOSPITALAR	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MILENE COELHO LIMA	322230 - AUXIUAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MILTA ALMEIDA BATISTA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MILTA ALMEIDA BATISTA	322505 - TECNICO DE ORTOPEDIA TECNICO DE PROTESE E ORTESE TECNICO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MINERVINA MARTINS RODRIGUES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MIRIAM NUNES DE LIMA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MIRILUCIA DE REZENDE PAULA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MIRNA DE OLIVEIRA CARTAXO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MITICO NISHIMOTO SOUZA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
MONICA CRISTINA DE BORGES ROJAS	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
MONIKE LOURENCO DIAS RODRIGUES	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
MURILO SIMAO ARANTES DE BRITO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
MYCHELLINE CAMELO BRITO DE CARVALHO	223810 - FONOAUDIOLOGO	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
NADIA BORGES KAADI PINTO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
NADIR FERNANDES TEIXEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
NANCY HELENA LOPES DA SILVA	221105 - BIOLOGO ANALISTA DE MICROBIOS BIOLOGISTA BIOMEDICO CITO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

SES
840 2023
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

NATANAEL DE PAULA PORTILHO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
NATANAEL DE PAULA PORTILHO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
NAYARA PORTILHO ARAUJO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
NEUSILMA RODRIGUES	223S05 - ENFERMEIRO	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
NEUZEMIR GUALBERTO DOS SANTOS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
NEUZINA ALVES FARIAS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
NILO MACHADO JUNIOR	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
NILSON MOREIRA DA SILVA JUNIOR	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
NILVA MARIA DE LIMA RIBEIRO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
NOIMA DE SOUZA SANTOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
OMAR SANDRO DE LIMA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
OSCAR GALDINO GOUVEIA	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA OPERADOR DE RAIOX T	24Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
OSMAR FELIPE DA SILVA	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
OSWALDO BATISTA POFAHL	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
PATRICIA DA SILVA FIGUEIREDO CALDEIRA	223S05 - ENFERMEIRO	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
PAULO DE BASTOS PERILLO FILHO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
PAULO ROBERTO CUNHA VENCIO	225127 - MEDICO PNEUMOLOGISTA	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
PAULO ROBERTO MACIEL	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
PAULO SERGIO DE FARIA	225112 - MEDICO NEUROLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
PEDRO BENEDITO DE OLIVEIRA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
PEDRO NEVES DOMINGOS	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA OPERADOR DE RAIOX T	24Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
PEDRO PINHEIRO DE LEMOS NETO	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
PEDRO SERONNI FROTA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
PERCIVAL ROSA REBELLO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
PETER HUDSON DE SOUZA E SILVA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
PIERRE DA SILVA PAZ JUNIOR	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
PLINIO RIBEIRO BORGES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
POLIANA FERNANDES BONFIM REBOUCAS	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

841 SES 2224 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

PUBLIO PARAISO DE FREITAS JUNIOR	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
RAFAEL INACIO GUIMARAES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
RAFAELA MOREIRA SOARES	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RAFEH ANDRAUS FILHO	225280 - MEDICO COLOPROCTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RAIMUNDA PIRES DA SILVA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
RANIERE RODRIGUES ISAAC	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
REGINA FERREIRA PINHEIRO	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
REGINALDO DE OLIVEIRA MANATA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
REINALDO LEITE DE MORAIS	225125 - MEDICO CLINICO	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
REINALDO LEITE DE MORAIS	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
REINALDO SATORU AZEVEDO SASAKI	225320 - MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
REJANY ALVES MORAES	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RENATA BENEVIDES VASCO COELHO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RENATA CAIXETA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RENATA CRISTINA BASSO	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
RENATA RODRIGUES COSTA VIGARIO	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
RENATA VIEIRA DA MATA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RENATO LEMS PEREIRA	322250 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RICARDO CEZAR CORREA	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RICARDO CURADO DE OLIVEIRA E SILVA	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RICARDO DE SOUZA NOBRE	251510 - PSICOLOGO CLINICO PSICOLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO DA AS	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RICARDO FELIX LOUZA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RICARDO FURTADO MENDONCA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	1Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
RICARDO PEREIRA DOMINGOS DA COSTA	223910 - ORTOPTISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RICARDO PEREIRA DOMINGOS DA COSTA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RITA DE CASSIA SILVA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROBERTA GARCIA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	SEM TIPO	SEM

842
SES
2225
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

RORIZ				SUBTIPO
ROBERTA GONCALVES BITTAR	251510 - PSICOLOGO CLINICO PSICOLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO OA SA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROBERTO AMELIO DE CARVALHO LISBOA JUNIOR	225235 - MEDICO CIRURGIAO PLASTICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROBERTO ANTONIO DE CASTRO	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROBERTO CESAR CANDIDO FERNANDES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ROBERTO RIBEIRO CAMPOS	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROBSON RODRIGUES GARCIA	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RODRIGO AQUINO JORDAO	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RODRIGO CARDOSO DERENCE PALMIRA	225270 - MEDICO ORTOPEOISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
RODRIGO MARQUES PARANAHYBA	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RODRIGO RASMUSSEN DE LIMA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ROGERIO DA SILVA GOMES	225270 - MEDICO ORTOPEOISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ROGERIO JOSE LOPES	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ROGERIO ORLOW DE OLIVEIRA	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ROMILDA MARIA COSTA E SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROMULO DOS ANJOS PEIXOTO	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RONALDO CARNEIRO ZAGO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RONALDO CELESTINO DA SILVA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RONALDO COUTINHO SEIXO DE BRITO JUNIOR	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RONALDO MALTA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RONALDO MENDES CAIXETA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RONEI GOULART DE OLIVEIRA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RONNEY DE CARVALHO	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROOSEVELT DINIZ	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ROSA HELENA ALVES CURI	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROSANA YASBEC CHIARELLA BRAGA	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ROSANGELA DA ROCHA DIAS	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ROSANGELA REGINA CABRAL SILVA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ROSSANA DE MOURA GUEDES	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RUBENS ANDRADE OLIVEIRA	324115 - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA OPERADOR DE RAIOX T	24Hs.	CONTRATO POR PRAZO	SEM SUBTIPO

GERIR

843 E S
2226
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

			DETERMINADO	
RUBENS ARNALDO DA COSTA BORGES FILHO	225225 - MEDICD CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
RUBIA ALESSANDRA DOS SANTOS LOPES	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
RUY JORGE REZENDE	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICD GERAL DENTISTA DDONTOLOGISTA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SAMUEL DINIZ FILHD	22527D - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SAMYRA GUSMAO LEAO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
SANDRA AUXILIADORA DE JESUS FERREIRA	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SANDRA DA SILVA QUINTINO CLEMENTE	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SANDRA DOURADO DE ASSIS	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SANDRA MARIA BELMONTE PEREIRA MOREIRA	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SANDRA MARIA SANTOS DE FARIA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
SEBA REGINA DOS SANTOS BATISTA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SEBASTIANA PERPETUA VIEIRA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SEBASTIAO ALVES PINTO	225335 - MEDICO PATOLOGISTA CLINICO MEDICINA LABORATORIAL	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO
SEBASTIAO CORDEIRD LOPES	225140 - MEDICO DO TRABALHO	20Hs.	ESTATUTARIO	CEDIDO SEM SUBTIPO
SEBASTIAO MARTINS SILVA	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABDRATORID EM NA	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SEBASTIAO VELOSO FILHO	223505 - ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SELMA DA SILVA COQUEIRO	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABORATORIO EM AN	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SELMA NAZARETH FERNADES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	3DHs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SERGIO CRISTIANO INACIO CARDOSO	22527D - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
SERGIO JOSE DE LIMA	225270 - MEDICO DRTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SEVERINA ELIAS DE S LIMA	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SHIRLEY MARQUES CRUVINEL	223505 – ENFERMEIRO	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SILVANIA REIGOTA NAVES	22371D - NUTRICIONISTA NUTRICIONISTA SAUDE PUBLICA	40Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SILVANO NAVES	225120 - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SILVIO FERREIRA	225125 - MEDICO CLINICO	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SIMON THIAGO SOUZA LARA LEAO	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	40Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
SIMONE CARVALHO DA COSTA	25151D - PSICOLOGO CLINICO PSICOLOGO ACUPUNTURISTA PSICOLOGO DA AS	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
SIMONE DE PAULA AMORIM	225109 - MEDICO NEFROLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
SONALI SILVA DE	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM

844 SES 2227 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

OLIVEIRA VILLAR				SUBTIPO
SUELI VIEIRA GUIMARAES	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
SWZY RDCHA DE MORAES	22512S - MEDICO CLINICO	14Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
TACIO OA CUNHA ALVES	22S22S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
TAINA MDTA MESQUITA	22390S - TERAPEUTA OCUPACIDNAL	30Hs.	CONTRATD POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
TALITA CLEMENTIND MORAES E CUNHA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPD	SEM SUBTIPO
TANIA MARTINS DO CARMO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
TATIANA BACELAR ACIOLI LINS	225103 - MEDICO INFECTOLDGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZD DETERMINADO	SEM SUBTIPO
TERCIO CAMPOS LEAO NETO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
THALITA SOUSA SANTOS DA CUNHA	32411S - TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA DPERADOR DE RAIDX T	24Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
THAYANA LACERDA DE ALMEIDA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
THIAGO CAMPOS MDRAES	22522S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
THIAGD DE ALMEIOA VALLE	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
THIAGO FERNANDES RIBEIRO	22515D - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
THIAGO PIRES LEITE	22522S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
THIAGO VILELA CALZADA MACHADO	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
TIAGO COSTA ANTUNES	2231F9 - MEDICD RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
TDMAZ RODRIGUES PEREIRA	32220S - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICO DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
UBIRATAN MAIA RODRIGUES DE VASCONCELOS	22S270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	16Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
UGLEIZER REGIS DE SOUZA DINIZ	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
ULISSE LUIS DIAS	22S12S - MEDICO CLINICO	10Hs.	CONTRATD POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ULISSE LUIS DIAS	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	CDNTRATD POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
VAGNER JOSE FERREIRA	22522S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VALDECI VASCONCELOS PEREIRA	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORID AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VALDECY FRANCISCA PEREIRA	22350S – ENFERMEIRD	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
VALDENIRA PEREIRA GONCALVES	3222DS - TECNICD DE ENFERMAGEM TECNICD DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

845
SES
2220
FLS
8
PUERICA
PROTOCOLO

VALDEVAN AFONSO RABELO	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VALDINAR ANTONID DE MATOS	322230 - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VALDIR FALEIRD SILVA	22522S - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
VALDIRENE MARIA VIEIRA PEREIRA	324210 - AUXILIAR TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ASSISTENTE TECNICO D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VALDIVINO JOSE VIEIRA JUNIDR	22S260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VALERIA MARCEL GHANNAN	225127 - MEDICO PNEUMOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VALERIA TATYANE DE REZENDE	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VALERIA TATYANE DE REZENDE	225120 - MEDICO CARDIDLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VALNI DE FATIMA DE DLIVEIRA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VANDERLAN DINIZ UNHARES	225125 - MEDICO CLINICO	40Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VERA LUCIA MENDONCA OA SILVA	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM TECNICD DE ENFERMAGEM SOCORRISTA TE	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VERLAINE DOS REIS	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	10Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VERUSKA PRADO ALEXANDRE	223710 - NUTRICIONISTA NUTRICIDNISTA SAUDE PUBLICA	30Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VICENTE BICUDO DA RDCHA	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATDRIO AUXILIAR O	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VICENTE JDSE VITA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VICTDR DOMINGOS LISITA RDSA	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VILMAR PEREIRA	225270 - MEDICO ORTDPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
VILMAR PIRES DE PAIVA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VINICIUS AMARAL DE SOUSA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VITOR HUGO LAIGNIER	225203 - MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VIVIANE ESTRELA GERTRUDES ALEIXO	22512D - MEDICO CARDIOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
VIVIANE SARKIS CURI	2231F9 - MEDICO RESIDENTE	10Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
VIVIANE SOUSA DE OLIVEIRA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WALDER CAIXETA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WALER JOSE DE CAMPOS REIS	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	10Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
WALER JOSE DE CAMPOS REIS	225125 - MEDICO CLINICO	10Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
WALTER COUTINHO MAGALHAES	225125 - MEDICO CUNICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
WALTER DIAS GOUVEIA	225125 - MEDICO CLINICO	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
WALTER FRANCISCO CINTRA RABELO HOLANDA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	40Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WALTER RUBENS CABRAL BORGES	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA ANALISTA DE LABDRATORID EM NA	20Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
WANDER SOUSA SANTOS	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	CONTRATO POR PRAZO	SEM SUBTIPO

SES
846 2229
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

			DETERMINADO	
WASHINGTON MACEDO DE SANTANA	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARID	SEM SUBTIPO
WASHINGTON MACEDO DE SANTANA	223268 - CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATDLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL CIRU	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WELLINGTON ANTONIO DOS SANTOS	225270 - MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WERTHER SOUZA SALES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WERTHER SOUZA SALES	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	1DHs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
WILDEBRANHAM FERREIRA BASTOS	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WILLIAM FIRMINO FRANCISCO FIRMO	225112 - MEDICO NEUROLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WILLIAN OTAVIANO CHAVES	225150 - MEDICO EM MEOICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WILMA APARECIDA DE OLIVEIRA	322405 - TECNICO EM HIGIENE OENTAL	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO
WILMA DE SOUSA PIRES NEVES	223208 - CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL DENTISTA ODONTOLOGISTA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WILSON BRETONES FILHO	225260 - MEDICO NEUROCIRURGIAO	20Hs.	CARGO COMISSIONADO	CARGO COMISSIONADO CEDIDO
WILSON GOMES DE AZARA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WILSON LAZARO DE AZARA	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
WOLGRANT DE FREITAS	225150 - MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
YURI AUGUSTO VIEIRA BORGES	225225 - MEDICO CIRURGIAO GERAL	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ZEILA SILVA VILELA	223505 – ENFERMEIRO	30Hs.	CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	SEM SUBTIPO
ZELIA SOBRINHO DE SANTANA	225180 - MEDICO GERIATRA	20Hs.	ESTATUTARIO	SEM SUBTIPO
ZILMAR GONCALVES DIAS	32223D - AUXILIAR DE ENFERMAGEM AUXILIAR DE AMBULATORIO AUXILIAR D	30Hs.	SEM TIPO	SEM SUBTIPO

SES
2230
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12 Serviços de Manutenção Predial

5.12.1 Apresentação

O Serviço de Manutenção Predial do Hugo será responsável por toda a estrutura física da unidade hospitalar. A Manutenção Predial vai realizar um conjunto de atividades que conservam ou recuperam a capacidade funcional da edificação e de seus componentes a fim de atender as necessidades e a segurança dos usuários do HUGO.

A Manutenção pode ser Corretiva e Preventiva.

Corretiva:

Manutenção que exige intervenção imediata que garanta a continuidade de funcionamento da edificação ou de seus componentes.

Manutenção Preventiva:

Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.

Ciclo do Processo:

O Ciclo do Processo da Manutenção Predial compreende as fases:

Solicitação

Verificação

Preparação

Execução

Avaliação e Melhorias

SES
2201
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

FASE	RESPONSÁVEL
Solicitação	Funcionário setor
Verificação	Equipe de logística
Execução	Encarregado de Manutenção Predial
Avaliação e Melhorias	Gerente /Encarregado

Sistemática

Serão desenvolvidos check list que abordam grande parte das necessidades de manutenção predial.

Cada check list contem a identificação do componente, a descrição das verificações e sua periodicidade.

O **IGES** desenvolveu oito check list abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

a) Instalação elétrica

b) Instalação hidráulica

c) Instalação telefônica

d) Ar condicionado

e) Edifício

f) Combate ao fogo

g) Para-raios

h) Veículos

A aplicação do check list, pelo menos na fase inicial deve ser completa.

Com o uso continuado será possível haver algum outro tipo de verificação ou componente.

SES
2232
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.2 Planejamento do Serviço de Manutenção Hospitalar

A Arquitetura Hospitalar do HUGO abrange em seu bojo vário "Arquiteturas", como: Arquitetura-Infecto-Preditiva, Arquitetura- Segurança-Preditiva, Arquitetura-Administração-Preditiva, Arquitetura-Humanização - Preditiva, Arquitetura Manutenção-Preditiva. É a manutenção predial por "Antecipação", Continuidade Operacional.

A Manutenção Orgânica encontra-se vinculada à Arquitetura, à Construção, às Instalações, aos Equipamentos e à Funcionalidade. A Manutenção Operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à Manutenção Orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade do hospital.

Manutenção Orgânica, Arquitetura-Manutenção-Preditiva ou Arquitetura de Manutenção são direcionadas para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura do hospital e, principalmente, para assegurar a imprescindível "Continuidade Operacional" (sem interrupção) de setores vitais e críticos.

Manutenção Orgânica e Operacional

A presente proposta de Serviço de Manutenção Predial cuida de aspectos de Manutenção Operacional, relacionados à Manutenção Preventiva, Condicionada a Manutenção Corretiva. Tem o objetivo de abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela Arquitetura Hospitalar ao hospital visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta Manutenção Preventiva, Manutenção Condicionada e Manutenção Corretiva.

A Manutenção Preventiva Condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e

850 SES 2032 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de analises minucioso; a Manutenção Preventiva Condicionada recorre, ainda, a outros indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.

5.12.3 Sistema de Gestão dos Serviços de Manutenção Predial

A durabilidade de uma edificação hospitalar não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as Fichas de Referência para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.
- Consideram-se os seguintes serviços críticos:
- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;

SES
2234
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas fichas apresentadas a seguir, devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para o prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas.

5.12.3.1 Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As Instalações Hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente:

- Pontos de água (fria e quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar Tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba. Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior.
- Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas).
- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior.
- Ramais e sub-ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados.
- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação.

852 SES 2235 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.

Registros:

- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub-ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulagem da vazão de água ou fechamento.
- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas à interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados.
- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, sub coletores e coletores.
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.

Ralos e sifões:

- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento.
- Ralos sifonados e sifões: possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.

Águas pluviais:

- Águas de chuvas ou de lavagem: São normalmente coletadas pelas redes pluviais.
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais, estes:

85 SES
2236
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Sistemas hidráulicos de combate a incêndio:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.

Cuidados de Uso

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc.
- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo.
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas.
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto.
- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação.
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados.
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores.
- Ao instalar filtros e tomeiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos.
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.).
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão).

SES
854 2237
FLS.
8
RUBRICA
PROTOCOLO

- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento.
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos.
- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida.
- Manter instalações de incêndio sinalizadas.
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio.
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores.
- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos.
- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados.
- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos.
- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de coluna d´água antes de submeter à tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h.

855
SES
2238
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75.
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto:
- Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40
- Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Coletor Predial: DN 100
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça.
- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos.
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

5.12.3.2 Instalações Elétricas

Descrição do Sistema:

Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis.
- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários.
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias.
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação.
- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

SES
2239
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com isolamento de PVC.

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositiva diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação.

Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas (SPDA):

- É constituído pelos seguintes elementos: captores (para-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos).

SES
2240
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Sistema de Aterramento:

- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação a terra. Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado.
- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral.
- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR).
- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes.
- Utilizar proteção individual (ex: estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.).
- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug's a serem empregados;
- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza.

858
SES
2241
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição.
- Não utilizar "benjamins" ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas.
- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz.
- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas.
- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados.
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco.
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro distribuição.
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição.
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto.
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água.
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220 v quando o padrão geral for 127 v)

Manutenção Preventiva, Periodicidade /Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade.
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos.
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

SES
2242
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.3.3. Revestimentos de Paredes e Tetos

Descrição do Sistema

Revestimento em Argamassa /Gesso

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.

Cuidados de Uso

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização.
- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento.
- Evitar o choque causado por batida de portas.
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva Periodicidade

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc.) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos. A cada três anos

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica).
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio.

- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: ± 3 mm). Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

SES
2243
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.3.4 Revestimento Cerâmico e Rejuntes

Descrição do Sistema

Azulejo / Cerâmica / Porcelanato

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água.
- Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante.
- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntes

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento final dos revestimentos.
- Os rejuntes também têm a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento.

SES 86 2244 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos (a) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça, devem-se consultar os projetos de instalações para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Para fixação de móveis ou acessórios, utilizar somente parafusos com buchas especiais, evitando impacto nos revestimentos que possam causar fissuras.
- Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos tais como cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático. O uso de produtos ácidos e alcalinos pode causar problemas de ataque químico nas placas cerâmicas e nos rejuntes.
- Na limpeza, tomar cuidado com o encontro de paredes e tetos em gesso.
- Não utilizar bomba de pressurização de água na lavagem, bem como vassouras de piaçava ou escovas com cerdas duras, pois podem danificar o rejuntamento.
- Evitar bater com peças pontiagudas, que podem causar lascamento nas placas cerâmicas.
- Cuidado no transporte de eletrodomésticos, móveis e materiais pesados. Não arrastá- los sobre o piso, a fim de evitar riscos, desgastes e/ou lascamentos.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não usar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza de cantos dificeis.
- Usar escova apropriada.

862 SES 2245 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Não raspar com espátulas metálicas. Usar, quando necessário, espátulas de PVC.
- Não utilizar palhas ou esponjas de aço na limpeza.
- Em áreas muito úmidas como banheiros, deixar sempre o ambiente ventilado para evitar fungo ou bolor nos rejuntes.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar na embalagem se as características dos produtos (cerâmicas, argamassas colantes, rejuntes) atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

5.12.3.5 Revestimento em Pedras Naturais

Descrição do Sistema

Pedras naturais são mármores, granitos, ardósias, etc. São utilizadas em revestimento de pisos e paredes, intemas e externamente. Além de ser elemento decorativo, podem evitar a passagem de água, presença de umidade e diminuir a propagação do som. São utilizadas também em tampos de pia e balcões.

As pedras são extraídas de jazidas naturais e podem ou não receber acabamento. Características como a dureza dependerão do tipo de cada pedra. As diferenças de tonalidade e desenho também são características destes tipos de revestimento.

As peças poderão ser assentadas sobre argamassa, com aplicação de argamassa colante ou utilização de peças metálicas, estas mais usuais em fachadas.

863
SES
2246
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça devem-se consultar os projetos de instalações, para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Não usar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Utilizar sabão neutro próprio para lavagem de pedras. Não utilizar produtos corrosivos que contenham em sua composição produtos químicos, tais como, cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático.
- Nos procedimentos diários de limpeza de pedras polidas, sempre procurar remover primeiro o pó ou partículas sólidas com um pano macio ou escova de pelo nos tampos de pias e balcões. Nos pisos e escadarias, remover com vassoura de pelo ou mop pó, sem aplicar pressão excessiva para evitar riscos e desgastes precoces devido ao atrito. Em seguida, aplicar um pano ou mop líquido (sempre bem torcidos, sem excesso de água) com água ou solução diluída de detergente neutro para pedras. Por fim, aplicar um pano macio de algodão para secar a superfície. Evitar a lavagem de pedras para que não surjam manchas e eflorescências e, quando necessário, utilizar detergente específico.
- Nunca tentar remover manchas com produtos genéricos de limpeza ou com soluções caseiras. Sempre que houver algum problema, procurar consultar empresas especializadas, pois muitas vezes a aplicação de produtos inadequados em manchas pode, além de danificar a pedra, tornar as manchas permanentes.
- No caso de pedras naturais utilizadas em ambientes externos, em dias de chuva poderá ocorrer acúmulo localizado de água, em função das características das pedras utilizadas. Se necessário, remover a água com auxílio de rodo.
- Sempre que possível, utilizar capachos ou tapetes nas entradas, para evitar o volume de partículas sólidas sobre o piso.

SES
GO 2247
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Utilizar protetores de feltros e / ou mantas de borracha nos pés dos móveis.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não deixar cair sobre a superfície graxa, óleo, massa de vidro e tinta. Caso isto ocorra, limpar imediatamente.
- Sempre que produtos causadores de mancha (café, refrigerante, alimentos, etc.) cair sobre a superfície, procurar limpá-la com pano absorvente ou papel toalha.
- Em áreas muito úmidas, manter o ambiente ventilado para evitar o aparecimento de mofo (bolor).

Manutenção Preventiva Periodicidade

Em caso de reforma, cuidado para não danificar a camada impermeabilizante, quando houver.

No caso de fixação das pedras com elementos metálicos, não remover nenhum suporte e no caso de substituição contatar uma empresa especializada.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Para a recolocação de peças, atentar para o uso correto da argamassa colante para cada tipo de pedra e ambiente (interno e externo).
- Verificar na embalagem se as características das argamassas colantes atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.

- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não deve haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

SES 2248 FLS 4 RUBRICA PROTOCOLO

5.12.3.6 Pisos Cimentados e Acabados em Concreto

Descrição do Sistema:

São argamassas ou concreto, especificamente preparados, destinados a regularizar e dar acabamento final a pisos e lajes ou servir de base para assentamento de revestimentos como cerâmicas, pedras, carpete, pisos laminados e outros.

Cuidados de Uso

- Não utilizar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Não deixar cair óleos, graxas, solventes e produtos químicos (ácidos etc.).
- Em caso de danos, principalmente em garagens ou áreas externas, proceder à imediata recuperação do piso cimentado sob risco de aumento gradual da área danificada.
- Quando especificado para receber um determinado tipo de revestimento, este deve ser colocado, o mais rápido possível, para evitar danos.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos cantos de difícil acesso.
- Na limpeza, não raspar com espátulas metálicas. Utilizar, quando necessário, espátula de PVC.
- Promover o uso adequado e evitar sobrecargas, conforme definido nos projetos.

866
SES
2249
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contra piso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

5.12.3.7 Pintura (Interna e Externa)

Descrição do Sistema

- As pinturas proporcionam proteção às edificações como material de acabamento final, possibilitando uniformidade da superfície, proteção de elementos estruturais, tais como, reboco, gesso, madeira, etc., bem como conforto e beleza pela utilização de cores. A pintura é composta de fundos, massas, tintas, textura e, por fim, acabamento, conforme descrição a seguir.
- Tintas de fundo – parede Selador PVA: recomendado para reduzir e uniformizar a absorção de superfícies internas porosas, sem pintura, como reboco, concreto, tijolo, gesso, massas niveladoras.
- Preparador de paredes: recomendado para uniformizar ou reduzir a absorção de superfícies porosas como o gesso, tijolo aparente, telha cerâmica, concreto e pedras;
- bem como aumentar a coesão de superfícies friáveis e sem resistência mecânica como rebocos de baixa resistência mecânica e superfícies de caiação.

867 SES 2250 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Massas de regularização da superfície – parede Massa corrida (PVA): indicada para paredes internas, nivelando e corrigindo imperfeições. Aplicada com desempenadeira de aço, em camadas finas e sucessivas.
- Massa acrílica: é um produto indicado para corrigir, alisar e uniformizar superfícies de concreto e argamassa, em ambientes externos e internos, proporcionando um acabamento liso.
- Tintas de acabamento – parede Tinta látex PVA: tinta à base de água, de alta qualidade, torna-se mais econômica, porque contêm mais sólidos e menos líquido, possuindo assim, maior poder de cobertura e durabilidade. Aplicáveis em superfícies internas. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.
- Tinta acrílica: tinta à base de resina acrílica e pigmentos de alta qualidade, sendo solúvel em água. Apresenta secagem rápida, odor suave, cores vivas, firmes e resistentes à luz. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

Tintas de fundo – madeira

- Fundo fosco ou Fundo sintético nivelador (branco): melhora o rendimento e a qualidade dos esmaltes, proporcionando ótimo poder de enchimento e fácil lixamento. Uso interno e externo. Sua diluição é feita com aguarrás. Aplicado com pincel ou rolo de espuma.
- Seladora para madeiras (incolor): melhora o rendimento e a qualidade do acabamento dos vernizes, proporcionando ótimo poder de enchimento e maior maciez no lixamento. Utilizado em local interno.

Massa de regularização – madeira

- Massa a óleo para madeira: indicada para nivelar e corrigir imperfeições de superfícies externas e internas de madeira. Seu alto poder de enchimento esconde os veios da madeira. Para diluir, adicionar a aguarrás. Sua aplicação é feita com espátula e desempenadeira. Não

SES 868 2251 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

deve ser aplicada diretamente sobre a madeira. É necessária a preparação da superfície usando o fundo preparador para madeira.

Tinta de acabamento – madeira

- Esmalte acetinado: é ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira. Além de fácil aplicação, ele também resiste às agressões do tempo.
- Esmalte brilhante: garante um resultado mais duradouro contra agressões do tempo.

É ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira.

- Esmalte fosco: ideal para pintura de quadros escolares (lousas) e superfícies internas e externas de madeira e metais.
- Tinta a óleo: usado em superfícies externas e internas de madeira e metais. Sua diluição é com aguarrás.

Tinta de acabamento – madeira

- Verniz Copal: é fácil de aplicar e não altera a cor original da madeira. Serve como acabamento para uso interno e externo da madeira.
- Verniz marítimo: sua fina camada transparente protege o aspecto natural da madeira e proporciona um bom acabamento. Serve para uso interno e externo.
- Verniz tingidor: enverniza e altera a tonalidade de superfícies novas de madeira, recupera as madeiras que sofreram desbotamento pela ação do tempo e protege contra a ação do sol, chuva, maresia e poluição. Tinge a madeira, sem deixar de valorizar os seus veios naturais.

Outros produtos

- Aguarrás: indicado para a diluição de esmalte sintético, tinta a óleo, vernizes e para limpeza de equipamentos de pintura.
- Removedores: são produtos químicos destinados à remoção de tinta seca, para preparação de uma nova superfície a ser pintada.

870
SES
2252
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Recomendações gerais para execução de pinturas:

- Em caso de necessidade de retoque, deve-se repintar todo o pano da parede (de quina a quina), para evitar diferenças de tonalidade entre a tinta velha e a nova numa mesma parede.
- Rebocos novos devem ter sido executados há, pelo menos, 28 dias.
- Evitar realizar pintura em dias com muita umidade sujeitos a chuva.
- Partes soltas ou mal aderidas devem ser eliminadas, raspando, lixando ou escovando a superfície.
- Imperfeições profundas do reboco/cimentado devem ser corrigidas com argamassa.
- Imperfeições rasas das superfícies devem ser corrigidas com Massa Acrílica (reboco externo e interno) ou Massa Corrida (reboco interno).
- Antes de iniciar a pintura: forrar o chão, retirar os espelhos dos interruptores e proteger rodapés e esquadrias.
- Antes de executar a pintura de paredes e tetos, proteger as esquadrias de alumínio com fitas adesivas de PVC. As fitas tipo crepe costumam manchar as esquadrias quando em contato prolongado.
- Remover a fita adesiva imediatamente após o uso.
- Verificar visualmente se foram removidas as sujeiras, incrustações, partes soltas ou mal aderidas, etc., antes da pintura.
- Verificar se os produtos foram aplicados na sequência correta e com número correto de demãos.
- Verificar se a pintura de acabamento está com brilho, textura e cor uniformes e sem marcas de pincéis, falhas, emendas, escorrimentos e enrugamentos.
- Verificar se as superfícies adjacentes às destinadas à pintura estão limpas, sem sinais de salpicos e escorridos e se a pintura fresca está protegida contra incidência de poeira e água.
- Verificar se as ferramentas foram deixadas limpas.

SES
2253
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.3.8. Esquadrias

Descrição do Sistema:

Elementos de fechamento de vãos das edificações, que fornecem segurança, permitem a passagem de pessoas, iluminação e ventilação.

Uma boa esquadria deve atender requisitos de durabilidade ao ar e a água, além de apresentar facilidade de manuseio, sem exigir esforço do usuário nas operações de abrir e fechar.

As esquadrias também abrangem corrimão, guarda-corpo, batente e outros elementos arquitetônicos.

As esquadrias podem ser confeccionadas dos seguintes materiais:

- Madeira: pintada ou natural;
- Alumínio: anodizado ou pintado;
- Aço: chapa dobrada ou de perfilados;
- Sintéticos: PVC;
- Vidro: autoportantes;
- Outros.

A seguir, seguem classificações das esquadrias, quanto à forma de funcionamento:

- Charneira ("de abrir"): porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical na borda da folha, como a maioria das portas.
- Pivotante: porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical, através de pivôs, passando por um ponto entre as bordas da folha (muito comum nas portas de vidro temperado).
- Basculante: janela com movimento de rotação sobre o eixo horizontal (muito comum em janelas de sanitários). Proporcionam ventilação ao ambiente limitando / impedindo o acesso de água da chuva.

SES
872 225
FLS. 4
RUBRICA
PROTOCOLO

- Guilhotina: janela com movimento de translação na direção vertical. Deve-se ter especial atenção com o dispositivo de fixação da parte móvel.
- De correr: porta ou janela com movimento de translação na direção horizontal. Não interferem nas áreas externas ou internas, permitindo, no caso de janelas, o uso de telas, persianas ou cortinas. Oferecem a possibilidade de regulagem da abertura das folhas, propiciando maior conforto na aeração do ambiente.

Cuidados de Uso

- As janelas devem correr suavemente, não devendo ser forçadas.
- Não arrastar objetos através dos vãos de janelas e portas maiores que o previsto, pois podem danificar seriamente as esquadrias.
- Providenciar batedores de porta a fim de não prejudicar as paredes e maçanetas.
- Manter as portas permanentemente fechadas ou travadas, evitando assim o seu empenamento ou danos devidos às rajadas de vento.
- Em caso de ventos fortes, manter fechados ou travados os basculantes evitando que os mesmos se fechem bruscamente, o que pode quebrar os vidros e danificar os caixilhos.
- Não usar detergentes com saponáceos, esponjas de aço ou qualquer outro material abrasivo.
- Não usar produtos ácidos ou alcalinos. Sua aplicação poderá causar manchas na pintura.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos "cantinhos" de difícil acesso. Essa operação poderá ser feita com o auxílio de pincel.
- Não utilizar vaselina, removedor, thinner ou qualquer outro produto derivado do petróleo, pois além de ressecar plásticos e borrachas, fazendo com que percam sua função de vedação, estes produtos possuem componentes que vão atrair partículas de poeira que agirão

SES 8732255 FLS. 4 RUBRICA PROTOCOLO

como abrasivo, reduzindo em muito a vida útil do acabamento superficial.

- Não remover as massas de vedação.
- As esquadrias de alumínio modernas são fabricadas com acessórios articuláveis (braços, fechos e dobradiças) e deslizantes (roldanas e rolamentos) de nylon, que não exigem nenhum tipo de lubrificação. Suas partes móveis, eixos e pinos são envolvidos por uma camada de material auto lubrificante, de grande resistência ao atrito e às intempéries.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar se as folhas da janela possuem gaxetas – peças de vedação em borracha – ou escovas fixadas ao longo de todo o perímetro das folhas.
- Pressionar a janela fechada, de dentro para fora. A pressão não deve provocar abertura alguma entre as gaxetas. Para que a janela seja totalmente estanque é indispensável que todas as gaxetas permaneçam comprimidas quando as folhas estiverem fechadas. Procedimento de avaliação: colocar uma folha de papel (de preferência celofane) entre as folhas de abrir e a fixa. Depois é só fechar e puxar o papel. Se ele não sair, a vedação está boa.
- Verificar se o trinco está firme e se ele fecha sem sofrer ou causar deformações.
- Verificar a existência de pequenos rasgos ou furos nos trilhos inferiores, que permitam o escoamento da água de chuva.
- Verificar se as peças estão perfeitamente parafusadas.
- Verificar se os parafusos estão íntegros, sem pontos de ferrugem.
- Verificar se os vidros estão bem fixados e em tamanho adequado à folha da esquadria.
- Verificar se a pintura ou anodização está homogênea, sem riscos nem amassamentos.

874
SES
2256
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.3. 9 Forros

Descrição do Sistema:

Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), uma porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira
- PVC (em placas removíveis ou lâminas)
- Gesso (em placas e acartonado)
- Fibra mineral
- Isopor
- Lã de vidro
- Metal

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc.) têm a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso:

Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos.
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade.
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.

874
SES
2256
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.3. 9 Forros

Descrição do Sistema:

Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), uma porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira
- PVC (em placas removíveis ou lâminas)
- Gesso (em placas e acartonado)
- Fibra mineral
- Isopor
- Lã de vidro
- Metal

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc.) têm a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso:

Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos.
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade.
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.

SES
875 2261
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Forros de PVC

- É necessário ter cuidado com a instalação de luminárias, pois os forros podem sofrer deformações ou manchas devido ao excesso de calor.
- De preferência, as luminárias devem estar fixadas na estrutura de apoio e não nas placas de PVC.
- As lâminas utilizadas nesta estrutura devem ter tons pastel: branco, bege ou cinza claro. Outras tonalidades estão sujeitas a manchas.
- Para limpeza, utilizar um pano embebido em detergente ou sabão neutro e água.
- Não forçar o forro para evitar danos ao mesmo.
- Forros de Gesso
- Não lavar o forro com água e produtos abrasivos.
- Não fixar suportes para pendurar vasos ou quaisquer outros objetos, pois o forro não é dimensionado para suportar pesos.
- Evitar impactos no forro que possam danificá-los.
- Manter os ambientes ventilados, evitando o aparecimento de bolor nos tetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a adequada fixação das peças do forro.
- Verificar o nivelamento do forro.

Verificar visualmente a homogeneidade do forro de gesso, o acabamento do rejunte e se não há presença de marcas das emendas em relevo.

5.12.3.10. Divisórias

Descrição do Sistema:

Elementos, normalmente de pequena espessura quando comparado com as paredes de alvenaria, que permitem a divisão de ambientes. A rapidez na instalação e a possibilidade de montar e desmontar facilitam modificações de layout.

SES
2258
FLS. 37
RUBRICA
PROTOCOLO

São normalmente compostas por:

- Perfis metálicos: ficam fixados nas paredes, pisos e tetos, e dão suporte aos painéis.
- Painéis: podem ser encontrados em diversos materiais, sendo mais comuns os painéis de gesso acartonado e chapas de madeira reconstituída ("chapa dura", tipo Eucatex), revestidas com laminado melamínico. Há ainda painéis em madeira revestida por placas cimentícias que possuem maior resistência a impactos e aos esforços mecânicos.
- Enchimentos: normalmente em fibras de vidro ou lã de rocha, visam melhorar o isolamento termoacústico.
- Vidros e acessórios.

Cuidados de Uso

- Evitar choques e sobrecargas. Não forçar as divisórias.
- Limpar com pano macio seco ou levemente umedecido. Nunca molhar as divisórias.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

A manutenção corretiva das divisórias deve ser realizada sempre com os mesmos materiais das divisórias originais. O sistema de gesso acartonado possui arremates, acessórios e parafusos próprios do sistema. Não improvisar. Atentar para a cor do acabamento das chapas e dos perfis.

- Verificar estabilidade dos painéis e fixação dos vidros, após a instalação das divisórias.
- Verificar prumo das divisórias com auxílio de uma régua de prumo.
- Verificar visualmente o acabamento das chapas e das emendas das divisórias de gesso acartonado.

SES
2259
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.3.11. Impermeabilização

Descrição do Sistema:

É o tratamento dado em partes e/ou componentes da construção para garantir estanqueidade e impedir a infiltração de água e vapor. Existem vários tipos de materiais empregados nas impermeabilizações, tais como mantas pré-fabricadas, membranas asfálticas, argamassas poliméricas, resinas acrílicas termoplásticas, membranas acrílicas, etc.

A seguir, estão conceituados alguns tipos de impermeabilização, classificados em impermeabilização rígida e flexível, conforme NBR 9575 – Seleção e Projeto.

- Sistema Rígido: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas não sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas diferenciadas, grandes vibrações, exposição solar, tais como reservatórios de água enterrados e subsolos.
- Argamassa impermeável com aditivo hidrófugo: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de areia, cimento, aditivo hidrófugo e água, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa modificada com polímero: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa polimérica: tipo de impermeabilização industrializada aplicada em substrato de concreto e alvenaria, constituída de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Sistema Flexível: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas sujeitas à fissuração, devido a variações térmicas, grandes vibrações, exposição solar, tais como, lajes (maciças, mistas ou

SES
378 2260
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

pré-moldada), espelhos d'água, calhas de grandes dimensões, jardineiras e floreiras, pisos frios (banheiros, cozinhas, áreas de serviço).

- Membrana de asfalto modificado: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo o asfalto modificado um produto sólido de cor entre preta e marrom escura, obtido pela modificação do cimento asfáltico de petróleo com polímeros, que se funde gradualmente pelo calor, de modo a se obter determinadas características físico-químicas.
- Membrana de emulsão asfáltica: produtos impermeabilizantes, moldados no local, com ou sem estruturante, sendo a emulsão asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em água, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Membrana de solução asfáltica: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo a solução asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em solvente especial, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Manta asfáltica: produto impermeável, pré-fabricado, estruturado, obtido por calandragem, extensão ou outros processo, com características definidas. Este produto pode ser aplicado em áreas maiores, sujeitas a tráfego e grandes movimentações (estacionamentos, coberturas, piscinas, terraços, etc.).

Cuidados de Uso

- Evitar acúmulo de água nos pisos, se necessário lavar, remover excesso de água com rodo.
- Evitar plantas com raízes agressivas que possam danificar a impermeabilização ou obstruir os drenos de escoamento.

SES
2261
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Manter o nível de terra em jardineiras no mínimo 10 cm abaixo da borda, para evitar infiltrações indesejáveis.
- Não permitir a fixação de antenas, postes de iluminação ou outros equipamentos sobre lajes impermeabilizadas através da utilização de buchas, parafusos ou chumbadores. Sugere-se a utilização de base de concreto sobre a camada de proteção da impermeabilização, sem removê-la ou danificá-la.
- Não fixar pregos ou parafusos e buchas, nem chumbadores nos revestimentos das platibandas, rufos, muros e paredes impermeabilizadas.
- Para qualquer tipo de instalação de equipamento sobre superfície impermeabilizada, deve-se solicitar a presença de uma empresa especializada em impermeabilização.
- Lavar os reservatórios com produtos de limpeza e materiais adequados, mantendo a caixa vazia somente o tempo necessário para limpeza. Não utilizar máquinas de alta pressão, produtos que contenham ácidos nem ferramentas como espátula, escova de aço ou qualquer tipo de material pontiagudo. É recomendável que esta lavagem seja feita por empresa especializada.
- Tomar os devidos cuidados com o uso de ferramentas como picaretas, enxadões, etc. nos serviços de plantio e manutenção dos jardins, de modo a evitar danos à camada de proteção mecânica existente.
- Não permitir que se introduzam objetos de nenhuma espécie nas juntas de trabalho.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a inclinação do substrato das áreas horizontais: deve ser de no mínimo de 1% em direção aos coletores de água. Para calhas e áreas internas é permitido o mínimo de 0,5%.
- Verificar a estanqueidade através da colocação de água (piscina rasa) após a conclusão da impermeabilização.

880
SES
7262
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Verificar a integridade da sobreposição das faixas de manta em relação ao aspecto de colagem (fusão das mantas). Esta sobreposição deve ser de 10 cm.
- Verificar os acabamentos em cantos, tubos emergentes, canaletas, soleiras e ralos.
- Verificar a existência de reforços em cantos e ralos.
- Verificar o aspecto final da impermeabilização.

Descrição do Sistema:

A função das coberturas é proteger o espaço interno do edifício das intempéries do ambiente exterior (como a chuva, o vento, entre outros), também concedendo aos usuários privacidade e conforto (através de proteção acústica, térmica, etc.).

As coberturas podem ser feitas com lajes impermeabilizadas (horizontais ou inclinadas), com telhados ou mistas.

As principais partes componentes dos telhados são definidas a seguir:

- Telhamento: constituído por telhas de diversos materiais e dimensões, tendo a função de vedação. Podem-se agrupar as telhas em elementos de pequenas e grandes dimensões. As telhas de pequenas dimensões são normalmente de cerâmica ou de concreto. As telhas de grandes dimensões são fixadas diretamente nas terças, a exemplo das telhas metálicas e de fibrocimento. Quando necessário podem ser utilizadas telhas termo acústicas, que melhoram o isolamento térmico e acústico do ambiente.
- Trama: constituída geralmente por terças, caibros e ripas, tendo como função a sustentação das telhas.
- Estrutura de Apoio: constituída geralmente por tesouras, oitões, pontaletes ou vigas, tendo a função de receber e distribuir adequadamente as cargas verticais ao restante do edifício.

SES
2263
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Sistemas de Águas Pluviais: constituídos geralmente por rufos, calhas, condutores verticais e acessórios, tendo como função a drenagem das águas pluviais.

Cuidados de Uso

- Para lajes impermeabilizadas (seguir recomendações de Impermeabilização).
- Evitar caminhar sobre as telhas já colocadas. Para telhas de grandes dimensões, seguir orientações dos fabricantes quanto ao local e a forma adequada de caminhar sobre as telhas.

5.12.3.12. Sistema de Condicionamento de Ar

Descrição do Sistema:

Condicionamento de ar é o controle de temperatura, umidade, movimentação, pressão e qualidade do ar, dentro de um determinado ambiente.

O mercado oferece grande número de alternativas capazes de satisfazer às necessidades de um projeto. A seleção e combinação dessas opções devem basear-se nos seguintes critérios: desempenho, capacidade, local ocupado, custo inicial, custo operacional, flexibilidade, manutenção e durabilidade. Os sistemas de condicionamento de ar podem ser divididos em expansão direta e indireta.

No grupo de expansão direta, fazem parte os modelos em que o resfriamento ocorre diretamente em contato com o ar externo, por meio da serpentina de resfriamento.

Neste grupo se destacam:

- Condicionador de Ar de Janela (ACJ)
- Split
- Self Contained

No grupo de expansão indireta, o ar é resfriado por um líquido que não seja o gás refrigerante, como por exemplo, água ou etileno glicol. Neste grupo se destacam:

SES
2264
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Fan coils
- Painel radiante.

As recomendações a seguir, referem-se especificamente para Condicionadores de Ar de Janela e Splits. No PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle de Condicionadores de Ar) em anexo, são apresentadas as recomendações para os demais sistemas.

Cuidados de Uso

- Ao ligar o condicionador de ar, mantenha as portas, as janelas e as cortinas sempre fechadas. Verificar se não existem frestas nas esquadrias ou em outros locais que permitam o escape do ar.
- Evitar ligar e desligar o sistema de condicionamento de ar diretamente no disjuntor ou na tomada.
- Manter limpos o gabinete e as grelhas bem como a área ao redor da unidade.
- Não exagerar na intensidade da temperatura (muito quente ou muito fria).
- Nos períodos que não usar o condicionador de ar, ligá-lo, uma vez ao mês, por alguns minutos. Se o modelo for QUENTE/FRIO, ligar no aquecimento.
- Para a limpeza da frente plástica e do gabinete do ACJ ou da unidade evaporadora do split, usar uma flanela ou um pano macio embebido em água e sabão neutro. Não usar esponja de aço ou produto abrasivo para não riscar o aparelho. Não utilizar detergente ou álcool diretamente na frente plástica.
- Não utilizar o condicionador de ar sem o filtro, pois a poeira e as impurezas irão danificá-lo ou exigir limpeza especializada.

SES
2265
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.12.4 Sistemática de Implantação do Serviço de Manutenção Predial

A Sistemática do Serviço de Manutenção Predial do HUGO consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.

O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- providenciar e manter atualizados os registros da edificação;
- realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- definir planos de manutenção;
- realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;
- orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias do HUGO;
- supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

SES
884 2266
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma prover evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.

Sempre deverá ser utilizados materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação.

No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma

885
SES
2467
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória.

Por fim, o fluxo do processo de dos serviços de manutenção predial hospitalar envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual. Esta retroalimentação está representada pela linha tracejada.

5.12.4.1. Planilhas para Planejamento e Controle da Manutenção Predial Hospitalar

A sistemática para planejamento e controle da gestão predial é composta por planilhas básicas, que podem ser adaptadas à necessidade de cada setor, caso necessário:

- O Cronograma Anual de Manutenção deve ser utilizado para preparação do planejamento de longo prazo. Neste caso, sugere-se a elaboração de um cronograma anual de atividades com ações de manutenção preventiva, seguindo as periodicidades das fichas, e ações de manutenção corretiva planejadas em longo prazo. Devem ser utilizadas quantas planilhas forem necessárias, de modo que sejam planejadas todas as ações ou verificações para os serviços considerados como críticos para o prédio do hospitalar.

Previsão Orçamentária Anual

Esta planilha deve ser utilizada para a programação dos recursos necessários para a realização das manutenções preventivas e corretivas planejadas no Cronograma Anual de Manutenção. Além disso, esta previsão deve incluir a reserva de recursos destinados à realização de manutenção não planejada e reposição de equipamentos ou sistemas após o término da sua vida útil.

886
SES
2268
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Programação da Manutenção Preventiva

Esta planilha deve ser utilizada para a programação de manutenção preventiva, baseada no Cronograma Anual de Manutenção. Devem ser incluídas outras ações ou verificações que não tenham sido planejadas inicialmente, mas que sejam necessárias.

Além disso, esta planilha serve para verificação da manutenção preventiva realizada, assim como para registro de alguma manutenção corretiva identificada durante a realização da manutenção preventiva. Em cada uma das planilhas podem ser planejadas as ações ou verificações que deverão ser realizadas no mês ou na semana seguinte, a critério do gestor predial. Esta programação pode também ser realizada por sistema construtivo.

Programação da Manutenção Corretiva

Esta planilha deve ser utilizada para programação e inspeção das manutenções corretivas realizadas, assim como para a avaliação de fornecedor, caso o serviço de manutenção corretiva seja realizado por empresa terceirizada.

5.12.5 Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares

O recebimento de um equipamento que chegar HUGO envolve três atividades:

- Avaliação;
- Aceitação;
- Instalação.

No processo de avaliação do equipamento recém-adquirido, a primeira atividade consiste na abertura da embalagem que acondiciona o equipamento, SEMPRE na presença do fomecedor, com exceção de casos em que o fornecedor autorize por escrito que a embalagem possa ser aberta sem sua presença. Esse procedimento evita problemas entre fornecedor e comprador por eventuais danos que ocorram no equipamento durante o

SES
2269
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

transporte ou por falta de componentes (peças, dispositivos, acessórios e documentação) que deveriam estar incluídos na embalagem.

Na abertura da embalagem, um membro do grupo de manutenção deve estar sempre presente e ter em mãos a listagem 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 sua futura utilização. Alguns grupos de manutenção cedem uma cópia do manual de operação aos operadores do equipamento e arquivam o original, para que eventuais perdas durante seu manuseio possam ser repostas.

Mas alguns operadores podem exigir o original, tendo em vista a melhor qualidade de impressão e apresentação. 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 e o uso de fantomas específicos (materiais que simulam tecidos biológicos, placas que definem resolução de equipamentos de imagem, etc.).

A direção do HUGO deve estar em sintonia com o grupo de manutenção e somente executar o pagamento do equipamento após um parecer positivo do processo de aceitação. Os procedimentos de testes para a aceitação são específicos para cada tipo de equipamento e devem ser elaborados por um grupo de acordo com os recursos materiais disponíveis.

A instalação do equipamento pode envolver atividades bastante complexas que exigem até a contratação de serviços externos ao HUGO. O equipamento a ser instalado poderá exigir os mais diversos tipos de recursos para seu funcionamento (hidráulicos, mecânicos, potências elétricas estáveis

888 SES 2270 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

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 de aquisição, é importante que o responsável pelo grupo de manutenção tenha se informado de todas as necessidades do equipamento (que certamente implicará custos adicionais) e acompanhado todo o processo de execução da infraestrutura exigida pelo equipamento.

Outro ponto importante é a verificação do reconhecimento, por escrito, por parte do fabricante/empresa fornecedora, de que todas as exigências feitas na pré-instalação para o funcionamento normal do equipamento sejam atendidas. Isso evita que, em caso de problemas com o equipamento, a empresa alegue que o HUGO 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, é sugerido um formulário simples, que 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, será desenvolvido um sistema de par que será composto de formulários para cadastramento, recebimento 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 do HUGO o qual deverá ser elaborado pelo grupo de manutenção. Esse formulário deverá possuir 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 aos técnicos itens que serão muito importantes em fase posterior para o gerenciamento do equipamento.

SES
2221
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

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. Para o cadastramento, deve conter todos os dados provenientes do formulário de recebimento, mais nota fiscal, telefones, endereços, etc.

Como o preenchimento dos formulários via sistema não apresenta grandes dificuldades, explicaremos somente os itens que podem ocasionar alguma dúvida ao leitor/processador de dados.

Quadro para cadastramento do equipamento

- Recursos: deve ser colocado o tipo de contrato feito para a aquisição do equipamento, ou seja, se foi comprado, se é contrato em comodato, ou se foi alguma doação feita ao estabelecimento. No caso de comodato, normalmente o responsável pela prestação da manutenção é a empresa fornecedora, que deve ser chamada para eventuais reparos e 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.
- 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 outro arquivo.
- Responsável pelo departamento: citar o nome da pessoa que responde pelo departamento onde o equipamento é instalado.
- Código/ "part number": preencher com os códigos de todas as peças ou acessórios que acompanham o equipamento na sua entrega.
- Descrição do material: descrever por extenso o nome da peça, acessório ou material de consumo (tinta, papel, lubrificantes, lâmpadas, etc.) que acompanham o equipamento na sua entrega.

890
SES
2272
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Formulário para recebimento e instalação de equipamento

O quadro de pré-instalação deve ser preenchido e assinado por uma pessoa responsável pela empresa. Ainda nesse formulário existira um local para a anotação do nome da pessoa que o preencheu. Por 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, há também um local determinado para que a pessoa que efetuou a instalação do equipamento anote o seu nome e assine, responsabilizando-se pelos dados registrados no formulário.

5.12.6 Controle Periódico

Nesta etapa trataremos da monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais 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 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 exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos usuários da importância do correto preenchimento das ordens de serviço.

Desta forma e evidente que a monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e consumidos por devem também ser descritos de um modo bastante simples, para se monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

891
SES
2273
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade 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 exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos técnicos da importância do correto preenchimento das demandas de serviço.

Para facilitar o processamento dos dados existentes nas demandas de serviço e, consequentemente, auxiliar o gerenciamento do grupo, apresentou abaixo um formulário para o controle mensal de:

- Tempo gasto para atividades de Manutenção e corretiva e Manutenção preventiva 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 o atendimento das solicitações;
- Tempo médio para o reparo dos equipamentos;
- Número de rechamadas.

A seguir, mostramos uma série de fluxogramas que apresentam a maioria das atividades a serem executadas pela manutenção. A explicação desses fluxogramas é feita sob forma de rotina de manutenção corretiva e sub-rotinas de serviço inclusive terceirizado, com orçamento e garantia.

802 SES 2274 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

A sugestão dada aqui é que esses fluxogramas sirvam para a definição das várias atividades que compõem um a interface do programa de manutenção corretiva, assim como de guia para a elaboração dos fluxogramas específicos para cada equipe de manutenção a ser implementada.

Essa forma sequencial de apresentação é bastante utilizada em palestras de treinamento dos técnicos, assim como para explicar à direção o modo de funcionamento do departamento de serviço de manutenção de equipamentos hospitalares.

5. 13 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações

A gestão de Compras e suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter inter-setorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

O processo de compra ocorre pela Compra de produtos e Contratos de serviços e obras.

As modalidades são:

Convites; Tomada de preço; Concorrência; Registro de preço; BEC (bolsa eletrônica) e pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra.

GERIR

893 SES 2275 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada do HUGO participa da avaliação dos produtos no processo de compra, onde ocorre desde a visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e, quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade.

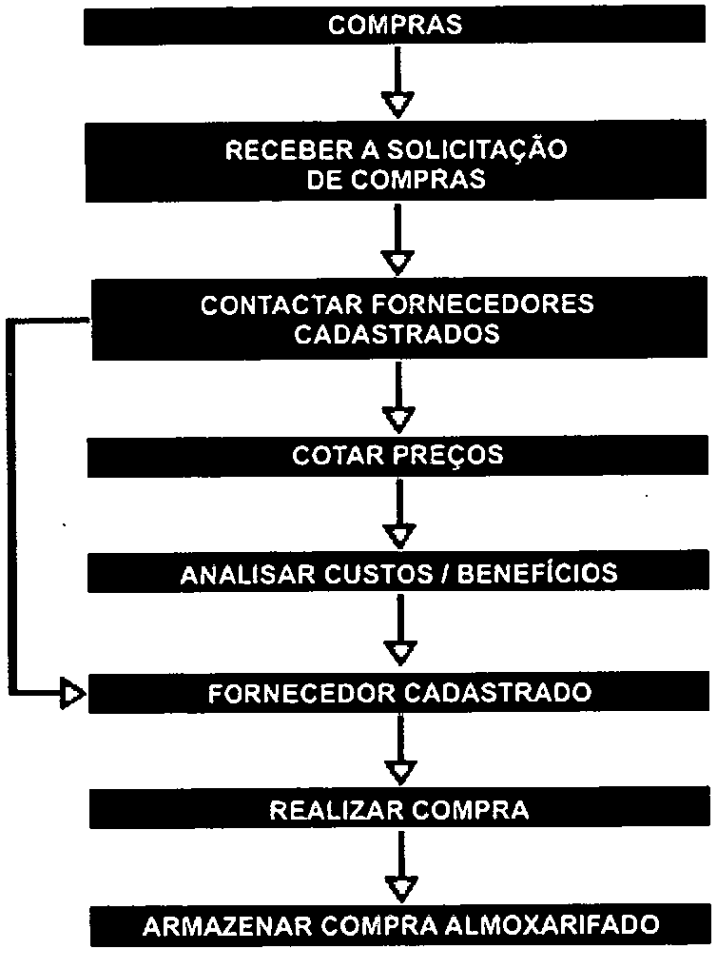
Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Suprimentos.

SES
2276
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A central de compras e suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

FLUXOGRAMA DE COMPRAS



5.13.1 Atividades de Compras e Suprimentos

- desenvolver atividades relacionadas a cadastro de fornecedores de materiais e de serviços, de acordo com as normas e os procedimentos pertinentes;
- examinar as solicitações de compras;

SES
2277
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- preparar e acompanhar os expedientes relativos à aquisição de materiais e à contratação de serviços;
- analisar a composição dos estoques, verificando sua correspondência com as necessidades efetivas;
- definir níveis de estoque mínimo e máximo, bem como ponto de pedido de materiais;
- solicitar, receber, conferir e armazenar materiais de consumo;
- distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;
- controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições propostas e constantes das encomendas efetuadas, comunicando ao Diretor da Gerência eventuais irregularidades cometidas;
- manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;
- realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, do material em estoque;
- preparar:
  - o levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento do HUGO;
  - a relação de materiais considerados excedentes ou em desuso, de acordo com a legislação específica;
- zelar pela conservação dos materiais em estoque.

5.13.2 Atividades em relação à Gestão de Contratos

- analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;

SES 2278 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;
- auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;
- controlar e acompanhar a prestação de contas;
- preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

5.13.3 Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para o HUGO e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

5.13.3.1 Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas as disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

- Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;
- Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;
- Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

SES
2279
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;

- Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;

- Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

- Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;

- Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;

- Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;

- Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;

- Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a

898
SES
2280
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;

- Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;

- Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.

- Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras.

São limites para as dispensas e para as modalidades de licitação:

- para obras e serviços de engenharia:
  - Dispensa por Valor - até R$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais);
  - Convite - até R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais);
  - Tomada de Preço - até R$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);
  - Concorrência - acima de R$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil);
- para compras e demais serviços:
  - Dispensa por Valor - até R$ 16.000,00 (dezesseis mil reais);
  - Convite - até R$ 80.000,00 (oitenta mil reais);

SES
2281
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Tomada de preço - até R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais);
- Concorrência - acima de R$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais);

- para alienações de bens, sempre precedidas de avaliação:
  - Dispensa - até R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais);
  - Leilão ou Concorrência, dispensável nesta fase de habilitação - acima de R$ 16.000,00 (dezesseis mil reais).

Constituem tipos de licitação, exceto na modalidade de concurso:

- a de menor preço;
- a de técnica e preço;
- a de maior lance ou oferta.

Premissas

- O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente.
- Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos.
- Nas licitações na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

905 S
2282
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.13.3.2 Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

- Caução em dinheiro;
- Fiança bancária;
- Seguro-garantia.

O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório.

As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos.

Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte

SES
2283
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados.

A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório:

- perda do direito à contratação;
- perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantia de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- suspensão do direito de licitar ou contratar com o IGES, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com o IGES.

Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, o IGES poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

5.13.4 Estabelecimento do Procedimento de Compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

- Solicitação de Compras devidamente autorizada;
- Seleção de Fornecedores;



- Apuração da Melhor Oferta;
- Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
- Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

- Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime de compra: rotina ou urgente;

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

- Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
- Forma de pagamento;
- Prazo de entrega;
- Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;

SES
2285
FLS.
58
RUBRICA
PROTOCOLO

- Durabilidade do produto;
- Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;
- Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
- Assistência técnica;
- Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

- Compras com valor estimado de até R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;

- Compras com valor estimado acima de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, registradas em mapa de cotações ou "Ata de Realização", devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita dos fornecedores por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

- Uma via para o fornecedor;
- Uma via para o Setor requisitante;
- Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante as

904 SES 2286 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa-Financeira.

5.13.5 Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
- fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
- Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

5.13.6 Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual / físico, paralelamente também há o controle / registro eletrônico de todas as compras e contratações do IGES aplicáveis para gestão do HUGO.. Tal controle se faz por meio se software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como

SES 2287 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Fornecedor, numero do processo / contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

5.13.7 Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Hospitalar envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados.

O IGES após realização de um diagnóstico preliminar no HUGO identificou alguns serviços terceirizados para apoio técnico-operacional e logístico prestado.

Alguns desses serviços terceirizados mantem contratos de prestação de serviços firmados com a Secretaria do Estado da Saúde, outros são mantidos à conta de fundos rotativos.

O IGES observará as regras constante do Edital de **Chamamento Público nº 001/2012.** em relação aos contratos de prestação de serviços firmados e em vigência.

Para as contratações de serviços sob a gestão do IGES além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços.

906
SES
2288
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

5.13.7.1 Serviços Terceirizados Existentes

ITEM	ESPECIFICAÇÃO
01	Serviços de Fornecimento de Alimentação
02	Serviços de Fornecimento de Água Mineral
03	Serviço de Segurança e Vigilância Patrimonial
04	Serviço de Limpeza, e conservação e manutenção Predial
05	Serviço de Telefonia Fixa
06	Locação de Software
07	Serviço de Limpeza, conservação, desinfecção hospitalar e jardinagem
08	Serviço de Manutenção Mobiliaria
09	Serviço de Manutenção Preventiva e Corretiva de Elevadores com fornecimento de peças
10	Serviço de Manutenção Preventiva e Corretiva de Maquinas e Equipamentos de lavanderia com fornecimento de peças
11	Serviço de manutenção Preventiva e Corretiva de equipamentos de Ar Condicionado com fornecimento de peças
12	Serviços de monitorização individual e ambiental para dosimetros fotográficos no setores de radiologia e odontologia
13	Serviços de Manutenção Preventiva e Corretiva de equipamentos de refrigeração com fornecimento de peças
14	Serviços de Manutenção e conservação de Veículos
15	Serviços laboratoriais (LAMED e NUCLEO)
16	Serviços de Anestesiologia (COOPANEST)
17	Serviço de Fornecimento de Gases Medicinais
18	Serviço na área de suporte nutricional
19	Serviços Gráficos
20	Serviços de Áudio, Vídeo e Fotos
21	Serviços de Fretes e Transporte de Pequenas Cargas
22	Serviços de Fornecimento de Combustíveis e Derivados
23	Serviços de Fornecimento de Energia Elétrica
24	Serviços de Fornecimento de Água / Esgoto
25	Serviços de Imagiologia
26	Serviços Técnicos Profissionais Diversos e Serviços de Consultoria e Assessoria
27	Hemoterapia

5.14 Descrição do modelo de Gestão de Material e Patrimônio

O IGES considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional e a necessidade de medidas que promovam agilidade aos procedimentos do HUGO, promovendo ações confiáveis, padronizadas e efetivas utilizamos normas no controle de bens móveis e

SES
2289
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

materiais de consumo / patrimônio desenvolveu uma Cadeia de Fornecimento estruturada, com fluxos e rotinas padronizados. Estes instrumentos estratégicos possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma eficaz, a necessidade do hospital na execução de suas ações.

Os resultados proporcionados pelo sistema de controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônios do IGES:

- Redução de custos;
- Aumento da eficiência e otimização do desempenho nos relacionamentos com clientes e fornecedores;
- Fiel controle e gestão patrimonial;
- Melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo;
- Manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda, devidamente controlada.

O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo obedecerão ao disposto abaixo:

Considera-se:

- Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução, inclusive bens de consumo;
- Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos.

Todos os materiais de utilização no HUGO deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

SES
2290
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito do IGES aplicam-se, no que couberem, as disposições da legislação pertinente em vigor, ficando ainda vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro do IGES na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

5.14.1 Renovação e Reposição de Estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverá ocorrer em função da aplicação das fórmulas:

- Os fatores de requerimento são definidos:
  - Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;
  - Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);
  - Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;
  - Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa do IGES. Obtém–se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;
  - Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-

909 SES 2291 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsoletismo, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição;

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a recompletar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

As fórmulas aplicáveis ao Almoxarifado são:

- Consumo Médio Mensal. C = Consumo Anual/12
- Estoque Mínimo. Em = C x f
- Estoque Máximo. EM = Em + C x I
- Ponto de Partida. Pp = Em + C x T
- Quantidade a Ressuprir. Q = C x I
- 3. Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidos as distorções porventura existentes nos estoques.

5.14.2 Recebimento dos materiais

O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à seção de Almoxarifado e Patrimônio;

SES
2292
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial do IGES-HUGO, cuja cópia será arquivada para os devidos registros.

Consideram-se documento hábil para os fins os seguintes documentos:

- Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio do IGES/ HUGO.

O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação, que esta é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota

Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Gerência de Material e Patrimônio, em carimbo próprio. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico especifico, a Nota

SES
911 2293
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por setor / pessoa habilitada para esse fim e, também, do responsável pelo setor solicitante.

Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Quando das aquisições de material para construção e reforma, os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Gerência de Material e Patrimônio aos coordenadores/gerentes ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido, sendo que as Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo gerente de material e patrimônio/responsável do acompanhamento da obra.

Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido /

Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao coordenador administrativo-financeiro.

Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e conseqüente registro nos sistemas competentes/inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

5.14.3 Sistema Eletrônico

Além do fluxo processual / físico detalhados acima e que culminam na entrega dos itens no almoxarifado, paralelamente também há o controle / registro eletrônico da entrada de todas as mercadorias e serviços no âmbito do IGES, e aplicável ao HUGO.

Tal controle se faz por meio se software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das

912 SES 2294 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, numero do processo / contratação, saldos e valores contratuais, dentre outros.

5.14.4 Controle Patrimonial

O IGES irá manter o registro do patrimônio, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- registrar e informar a localização dos bens;
- registrar os agentes responsáveis;
- emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- controlar a movimentação de material;
- identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- permitir a obtenção de informações gerenciais.

Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela diretoria de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade. O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do IGES, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- número de tombamento;
- descrição do material;
- modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- valor de aquisição;
- data de aquisição e número de autos;
- número do documento fiscal;
- estado de conservação do material;

913
SES
2295
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- outras observações consideradas indispensáveis.

Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente à Gerência de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas, sendo que no caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora. Além do controle físico e dos Termos de Responsabilidade assinados, é possível fazer o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e qualquer distância, através da utilização do Sistema Eletrônico.

Conforme disposições legais e princípios do IGES, observando a Lei Estadual nº. 15.503, de 28 e dezembro de 2005, na qual dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais e dá outras providências, após término do Contrato de Gestão, o bem permanente adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado ao Estado de Goiás, na forma da legislação vigente.

Os bens que não transitarem na Gerência de Material e Patrimônio será tombado, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

5.14.5 Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado

- **Armazenamento:**
  - os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua Rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
  - os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;

SES 914 2296 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
- os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;
- os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
- os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
- os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
- os materiais mais solicitados próximos à área de expedição; e
- a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

- **Segurança:**
  - existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
  - portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);
  - proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
  - portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;
  - existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
  - instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;
  - proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
  - arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;
  - colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
  - proteção contra insetos e roedores; e

SES
915 2297
FLS. 8
RUBRICA
PROTOCOLO

- reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

- **Movimentação:**
  - existência de meios de locomoção seguros para os materiais.

5.14.6 Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais

A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do IGES e do

HUGO., devidamente justificada e na forma da legislação vigente, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- venda;
- permuta;
- doação.

A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada esta nos seguintes casos:

- permuta permitida exclusivamente entre unidades do HUGO;
- doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência sócio-econômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembléia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do IGES, em virtude de suas finalidades, na forma da legislação vigente.

A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do IGES, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins. A cessão

916 SES 2298 FLS RUBRICA PROTOCOLO

deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

5.14.6.1. Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais

Os materiais inservíveis no âmbito do IGES / HUGO. classificam-se em:

- ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso:
- recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo, a manutenção for onerosa;
- irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais, emitindo relatório, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria das Coordenações do IGES.

Toda a inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

SES 917 2299 FLS. PUBRICA PROTOCOLO

- a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- a sua natureza tóxica ou venenosa;
- a sua contaminação por radioatividade;
- o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

5.14.7 Inventários

O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque que terão por finalidade:

- verificar a existência física dos bens e materiais;
- informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;

SES 2300 FLS. RUBRICA PROTOCOLO 918

- subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

O inventário físico, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

- **ANUAL**: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;
- **TRIMESTRAL;**
- **EVENTUAL**: realizado em qualquer época por iniciativa dos coordenadores executivos, administrativo-financeiro ou pela própria Gerência de Material e Patrimônio.

Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros.

O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, realizado pela(s) Comissão (ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo aos mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual.

A Gerência de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

- **ROTATIVO:** que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

SES 919 2301 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

- **POR AMOSTRAGEM:** que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.
- **INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO**: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas para identificação e registro de bens.

As pendências decorrentes dos inventários deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Pressupostos:

O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

O inventário físico anual será encaminhado a Gerencia Financeira , a qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo a Diretoria Administrativa-Financeira e Executiva, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal do IGES.

5.15 Unidade de Faturamento

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares de seus compradores de serviços.

SES
2302
920 FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.
São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pelo hospital. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia faz a regulação e controle dos recursos de todas as unidades assistenciais do SUS.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento do HUGO, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

O faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

O **IGES** vai solicitar que o **DATASUS** coloque seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

921 SES 2303 Fls. 6 RUBRICA PROTOCOLO

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A organização mundial de saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, "informar" pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. o recurso "informação" pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o

922 SES 2304 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde) para se adequar á estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

923 SES 2305 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998 sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n ° 18/1999 e SAS/MS n ° 35/1999 nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o sistema de informação hospitalar

(SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A autorização de internação hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços, com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os

924 SES 2306 Fls. 6 RUBRICA PROTOCOLO

instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais, desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da secretaria de atenção à saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) a partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPM do (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.

Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM.

SES
925 2307
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.

Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. o profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

5.16 Compromissos e Metas de Produção

Os compromissos de alcance e ou superação das metas de produção estabelecidas pela SESGO no Anexo XIII, abaixo colocado, estão contempladas em várias partes da presente Proposta de Trabalho, principalmente em no item 4.2 Aspectos Organizativos da Gestão Assistencial e no item 5.3 da Organização dos Serviços Assistenciais.

Durante os primeiros 30 dias de gestão no HUGO, o Instituto de Gestão em

926
SES
2308
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Saúde, IGES vai desenvolver as seguintes atividades:

Iniciará as atividades de verificação dos recursos humanos existentes e as necessidades. Se for necessário contratar: recrutamento, seleção, capacitação de pessoal. Iniciará também e implantação de Sistemas Gerenciais de Controle. O período será utilizado também para:

- Reconhecer a unidade e organização das áreas, com desenho dos fluxos internos;
- Realizar o Planejamento Estratégico;
- Reorientar os fluxos dos resíduos dos serviços, dos alimentos, das roupas hospitalares, com os procedimentos de higiene hospitalar;
- Proceder à organização de Protocolos, Regimentos Internos, Normas de Condutas e demais ferramentas de gestão;
- Promover a Instalação das Comissões Técnicas;
- Desenvolver as atividades estratégicas para dotar a unidade de Suprimentos, definindo os procedimentos de abastecimento de insumos básicos para a assistência hospitalar, observando as fases de: especificação, quantificação, aquisição, conferência, armazenamento e distribuição;
- Formalizar os Manuais de Procedimentos Administrativos para a Recepção, Faturamento, SAME, Manutenção, Logística, Compras, Contabilidade, Setor de Recursos Humanos e Biblioteca, entre outros;
- Desenvolver e ativar Manuais de Procedimentos Assistenciais para as áreas de Medicina, Enfermagem, de Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Rouparia, Bloco Operatório, Ambulatório, Internamento, Emergência, e outros;
- Desenvolver materiais para Capacitação dos Recursos Humanos. O material elaborado vai ser objeto de treinamento das equipes correspondentes;
- Programar a implantação e capacitação sobre Acolhimento com Classificação de Risco na emergência.

A Comissão de Qualidade será organizada e será uma assessoria para

SES
2309
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

atividades de planejamento, programação, implantação e gestão de um Programa de Qualidade compatível com as necessidades da Instituição, com o objetivo de subsidiar o cumprimento de sua missão junto aos pacientes e a comunidade em geral.

Através da Unidade de Estatística Hospitalar que tem como finalidade a obtenção de dados de produção e utilização destes dados para elaboração das informações estatísticas da Instituição irá realizar:

- Recebimento, conferência e resumo do censo diário;
- Recebimento, controle e resumo, diário e mensal, dos dados estatísticos de consultas ambulatoriais, pequenas cirurgias, atendimentos de emergência, serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalizações;
- Apresentação de boletins diários, mensais, trimestrais, semestrais e anuais do movimento dos pacientes registrados no HUGO;
- Elaboração das estatísticas do movimento dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutico, de morbimortalidade e das cirurgias realizadas, tanto em pacientes ambulatoriais como em internados.
- Elaboração, interpretação e preparação de gráficos do movimento estatístico.

O IGES vai trabalhar sistematicamente os **Indicadores de Qualidade.**

A utilização de indicadores expressa de maneira resumida os eventos de qualquer natureza que ocorrem em uma instituição e ou em uma área específica da mesma. Assim sendo, os indicadores são também instrumentos gerenciais utilizados para a identificação de "mudança de rumo" do planejamento, bem como para confrontar as metas estabelecidas, podendo assim, reverter às não conformidades técnico- administrativas.

O IGES apresentará periodicamente à SESGO todas as informações estatísticas de serviços prestados no hospital, inclusive indicadores de análise gerencial para acompanhamento de cada unidade ou serviço.

928
SES
2310
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Indicadores de Mortalidade

- Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar
- Taxa de Mortalidade Operatório
- Taxa de Mortalidade Hospitalar por Causa Especifica

Indicadores de Qualidade:

- Taxa de Infecção Hospitalar
- Incidência de Infecções Hospitalares
- Taxa de Letalidade Hospitalar
- Taxa de Prevalência de Usuários em uso de Antimicrobianos

Indicadores de Produtividade:

- Média de Permanência de usuários
- Percentual de Ocupação
- Média de Usuários-Dia

Indicadores de Pessoal:

- Taxa de rotatividade
- Percentual de Absenteísmo

Indicadores Financeiros:

- Valor médio de internação

Procedência dos Usuários

Relatórios de Atendimentos Mensais:

- BPA/ Ambulatorial
- AIHs/ Internamento

A Política de Humanização a ser implantada no HUGO, seguirá o contido nas Orientações da Política Nacional de Humanização como já relatado na Proposta de Trabalho.

SES
2311
FLS.
5
RUBRICA

Quantitativos/Metas mensais

LEITOS CAPACIDADE INSTALADA LEITOS/DIA			
LEITOS	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS / DIA	METAS
Observação/ Suporte	32	960	1728
Reanimação Trauma	10	300	6480
Emergência Clinica	12	360	162
Internação - Clinica Medica	30	900	270
Internação - Clinica Cirúrgica	38	1140	342
Traumatologia	69	2070	621
UTI	44	149	1320

CAPACIDADE TOTAL DE CIRURGIAS POR ESPECIALIDADES	
LEITOS	CAPACIDADE INSTALADA
Bucomaxilofacial	90
Cirurgia Geral	240
Emergência Clinica	12
Ortopedia/Traumatologia	600
Neurocirurgia	90
Cirurgia Vascular	90

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	CAPACIDADE INSTALADA
Urgências / Emergências	4.500
Retornos de casos internados – Clinico e Cirúrgico	2.100

SADT	QUANTIDADE
Eletrocardiografia	350
Analises Clinicas	38000
Radiologia Convencional	12000
Ultrassonografia	200
Agencia Transfusional	1200
Anatomia Patológica	100
Broncoscopia	100
Duplex Scan	60
Eco cardiografia	120
Gastrostomia Endoscópica	40
Colonoscopia	80
Esofagogastroduodenoscopia (EDA) Diagnostica Terapêutica	80

SES
2312
FLS.
RUBRICA

ATOS NÃO MÉDICO	QUANTIDADE
Nutrição	84000
Psicologia	20000
Fisioterapia	4000
Serviço Social	5000
Enfermagem	22000
Odontologia	3600
Fonoaudióloga	900
Terapia Ocupacional	160

INDICADORES HOSPITALAR	
MEDIA DE PERMANÊNCIA	
Observação	12 horas
Reanimação Trauma	1 hora
Emergência Clinica	2 dias
Internação Clinica e Cirúrgica	3 dias
Traumatologia	3 dias
UTI	8 dias
Taxa de Ocupação Hospitalar	90,00%
Taxa de Infecção Hospitalar	9,30%
Taxa de Mortalidade Global	4,72%

5.17 Comunicação Social no HUGO

O eixo de comunicação deste projeto é a humanização dos serviços e a integração da comunidade nas atividades do Hospital. Está será a "chave" para envolvimento da comunidade, uma forma de mudar a opinião e a visão do hospital como um serviço que é acionado apenas quando se está com problemas de saúde. A humanização do serviço promoverá a receptividade dos profissionais de saúde, que de forma indireta proporcionarão à comunidade local um sentimento de integração. O atendimento às necessidades do cliente passou a ser objetivo básico de toda e qualquer organização, inclusive nos hospitais, mesmo com uma natureza tão específica, além de uma assistência médica de qualidade, tecnologia de ponta, medicamentos avançados, é necessário perceber o paciente como um cliente.

SES
2313
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A Comunicação Social tem a finalidade de assegurar que o HUGO tenha uma imagem institucional positiva para os públicos interno e externo, por meio da verdade, da coerência e da transparência. O objetivo geral é manter mecanismos permanentes de comunicação com vistas a integrar os diversos setores do Hospital, buscar a satisfação da comunidade e divulgar as atividades, programas e serviços desenvolvidos pela instituição para os públicos interno e externo.

5.17.1 Objetivos Específicos:

- Manter o servidor, usuário e imprensa permanentemente informados quanto às atividades, programas, serviços e fatos relevantes que acontecem no Hospital;
- Manter as Diretorias informadas sobre matérias divulgadas na imprensa, que dizem respeito à instituição;
- Garantir a agilidade e eficácia de toda a comunicação dentro e fora da instituição com linguagem clara, simples e direta;
- Criar mecanismos que orientem os servidores sobre a importância de transmitir uma imagem positiva da instituição;

5.17.2 Atribuições:

- Providenciar junto à Diretoria Administrativa a assinatura dos principais jornais, que circulam em Goiânia;
- Acompanhar o noticiário na imprensa local e selecionar as notícias referentes à área da Saúde e, especialmente, do Hospital, para confecção do clipping diário;
- Manter arquivados todos os clippings produzidos durante o ano;
- Desenvolver atividades de Assessoria de Imprensa;
- Alimentar a Coordenadoria de Comunicação Social do Governo do Estado com notícias do Hospital para que sejam divulgadas;
- Editar e distribuir os informativos internos e externos do Hospital;
- Estreitar relação Junto a Comunicação da União, Estado e Municípios, com objetivos de divulgar informações de interesse da Instituição.

932
SES
2314
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Criar e produzir campanhas publicitárias do HUGO junto a sociedade;
- Produção de material fotográfico;
- Produzir textos e materiais educativos/informativos do Hospital;
- Controlar a afixação de cartazes nos principais quadros de avisos do Hospital;
- Auxiliar na organização de solenidades e eventos realizados no Hospital;
- Criar e alimentar diariamente o site da Instituição buscando manter informado o público interno e externo sobre as ações no HUGO.

5.17.3 Ações de Comunicação Interna:

- Internal public affairs;
- Empowerment;
- Mural;
- Intranet;
- Informativos eletrônicos;
- Clipping eletrônico;
- Lista telefônica interna;
- Campanhas publicitárias internas;
- Eventos internos.
- Papelaria interna.

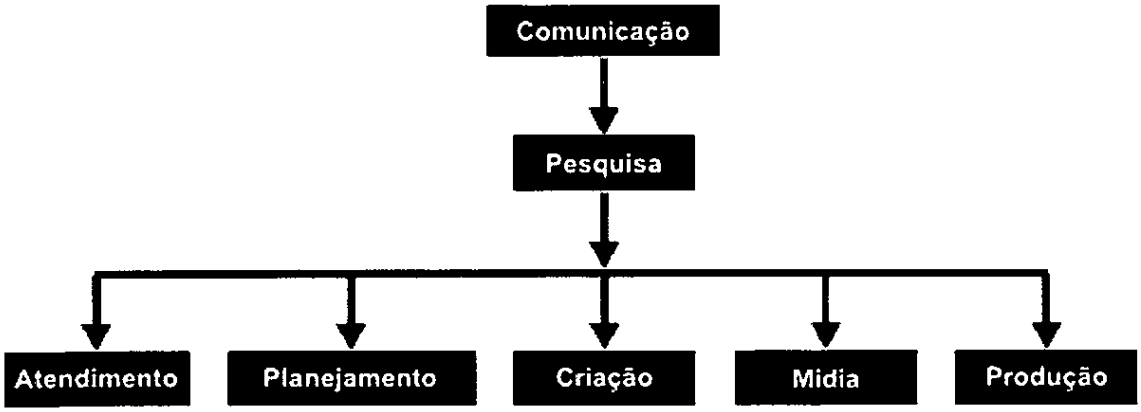
5.17.4 Ações de Comunicação externa:

- External public affairs;
- Empowerment;
- Integração com veículos de comunicação;
- Estreitamento das relações com a imprensa, televisões, rádios e Jornais;
- Produção de Clippings diários;
- Criação e alimentação do Portal institucional do HUGO / Site;
- Criação de folhetos educativos;
- Revista ou boletim impresso;
- Portfólio institucional;
- Relatório Anual de Gestão;
- Imagem de Marca e da Identidade Visual;
- Produção de papelaria;
- Campanhas publicitárias externas;
- Produção e participações em eventos externos.

GERIR

SES
2315
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

FLUXOGRAMA DAS AÇÕES DE COMUNICAÇÃO



SES
2316
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

6. Descrição sumária do campo de atuação do Corpo Técnico da Organização

6.1 INSERÇÃO ESTADUAL DO CORPO TÉCNICO

O Instituto de Gestão em Saúde, IGES, Organização Social que reconhece que o Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados inquestionáveis para a população brasileira. Considera, porém que os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema publico com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho e da participação social.

Reconhece ainda o IGES, que o Brasil é um país de dimensões continentais e de diferenças regionais expressivas no que tange a cultura, educação e principalmente a saúde. As necessidades de saúde das populações regionais; o desenvolvimento tecnológico e a densidade tecnológica; as peculiaridades e especificidades regionais incluindo influencias culturais e acesso aos serviços de saúde também apresentam diferenças expressivas.

O IGES reafirma a concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Esta deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a construção da cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são

935
SES
2317
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e o conjunto da sociedade. A intersetorialidade alcança a sua máxima potência nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações.

Neste sentido torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **três esferas de governo** e o **Terceiro Setor**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

Este relacionamento pode ser estabelecido com as Organizações Sociais e requer uma adesãoresponsável aos objetivos e metas e deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual.**

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.
As estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde devem ser voltadas as realidades locais.

A Gestão Estadual de Saúde objetivando uma reflexão sobre o sistema de saúde, os seus principais problemas e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema, iniciou o processo de implementação dasRedes de Atenção à Saúde e a Planificação da Atenção Primária à Saúde.

936
SES
2318
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Visando também promover maior agilidade nos processos relacionados a gerencia dos hospitais estaduais de Goiás, a Gestão Estadual de Saúde pretende em parceria com Organizações Sociais trabalhar modelos gerenciais com estes hospitais.

O **Instituto de Gestão em Saúde** considera um desafio participar dessa profunda transformação introduzida naGestão Estadual de Saúde e em reflexão as questões das necessidades e diferenças regionais acima descritas agregou no seu Corpo Técnico profissionais altamente qualificados e integrantes da politica de saúde do estado de Goiás. Estes militantes do setor da saúde do estado vão para outros países na busca de qualificação e voltam para o estado de Goiás aplicar estes conhecimentos. É no nosso estado que estes profissionais desempenham suas funções na saúde.

Esta reflexão da organização focou na necessidade do seu corpo técnico conhecer e compartilhar os atores setoriais e intersetoriais locais, o movimento e o processo histórico das instâncias representativas do controle social e das entidades da sociedade civil organizada do estado e conhecer prioritariamente e profundamente as necessidades de saúde da população do estado de Goiás.

Como estabelecer fluxos com a Atenção Primária à saúde e com os outros serviços de saúde do sistema sem integrar e conhecer a realidade estadual.
Com este Corpo Técnico conhecedor e participante da realidade de Goiás o IGES estabeleceu um projeto regionale integrado a Politica Estadual de Saúde, atendendo o **Chamamento Público nº 001/2012** para Organização, Administração e Gerenciamento do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO.**

O referido Corpo Técnico possui também aporte assistencial do perfil do HUGO tanto na formação acadêmica quanto na experiência profissional.

SES
2319
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

6.2 BREVE HISTÓRICO DO CORPO TÉCNICO E DOS MEMBROS DA PROPOSTA DE ESTRUTURA DIRETIVO DO HUGO

I - MARIA APARECIDA CARRICONDO

Foi secretaria Municipal de Assis, no estado de São Paulo, de 1984 a 1989. Na sua segunda gestão no município de Assis, de 1990 a 1994, foi Presidente do COSEMS-SP, Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde. Foi a primeira diretora do Hospital Regional de Assis, gestão estadual com 270 leitos. Foi também diretora da Região de Saúde de Assis, Gestão Estadual de São Paulo.

Na portaria que habilitou os sete primeiros municípios á Gestão Semiplena no país contemplou Assis na gestão da referida profissional. Por este motivo a mesma foi convidada a assumir a Secretaria Executiva do CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários Municipais onde permaneceu representando as politicas municipais na instancia nacional articulando com o Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, CONASS, UNICEF, OPAS e a Rede de Secretários Municipais de Saúde das Américas.

Foi de 2009 a 2010, a Diretora de Saúde da Regional de Campinas, unidade descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo que compõe 44 municípios e uma população aproximada de quatro milhões de habitantes. Realizou a Gestão do Hospital Universitário da Unicamp e do Hospital Universitário São Francisco de Bragança Paulista.
Atualmente é consultora do CONASS para implementação das Redes de Atenção à Saúde nos estados e a Planificação da Atenção Primária à Saúde.

SES
2320
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

II - CÉSAR LEITE DE SANT'ANNA

Tem toda sua formação escolar em Goiânia e sua formação médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Formação Escolar Superior:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Títulos De Residência:

1. Residência em Clínica Médica, realizado durante o ano de 1982, pelo Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFGO

2. Residência em Hematologia e Hemoterapia, no período de janeiro de 1982 a março de 1985

3. Certificado de Especialista em HEMATOLOGIA, conferido pelo Conselho Regional de Medicina em Goiás.

Sociedade que Participa:

Membro Efetivo do Colégio Brasileiro de Hematologia.
Membro da Comissão Técnico Científico da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.
Membro Individual do GLHEMA

Participação em Cursos e Congressos Internacionais

1. Estágio no "CENTRE REGIONAL DE TRANSFUSION SANGUINEA DE RENNES",
Período: 01/02 a 06/1988 em Rennes – France.

939 SES 2321 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

2. Curso de Patologia Hematologia no Instituto de Investigações Hematológicas Dr. Mariano Castex, na Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
Período: 07 a 10/11/1991.

3. Curso de "Transfusion Practice in Cardiac Surgery" em Baltimore – Maryland.
Período: 09 a 10/11/1991.

4. 3rd International Meeting ISHAGE 97, realizado em Bordeaux – France.
Period: 31/05 a 03/06/1997.

5. Transfusion Associated Diseases: Old, Exotic and Emerging Pathogens – A Clinical Perspective.
Period: 16/02/2000.

6. 9th Annual International Symposium on Recent Advances in Hematopoietic Stemcell Transplantation – realizado Universidade de San Diego – Califórnia.
Período: 29 a 31/03/2001.

7. Targeted Tumour Kill in NHL (MABTHERA) Power with Precision – Grimaldi Forum, Monaco
Período: 31 de outubro a 2/11/203

Trabalhos Publicados:

1. Jornal Brasileiro de Ginecologia de 1.989,99 (11-12): 503-513.
Transfusão intra-uterina Intravascular – Diagnostico e Conduta na Isoimunização Rh

2. Revista de Saúde Pública de São Paulo 23(01)20-05, 1.989.

SES
2322
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Rastreamento Sorológico para Doenças Infecciosas em Banco de Sangue como Indicador de Morbidade Populacional.

III - OSVALDO VILELA GARCIA FILHO

Formação Acadêmica/Titulação

2000 - 2006 Doutorado em Medicina.
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP/EPM, Brasil

Título: Efeito da Estriatotomia Posterior Estereotáxica Unilateral no Tremor Induzido pela Harmalina em Ratos, Ano de obtenção: 2006
Orientador: Fernando Antonio Patriani Ferraz
Áreas do conhecimento : Neurocirurgia

1991 - 1992 Aperfeiçoamento em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica.
University of Toronto, U.TORONTO, Toronto, Canada
Título: Estimulação cerebral profunda para o tratamento da dor neuropática rebelde
Orientador: Prof. Dr. Ronald R. Tasker

1985 - 1988 Especialização - Residência médica.
Hospital de Base do Distrito Federal, HBDF, Brasil
Título: Neurocirurgia

1979 - 1984 Graduação em Medicina.

SES
2323
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO

IV – MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO

Curso Superior de Enfermagem, com título de Doutora em Ciências. Atuante na área de Saúde Mental e atualmente atua na Politica de Saúde Mental, Grupo de Estudo de Enfermagem sobre Drogas Licitas e Ilícitas.

V – LUIZ ANTÔNIO ZANINI

Formação Acadêmica/Titulação

2006: Obtenção do Titulo de Especialista em infectologia através de Concurso Publico pela Associação Medica Brasileira.

1981 – 1982: Mestrado em Medicina Tropical.
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Publica, IPTSP UFGO, Goiás, Brasil.
Titulo: Tratamento da Toxoplasmose Aguda Linfonodal: Avaliação de cinco Esquemas Terapêuticos incluindo Placebo. Ano de obtenção: 1983.
Orientador: João Silva de Mendonça.

1975-1975: Especialização em Medicina Tropical. (Carga horária: 360h)
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Publica, IPTSP UFGO, Goiás, Brasil.

1973 – 1974: Especialização - Residência médica. Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, HSPE IAMSPE, São Paulo, Brasil.
Residência médica em: Doenças Transmissíveis (Infectologia).
Número do registro: DHCC/CCE REGISTRO N° 100 -5.

1967- 1972: Graduação em Medicina.
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, ACMED, Goiás, Brasil.

SES
2324
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

VI – MARCIANO DE SOUSA NÓBREGA

Formação Acadêmica

2009 – Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde.

2005 a 2007 – Aperfeiçoamento em Programa de Atualização em Medicina Intensiva. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, São Paulo, Brasil
Titulo: Atualização em Medicina Intensiva.

2003 a 2003 – Aperfeiçoamento em GESTHOS.
Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.
Titulo: Capacitação a Distancia em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimento de Saúde.
Bolsista do (a): Ministério da Saúde.

1990 a 1992 – Especialização – Residência Médica.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil.
Titulo: Anestesiologia

1987 a 1989 – Especialização – Residência Médica.
Real e Benemérita Sociedade de Beneficência Portuguesa, RBSBP, São Paulo, Brasil.
Titulo: Cardiologia

1982 a 1987 – Graduação em MEDICINA.
Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, Brasil.

SES
2325
Fls.
6
RUBRICA

VII – Marcelo Martins Teixeira

FormaçãoAcadêmica / Títulos:

Membro Titular da Academia Brasileira de Neurocirurgia, filiada a World FederationofNeurosurgicalSocieties e a FederacionLatinoamericana de Sociedades de Neurocirurgia – Outubro de 2007.

Membro Honorário do Centro de Estudos da Clinica Neurológica e Neurocirúrgica Santa Casa de Belo Horizonte – Junho 2007

Titulo de especialista em Neurocirurgia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) – Setembro 2005

Participação no Curso de Formação de Neurocirurgiões, realizado pela Sociedade Alemã de Neurocirurgia – Novembro 2001.

Residência medica na Clinica Neurocirúrgica do Hospital Evangélico de Bielefeld – Alemanha, unidade Gilead – Setembro 1999 a Fevereiro 2004.

Conclusão do curso de Medicina pela Universidade de Alfenas – Dezembro 1998

Experiência Profissional:

Chefe do Centro Cirúrgico do Instituto de Neurologia de Goiânia (ING) – desde Dezembro 2007

Integrante da equipe medica/neurocirúrgica do ING – desde abril 2004.

SES
2326
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

VIII – José Mário Meira Teles

Médico, graduado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 1991. Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB em 1997. Atualmente é Coordenador médico da UTI adulto do Hospital Santo Amaro-BA. Presidente da AMIB (Gestão 2012 – 2013). Coordenador Regional do Curso de Pós-graduação em Medicina Intensiva da AMIB-Faculdade Redentor;
Membro do Comitê Coordenador do BRICnet; Sócio Fundador do Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em controle endócrino metabólico do doente critico, atuando principalmente nos seguintes temas: delirium, sedação e analgesia, controle glicêmico, microcirculação, reposição volêmica, sepse, gestão em UTI, cultura de segurança, indicadores de qualidade.

IX – Sirlei Messias da Silva

Formação Acadêmica

Enfermeira pela Universidade Católica de Goiás – conclusão 1999

Experiência Profissional

Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO)
Função: Enfermeira Supervisora da UTI
Período: 2000 até a janeiro de 2011

Ox UTI
Função: Gerencia de Enfermagem da UTI
Período: 2003 a 2009

Hospital de Acidentados
Função: Enfermeira Supervisora da UTI



Período: 1999 a 2000

Costa e Silva (COLU)
Função: Professora
Período: 1999 a 2000

Instituto Ortopédico de Goiânia
Função: Gerente de Enfermagem
Período: Agosto de 2009 até março de 2010

Grupo Master de Nefrologia
Função: supervisora
Período: Março de 2010 ate junho de 2011

Monitoria
Universidade Católica de Goiás – Conclusão. 1999

X – DANIEL MORAES VIEIRA

Graduado em Administração com habilidade em Comércio Exterior pela Universidade Salgado Oliveira, Goiás em 2002. Especialista em Gerencia Empresaria em 2004, 360 hs, Universidade Salgado Oliveira, Goiás.

XI – FABIO GALVÃO

Graduado em Ciências da Computação. Desenvolveu softwares nas áreas de Gerenciamento Hospitalarcom foco em Gestão de Custos, Planejamento Financeiro Hospitalar e Gerenciamento de Redes Novel 5.0 na área de administração e Recursos Humanos.

GERIR

946
2328
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 182 p.

ANVISA – Resolução RE nº 2605 de 11 de Agosto de 2006: Estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados.

ANVISA – Resolução RDC nº 156 de 11 de Agosto de 2006: Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providencias.

ANVISA – Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 3º Ed. 120p, 2007.

APECIH - Esterilização de Artigo em Unidade de Saúde. Associação Paulista de Estudos e controle de Infecção Hospitalar, 2º Ed. 159 p, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 9050: Acessibilidade e pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 1994. 59p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 13.534: Instalações de elétrica em estabelecimentos assistenciais de saúde, Rio de Janeiro, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 7256: Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projetos e execução das instalações. Rio de Janeiro, 2005. 22p.

947
2329
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR10152: Níveis de ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro, 1987.4p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR10152: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 1994. 59p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. Produtos para Saúde – Aplicação de Gerenciamento de Risco em Produtos para Saúde. NBRISO14971. Rio de Janeiro, 2003.

Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. Produtos para Saúde – Aplicação de Gerenciamento de Risco em Produtos para Saúde. NBRISO14971. Rio de Janeiro, 2003.

Bezerra, Paulo Ricardo Cosme. A Estatística na Organização Hospitalar – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Departamento de Estatística. Maio de 2002.

BRASIL. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Casa Civil, Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução n. 5, de 5 de agosto de 1993. Diário Oficial da União, Brasília, 31 ago 1993. Seção I, p.12.997.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, Norma Regulamentadora NR – 32. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/guia_tecnico_cs3.pdf, acesso em 03 de marçode 2012.

948
SES
2330
FLS.
RUBRICA

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Instrução Normativa nº 85/2010 de 26 de Julho de 2010.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 1.510/2009 de 21 de Agosto de 2009

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Brasil. Lei 8.080, de 11 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Legislativo. Brasília, DF: 12 set. 1990a, seção1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de vigilância Sanitária. Legislação. Disponível em: <http://www.anvisa.govbr/legis/index.htm>.
Acesso em 03 de março de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização.
Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileirode Acreditação Hospitalar. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf>.
Acesso em 20 defevereiro de 2012.

Brasil: Ministério da Saúde Secretária de Gestão de Investimentos em Saúde, Edital :Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de enfermagem, Estado do MatoGrosso, Brasília, 2003.

Brasil: Ministério da Saúde Secretária de Gestão de Investimentos em Saúde, Edital: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de enfermagem, Estado do MatoGrosso, Brasília, 2003.

SES
2331
FLS.
FABRICA
FOTOCOPIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.111, de 5 de julho de 2005. Fixa normaspara a implementação e a execução do programa de bolsa para a educação pelo trabalho.Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria n.º 2.117, de 3 denovembro de 2005. Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Seção 1, p. 112

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Pacto pela saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 1-7.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Caiado, Leonor Melo de O. Estudo da implantação de um programa dequalidade no Hospital Geral de Goiânia /Leonor Melo de O. Caiado. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Caio Moreira e Marco A P Carvalho. Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento. 2ª.Edição. Ed MEDSI, 2001.

CALIL SAIDE JORGE, Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos. Hospitalares, volume 11/ Said Jorge Calil, Marilda Sólon Teixeira - São Paulo, Faculdadede Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 – (Série Saúde &Cidadania).

950
2332
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

CAMARA TÉCNICA CONASS, Brasília, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. HUCITEC,2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um método para Análise e Cogestão de Coletivos. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2000.

CAMPOS, Lismar Isis. Impacto da implantação em hospitais do sistema de gestão daqualidade, baseado nos requisitos de nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação.ONA. 2008 a. 133 f. (Dissertação Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) – Faculdadede Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG.

Carisi Anne Polanczyk. Protocolos Assistenciais como Estratégia de Adesão às Melhores Práticas Clínicas e Otimização de Recursos. Porto Alegre, 1998.

Cartilha do Ministério da Saúde, Ambiência. Brasília, 2004.

CARVALHO, Antônio Pedro. Temas de Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde.Salvador: Universidade Federal da Bahia.Faculdade de Arquitetura,2002.

CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no usode medicamentos. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2005, vol.58, n.1, pp. 95-99.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for environmentalinfection control in health-care facilities- Recommendations of CDC and Health CareInfection Control Practices Advisory Committee. Atlanta. 2003.

951
SES
2333
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Management of Multi-drug-Resistance organisms in Health-Care Settings. 2006.

CESUR (2008). Apoio ao processo de revisão do Plano Estratégico dos ResíduosHospitalares – Proposta. CESUR – Centro de Sistemas Urbanos e Regionais, IST. Lisboa(Portugal);

Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das InfecçõesNosocomiais. Relatório Síntese das Conclusões. 2006.

Comitê Gestor de Tecnologia da Informação. Proposta de Regimento Interno. MinasGerais, 2007.

CONASS DOCUMENTA, numero 23, Planificação da Atenção Primária à Saúde, Brasília, Julho, 2011.

CONASS Funções Essenciais de Saúde Pública, Brasilia. 2008

CONASS, SUS: Avanços e Desafios. Brasília, 2006
Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, Manual da Farmácia Hospitalar. Marçode 2005.

CORDOVIL, L. T. (2008). Estratégias para o Tratamento de Resíduos Hospitalaresde Origem Animal. Dissertação de Mestrado em Engenharia Civil. IST – UniversidadeTécnica de Lisboa. Lisboa (Portugal);

COUTO, Camargo Renato. PEDROSA, Grillo Moreira Tânia. Hospital – GestãoOperacional e Sistemas de Garantia de Qualidade – Viabilizando a Sobrevivência. Rio deJaneiro: MEDSI, 2003.

DATASUS. Apresenta dados referentes à informação em saúde. Disponível em:<http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 03 de março de 2012.

952
SES
2334
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Emergências Clinicas. FMUSP. 2006 – Nefrologia.
Emerson Moraes, Sandra Holanda Mariano. Uma revisão dosmodelos de Gestão em TI. Niterói, 2008.

FERREIRA, J.A. (1995). Resíduos sólidos e lixo hospitalar: uma discussão ética.Cademos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11(2): p.314-320.

FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. Critérios de excelência: avaliação ediagnóstico da gestão organizacional. São Paulo: FNQ, 2007.

FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. Critérios de excelência: avaliação ediagnóstico da gestão organizacional. São Paulo: FNQ, 2007.

Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição parao Programa de Saúde da Família. Rev.Esc.Enferm USP 2004; 38(2): 143-51.

FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. Indicadores de desempenho.São Paulo: FPNQ, 1996.

GURGEL JÚNIOR G. D.; VIEIRA M. M. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2,2002.

HARTZ, A. de Maria Zulmira. Avaliação em Saúde - Dos Modelos Conceituais à Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

IQG, Instituto Qualisa de Gestão. Apresentação no 1° Fórum da Gestão pela Qualidade, realizado em BH, 2009.

SES
2335
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Juan Luiz Mascaró. O custo das decisões arquitetônicas no Projeto de Hospitais.Brasília, 1995.

MALIK A. M.; SCHIESARI L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações desaúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. SérieSaúde & Cidadania. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume03.pdf Acesso em: 18de fevereiro de 2012.

Manual Brasileiro de Acreditação disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manuais/index.asp, acesso em 18 defevereiro de 2012.

Manual de Hemovigilância do Ministério da Saúde. Ed MS 2004.

Manual Técnico de Hemovigilância – investigação das reações transfusionaisimediatas e tardias não infecciosas, Brasília, Agência Nacional de Vigilância Sanitária,Novembro de 2007.

Marques, Willian Agostinho. Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião:prontuário médico do paciente / Willian Agostinho Marques - 2008.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte, 2011.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portaaberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio L,organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, GABINETE DO MINISTRO Portaria nº 824/GM Em, 24 deJunho de 1999.

954
SES
2336
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde / NETO S. L.: Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde-InstalaçõesPrediais Ordinárias e Especiais, Brasília D.F., 1995. Mimeo.

Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 6aed. Belo Horizonte:Editora Crescer; 1990.

MODESTO, Paulo. Reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil. Revista de Direito Administrativo, 214, págs. 55-68, out./dez. 1998.

MOTTA, Athayde. O terceiro setor e a sociedade brasileira. Revista Democracia, n.108, nov.dez. 1994.

NATIONS, M. K;Gomes, a. M. a. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no nordeste brasileiro. Cadernos de SaúdePública, rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007.

NOGUEIRA, Luís Carlos Lima. Gerenciando pela qualidade total na saúde. NovaLima, INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2008.

NOGUEIRA, Vera M. R. N. E MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2003, p.01-25.
Oficina de Redes de Atenção á Saúde, SES GO, 2012.

Oliveira, Maria Veríssimo de. Rotinas do Serviço de Enfermagem. Ceará,2002.

Organização Nacional de Acreditação – ONA, disponível em HTTP://www.ona.org.br, acesso em 10 dejaneiro de 2012.

Organização Pan-Americana da Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

955 S
2337
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev.
Saúde Pública, fev. 2001, vol.35, no. 1, p.103-109. ISSN 0034-8910.

Pessatti, Mirela Pilon. A Intercessão Arquitetura e Saúde. Campinas: a DCC: Unicamp, 2008.

Protocolos da Unidade de Emergência – Hospital São Rafael – Monte Tabor – SérieA, Normas e Manuais Técnicos -Ministério da Saúde- 10 ª Ed – 2002.

Quinto Neto A, Gastal FL. Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dosprofissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 1997.

Quinto Neto A, Gastal OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação deorganizações complexas. Porto Alegre: Dacasa; 2004.
Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade desaúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2003; 19(1): 27-34.

Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos, Goiás, ISSN 1808-8597, v.I, n.2, p.51-61,Nov. 2005.

Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais www.planejamento.mg.gov.br, acesso em 18 de fevereiro de 2012.

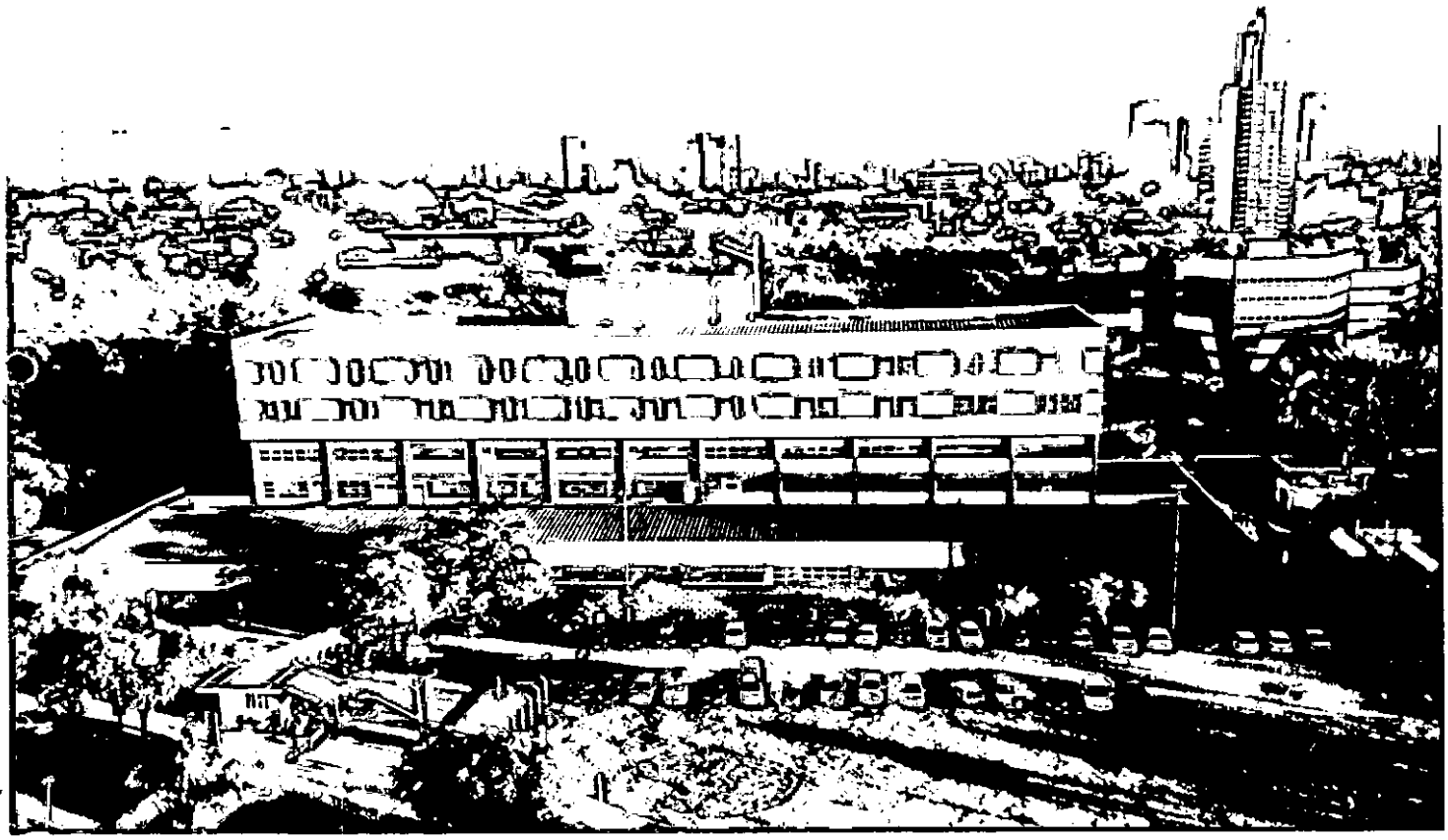
Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA,organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/SãoPaulo: Hucitec; 2004. p. 241-57.

GERIR

956 SES 2338 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Contribuição para o Estudo da Localização deServiços e Saúde: Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. 1987.110p. Tese(Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, USP.

SES
2339
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO



"Feliz aquele que transfere o que
sabe e aprende o que ensina"

Cora Coralina

GERIR

SES
2340
Fls.
RUBRICA
PROTOCOLO

ÍNDICE - VOLUME II

Anexo I
Compromissos e Metas de Produção 957

Anexo II
Uma Proposta de Estruturação e
Implementação de Sistemas de Gestão 969

Anexo III
Planilhas: Dimensionamento de Pessoal e Planilha de Custos 991

Anexo IV
Estrutura Diretiva e Corpo Técnico 995

Anexo V
Proposta de Parceria IGES e AMIB

SES
2341
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ANEXO I

Compromissos e Metas de Produção

Os compromissos de alcance e ou superação das metas de produção estabelecidas pela SESGO no Anexo XIII, abaixo colocado, estão contempladas em várias partes da presente Proposta de Trabalho, principalmente em no item 4.2 Aspectos Organizativos da Gestão Assistencial e no item 5.3 da Organização dos Serviços Assistenciais.

Durante os primeiros 30 dias de gestão no HUGO, o Instituto de Gestão em Saúde, IGES vai desenvolver as seguintes atividades:

Iniciará as atividades de verificação dos recursos humanos existentes e as necessidades. Se for necessário contratar: recrutamento, seleção, capacitação de pessoal. Iniciará também e implantação de Sistemas Gerenciais de Controle. O período será utilizado também para:

- Reconhecer a unidade e organização das áreas, com desenho dos fluxos internos;
- Reorientar os fluxos dos resíduos dos serviços, dos alimentos, das roupas hospitalares, com os procedimentos de higiene hospitalar;
- Proceder à organização de Protocolos, Regimentos Internos, Normas de Condutas e demais ferramentas de gestão;
- Promover a Instalação das Comissões Técnicas;
- Desenvolver as atividades estratégicas para dotar a unidade de Suprimentos, definindo os procedimentos de abastecimento de insumos básicos para a assistência hospitalar, observando as fases de: especificação, quantificação, aquisição, conferência, armazenamento e distribuição;
- Formalizar os Manuais de Procedimentos Administrativos para a Recepção, Faturamento, SAME, Manutenção, Logística, Compras, Contabilidade, Setor de Recursos Humanos e Biblioteca, entre outros;
- Desenvolver e ativar Manuais de Procedimentos Assistenciais para as áreas de Medicina, Enfermagem, de Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Rouparia, Bloco Operatório, Ambulatório, Internamento, Emergência, e outros;

SES 2342 958 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Desenvolver materiais para Capacitação dos Recursos Humanos. O material elaborado vai ser objeto de treinamento das equipes correspondentes;
- Programar a implantação e capacitação sobre Acolhimento com Classificação de Risco na emergência.

A Comissão de Qualidade será organizada e será uma assessoria para atividades de planejamento, programação, implantação e gestão de um Programa de Qualidade compatível com as necessidades da Instituição, com o objetivo de subsidiar o cumprimento de sua missão junto aos pacientes e a comunidade em geral.

Através da Unidade de Estatística Hospitalar que tem como finalidade a obtenção de dados de produção e utilização destes dados para elaboração das informações estatísticas da Instituição irá realizar:

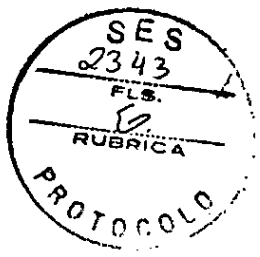
- Recebimento, conferência e resumo do censo diário;
- Recebimento, controle e resumo, diário e mensal, dos dados estatísticos de consultas ambulatoriais, pequenas cirurgias, atendimentos de emergência, serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalizações;
- Apresentação de boletins diários, mensais, trimestrais, semestrais e anuais do movimento dos pacientes registrados no HUGO;
- Elaboração das estatísticas do movimento dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutico, de morbimortalidade e das cirurgias realizadas, tanto em pacientes ambulatoriais como em internados.
- Elaboração, interpretação e preparação de gráficos do movimento estatístico.

O IGES vai trabalhar sistematicamente os **Indicadores de Qualidade.**

A utilização de indicadores expressa de maneira resumida os eventos de qualquer natureza que ocorrem em uma instituição e ou em uma área específica da mesma. Assim sendo, os indicadores são também instrumentos gerenciais utilizados para a identificação de "mudança de rumo" do planejamento, bem como para confrontar as metas estabelecidas, podendo assim, reverter às não conformidades técnico- administrativas.

O IGES apresentará periodicamente à SESGO todas as informações

estatísticas de serviços prestados no hospital, inclusive indicadores de análise gerencial para acompanhamento de cada unidade ou serviço.



Indicadores de Mortalidade

- Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar
- Taxa de Mortalidade Operatório
- Taxa de Mortalidade Hospitalar por Causa Específica

Indicadores de Qualidade:

- Taxa de Infecção Hospitalar
- Incidência de Infecções Hospitalares
- Taxa de Letalidade Hospitalar
- Taxa de Prevalência de Usuários em uso de Antimicrobianos

Indicadores de Produtividade:

- Média de Permanência de usuários
- Percentual de Ocupação
- Média de Usuários-Dia

Indicadores de Pessoal:

- Taxa de rotatividade
- Percentual de Absenteísmo

Indicadores Financeiros:

- Valor médio de internação

Procedência dos Usuários

Relatórios de Atendimentos Mensais:

- BPA/ Ambulatorial
- AIHs/ Internamento

A Política de Humanização a ser implantada no HUGO, seguirá o contido nas Orientações da Política Nacional de Humanização como já relatado na Proposta de Trabalho.

SES
2344
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

METAS

P.A.

Metas de Produção:

Em relação às Metas de Produção: O IGES pretende alcançar 10% de incremento nas metas estabelecidas pela Gestão Estadual, podendo repactuar as metas após a reorganização acima descrita.

UTI

Metas: Incrementos de 06 leitos de UTI Neurológica.

Implantar 10 leitos de UTI Neurológica.

Superar a meta estabelecida de 149 em 15%.

Traumatologia

Metas:

Superar a meta estabelecida de 621 em 10%.

Instalar 02 (três) leitos de estabilização- urgência clínica, com monitorização e ventilação mecânica. Será um leito para cada enfermaria.

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual.

Clinica Médica

Metas:

Superar a meta estabelecida de 270 em 15% otimizando os recursos disponíveis.

Instalar 03 (três) leitos de estabilização- urgência clínica, com monitorização e ventilação mecânica.

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no

SES
2345
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual.

Clinica Cirúrgica

Ampliar em 10 leitos a clinica cirúrgica, em até 14 meses, condicionado a incremento no custeio mensal e recursos para aquisição de equipamentos.

Superar a meta estabelecida de 342 em 15%.

Instalar 03 (três) leitos de estabilização- urgência clínica, com monitorização e ventilação mecânica.

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual.

Centro Cirúrgico

Existem atualmente 10 salas cirúrgicas no hospital e 07 funcionando adequadamente. As 03 salas citadas vão ser adequadas no primeiro bimestre da parceria.

Metas:

Otimizando o uso das salas cirúrgicas e utilizando as práticas da Modelagem e Simulação do Ambiente Cirúrgico o IGES propõe com os mesmos recursos hoje existentes incrementar a quantidade dos procedimentos em 10%.

Uso Racional de Antimicrobianos:

Indicador

Número de pacientes em que houve adesão ao protocolo / Número de pacientes elegíveis avaliados x 100.

962
2346
RUBRICA
PROTOCOLO

Ambulatório

Em relação às metas de produção: incremento de 10% nas metas estabelecidas pela Gestão Estadual.

SADT

Metas:

O IGES além de manter as atividades já existentes, com ganho em sua produção em até **15%** ao ano, sem aumento de custos, ainda pretende incrementar o Serviço de Colonoscopia e Ecodoppler Cardiograma.

Reafirmar a implantação e habilitação do serviço de Hemodinâmica Diagnostica e Terapêutica para atenção aos casos de Acidentes Vasculo-encefálicos e Síndromes Coronarianas Agudas.

Fortalecer e aperfeiçoar o Apoio Diagnóstico e Terapêutico próprio e renegociar os terceirizados e definir os horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

Serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a todos os pacientes atendidos, mas com Classificação da Prioridade da Urgência estabelecida: Pronto Atendimento, Internação e Ambulatório.

Serviço Psicologia

Metas:

Em relação às Metas de Produção: incrementar 10% dos atendimentos do Serviço de Psicologia sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

Serviço Social

Metas:

Em relação às Metas de Produção: incrementar 10% dos atendimentos do Serviço Social sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

Fisioterapia

Metas:

Em relação às Metas de Produção: incrementar 15% dos atendimentos do Serviço de Fisioterapia sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

963
SES
2347
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Fonoaudiologia

Metas:

Em relação às Metas de Produção: incrementar 15% dos atendimentos do Serviço de Fonoaudiologia sem aumentar recursos humanos ou financeiros.

Indicadores, Parâmetros e Estabelecimento de metas.

O **IGES**, nos primeiros 30 dias da parceria, vai estabelecer como meta, valores próximos dos parâmetros já apresentados pela SES GO no edital.

Justificativa

- Necessidade de verificar se os parâmetros estabelecidos estão consistentes.
- Necessidade de comparações de resultados.
- Necessidade de base para planos de melhoria.
- Taxa de Infecção Hospitalar: é a relação percentual entre o total de infecções ocorridas, sem relação com a causa que motivou a internação.

$$\text{Taxa: } \frac{\text{Total de Infecções no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$$

Parâmetro - Taxa de infecção Hospitalar = 9,30%

Meta: TIH: 6,0%

- **Taxa de Mortalidade Global:** é a relação global entre o total de óbitos na unidade durante um determinado período e o total de pacientes saídos (alta e óbitos) durante o mesmo período.

$$\text{Taxa: } \frac{\text{Total de óbitos ocorridos no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$$

Parâmetro - Taxa de mortalidade global = 4,72%

SES
2348
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Meta: TMG: 3,0%

- **Taxa de Ocupação Hospitalar:** é a relação percentual entre o total de pacientes-dia em determinado período e o total de leitos dia no mesmo período.

$$\text{Taxa: } \frac{\text{Total de pacientes / dia no período de 1 mês}}{\text{Total de leitos operacionais no período}} \times 100$$

Parâmetro - Taxa de ocupação hospitalar = 90,00%

Meta: TOH: 95,0%

- **Média de Permanência Hospitalar:** é a relaçz'ão entre o total de pacientes dias e a quantidade de internações realizadas em determinado período.

O cálculo de algumas estatísticas hospitalares, como a média de permanência, é afetado pela forma de tratamento das transferências internas no censo hospitalar. No caso da média de permanência para cada unidade hospitalar, para evitar a duplicação da internação ou a divisão da permanência do paciente, toda a permanência da internação deve ser atribuída à unidade da qual o paciente teve alta. Nessa situação, um grande viés é introduzido nas estatísticas de unidades que têm grande volume de pacientes transferidos, como é caso do CTI. Para essas unidades, as estatísticas devem ser feitas separadamente, incluindo todos os pacientes que passaram pela unidade.

Média de permanência

$$\text{Taxa: } \frac{\text{Total de pacientes / dia no período de 1 mês}}{\text{Total de pacientes saído no mesmo período}} \times 100$$

Parâmetro - Média de permanência no hospital

Observação	12 horas
Reanimação - Trauma	1 hora
Emergência Clínica	2 dias
Internação Clínica / Cirúrgia	3 dias
Traumatologia	3 dias
U T I	8 dias

965 SES 2349 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

- **Tempo médio de entrega de resultados de exames:** é a relação da data de solicitação do exame e a data de entrega do mesmo.

Tempo médio de entrega dos resultados dos exames

$$\text{Tempo:} \quad \frac{\text{Data da solicitação do exame}}{\text{Data de realização dos exames}} = < 24 \text{ hs}$$

Meta: menor que 24 horas.

- **Satisfação da clientela:** é a relação percentual entre a quantidade de avaliação entre bom e ótimo com o total de pessoas pesquisadas, mediante entrevista direta.

Índice de Satisfação da Clientela

$$\text{ISC:} \quad \frac{\text{Quantidade de avaliação entre bom e ótimo}}{\text{Total de pessoas pesquisadas}} \text{ x100} = > 80\%$$

Meta: Maior que 80%

- **Índice de Resultado Financeiro**

Índice de Resultado Financeiro

$$\text{IRF:} \quad \frac{\text{Receita total no período}}{\text{Despesas total no mesmo período}} = > 1$$

> 1 - Resultado positivo
< 1 - Resultado negativo
= 1 - Equilíbrio

Meta: Equilíbrio ou maior que 1.

- **Índice de Transparência Administrativa**

Índice de Transparência Administrativa

$$\text{ITA} = [\text{IRO} + (1\text{-IIA})/2] = > 70\%$$

IRO = Índice de resposta da Ouvidoria
IRO = Total das repostas enviadas pelas Ouvidorias / Total de demandas formuladas
IIA = Índice de regularidade Administrativa
IIA = Número de processos Administrativos Disciplinares abertos / Número total de servidores

966
SES
2350
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Meta: Maior que 70%

Sistemática de Aplicações de Ações Corretivas

Estabelecer procedimentos para implementar ações corretivas quando forem identificadas não conformidades, observando os seguintes aspectos:

A. **Análise de causas:** A definição da ação corretiva deve iniciar com a investigação para determinação da (s) causa (s) da não conformidade.

B. **Seleção e implementação de ações corretivas**: Identificar as ações corretivas potenciais e selecionar / implementar as ações que sejam mais prováveis para eliminar as causas e prevenir reincidência.

C. **Monitoramento das ações corretivas:** Monitorar os resultados das ações corretivas para garantir que as mesmas estão sendo eficazes.

D. **Auditorias adicionais:** Ocorrem quando as não conformidades e desvios demonstrem que o mesmo não está adequadamente estruturado ou em conformidade, providenciar auditoria nas atividades que estão sendo questionadas.

Ações Estratégicas

1. Elaborar normas para tratamento de não conformidades contendo:
   - formulários de registros de não conformidade;
   - fluxo das informações de não conformidades;
   - formulário para análise das causas e registro de ações corretivas;
   - níveis de competência para tomada de ação corretiva e/ou preventiva.
2. Conscientizar os trabalhadores da importância dos registros.
3. Adotar a Ação Preventiva:

É um processo proativo para identificação de oportunidades de melhoria e não uma reação à identificação de não conformidades, problemas ou reclamações.

O **HUGO** deve identificar melhorias necessárias e potenciais causas de não conformidades.

Sendo requeridas ações preventivas, elaborar plano de ação para implementá-las e monitorá-las, visando reduzir a probabilidade de ocorrência de não conformidades e aproveitar oportunidades de melhorias.

967
SES
2351
FLS.
RUBRICA

4. O Comitê de Qualidade exerce papel importante na análise, encaminhamento, acompanhamento e avaliação da eficácia das ações corretivas e preventivas.
5. O IGES assumindo o gerenciamento do HUGO conforme já referido iniciará o processo de Planejamento Estratégico e neste momento irá pactuar com a Gestão Estadual prazos para alcance das metas.

LEITOS CAPACIDADE INSTALADA LEITOS/DIA			
LEITOS	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS / DIA	METAS
Observação/ Suporte	32	960	1728
Reanimação Trauma	10	300	6480
Emergência Clinica	12	360	162
Internação - Clinica Medica	30	900	270
Internação - Clinica Cirúrgica	38	1140	342
Traumatologia	69	2070	621
UTI	44	149	1320

CAPACIDADE TOTAL DE CIRURGIAS POR ESPECIALIDADES	
LEITOS	CAPACIDADE INSTALADA
Bucomaxilofacial	90
Cirurgia Geral	240
Emergência Clinica	12
Ortopedia/Traumatologia	600
Neurocirurgia	90
Cirurgia Vascular	90

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	CAPACIDADE INSTALADA
Urgências / Emergências	4.500
Retornos de casos internados – Clínico e Cirúrgico	2.100

GERIR

968 SES 2352 Fls. 6 RUBRICA PROTOCOLO

SADT	QUANTIDADE
Eletrocardiografia	350
Analises Clinicas	38000
Radiologia Convencional	12000
Ultrassonografia	200
Agencia Transfusional	1200
Anatomia Patológica	100
Broncoscopia	100
Duplex Scan	60
Eco cardiografia	120
Gastrostomia Endoscópica	40
Colonoscopia	80
Esofagogastroduodenoscopia (EDA) Diagnostica Terapêutica	80

ATOS NAO MÉDICO	QUANTIDADE
Nutrição	84000
Psicologia	20000
Fisioterapia	4000
Serviço Social	5000
Enfermagem	22000
Odontologia	3600
Fonoaudióloga	900
Terapia Ocupacional	160

INDICADORES HOSPITALAR	
MEDIA DE PERMANÊNCIA	
Observação	12 horas
Reanimação Trauma	1 hora
Emergência Clinica	2 dias
Internação Clinica e Cirúrgica	3 dias
Traumatologia	3 dias
UTI	8 dias
Taxa de Ocupação Hospitalar	**90,00%**
Taxa de Infecção Hospitalar	**9,30%**
Taxa de Mortalidade Global	**4,72%**

SES
2353
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ANEXO II

Uma Proposta de Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão.

1. ESTRUTURAÇÃO

Introdução

Cada vez mais, é impossível pensar na operação de um hospital sem o uso disseminado da Informática como ferramenta de I3C (Informação, Inteligência, Integração e Controle). O hospital é uma das organizações mais complexas que existem, e o universo das informações que precisam ser gerenciadas é imenso, cobrindo desde as informações sobre os pacientes, até os aspectos administrativos propriamente ditos.

A informatização de um hospital não é uma tarefa fácil, portanto, principalmente quando o seu objetivo principal é integrar, através de computadores, todos os aspectos referentes às suas atividades-meio e às atividades-fim. Um dos aspectos fundamentais para o sucesso dessa operação é o estabelecimento de uma estrutura gerencial e operacional adequada, o Centro de Informática Hospitalar, idealizado de modo a se adequar ao organograma já existente no hospital, mas, ao mesmo tempo, buscando modernizá-lo com o objetivo de integrar a Informática da maneira mais completa e eficiente possível.

1.1. Objetivos e Níveis de Atuação

O Centro de Informática Hospitalar tem por objetivo principal prover toda a estrutura de recursos humanos, materiais e de serviços para a automação dos recursos de informação do hospital, incluindo-se a análise, desenvolvimento e implantação de novos sistemas, bem como o apoio e treinamento dos usuários.

A missão do CIH é cumprida basicamente em dois níveis de localização:

- **O processamento distribuído**, através de equipamentos descentralizados, de menor porte, colocados junto aos usuários finais (divisões, serviços, setores e seções). A seleção, instalação, análise, desenvolvimento, implantação, treinamento e suporte técnico aos sistemas distribuídos serão realizados por uma estrutura própria do CIH denominada Centro de Informações (CI);
- **O processamento centralizado**, através de um Centro de Processamento de Dados (CPD), com equipamento(s) de grande porte,

SES
2354
970 FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

colocado em uma estrutura central, e que se responsabiliza pela análise, desenvolvimento, implantação e suporte de sistemas globais do Hospital, bem como pela integração com os equipamentos e redes distribuídos.

Os sistemas distribuídos e centralizados podem ser integrados e interconectados de forma variável, progressiva, e em diversos níveis (microcomputadores, redes locais, aparelhos celulares, notebook, etc). Normalmente, o CIH é o responsável técnico pela execução e acompanhamento desta integração, e toma todas as medidas necessárias para a normatização de hardware e software.

1.2. Os Níveis de Aplicação

O CIH implementa as suas ações em quatro níveis de aplicação:

- **Apoio à administração**, no que se refere a todos os sistemas puramente administrativos e financeiros do hospital, tais como controle de materiais, controle de pessoal, contabilidade e controles financeiros, faturamento, etc.;
- **Apoio à assistência**, no que se referem a todos os sistemas clínicos, envolvidos nas atividades assistenciais, tais como: arquivo médico, controle de infecções hospitalares, anatomia patológica, laboratório clínico, UTI, centro cirúrgico, exames especializados, radiologia, banco de sangue, banco de órgãos, anestesia, setores de medicina especializada, etc. Através dessas aplicações, a Informática se faz presente nos ambulatórios, enfermarias, setores de procedimentos especializados, etc.;
- **Apoio à pesquisa**, no que se refere aos sistemas de aquisição e processamento de dados para fins de pesquisa pelos integrantes do corpo docente e clínico lotados no hospital, em estreita integração com os sistemas de apoio à assistência e ensino;
- **Apoio ao ensino**, no que se refere aos sistemas especializados de exploração dos recursos de informação disponíveis no CIH para suporte às atividades de ensino e treinamento realizado pelo corpo docente lotado no hospital, residência médica, treinamento de pessoal, etc.;

971
SES
2355
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Da mesma forma que nos níveis de localização, os níveis de aplicação podem ser integrados e interconectados de forma variável e progressiva, sob a orientação e responsabilidade do CIH.

1.3. Níveis de Desenvolvimento

O CIH atua basicamente em seis frentes de atividades de desenvolvimento tecnológico no contexto hospitalar:

- **Planejamento:** o CIH deve contar com um corpo de profissionais responsáveis pelo planejamento a médio e longo prazo das atividades e estruturas de automação do hospital, incluindo: planejamento estratégico, planejamento financeiro, análise de organização e métodos (O&M), metodologia de seleção de hardware e software e integração corporativa. Assim, atua em estreita colaboração e em consonância com as decisões da diretoria geral, conselho deliberativo e conselho de usuários, e é responsável pela elaboração detalhada e revisão periódica do chamado Plano Diretor de Informática (PDI) do hospital. O tamanho desse grupo depende, evidentemente, do tamanho e complexidade do hospital, podendo, em alguns casos, ser contratado como prestação de serviços por firmas especializadas, pelo menos na primeira elaboração do PDI.
- **Administração de dados**: os conceitos mais modernos de gerência de recursos de informação em uma empresa recomendam a criação de uma gerência de administração de dados, que é a responsável pela definição e manutenção de integridade dos bancos de dados, implementação e manutenção de dicionários de dados, integração e transportabilidade de informações.
- **Análise e desenvolvimento**: é a estrutura responsável pela análise de necessidades dos usuários, bem como pela especificação, análise, desenvolvimento, teste, implementação, operação e manutenção de sistemas próprios de processamento, tanto a nível distribuído quanto centralizado.
- **Suporte técnico:** é o grupo responsável em manter funcionando de forma correta e adequada o hardware (equipamentos e sua interconexão) e o software (programas adquiridos ou desenvolvidos); bem como a

SES
2356
Fls
RUBRICA
PROTOCOLO

manutenção da documentação e a prestação de serviços de atendimento ao usuário.

- **Operação:** o grupo responsável pelas atividades de operação de rotina dos diversos aspectos que compõe a atuação do CIH, tais como: operação de equipamentos centralizados, fitoteca, discoteca e biblioteca, monitorização da operação de redes locais e externas, digitação centralizada.
- **Treinamento dos usuários**: atividade responsável pela aculturação da comunidade de usuários dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos pelo CIH, e treinamento quanto à operação do hardware, do software, regras de padronização e de controle da qualidade de informação.

1.4. Organização Interna do CIH.

Devido ao fato de tangenciar praticamente todas as atividades do hospital, o CIH deve ser constituído como uma divisão administrativa, vinculada, portanto, diretamente ao seu Superintendente. Em sua forma mais completa, seu organograma conta com as seguintes subdivisões:

1.4.1. Estrutura Diretiva

A estrutura diretiva conta com dois órgãos colegiados: o Conselho Deliberativo e o Conselho de Usuários, e com um órgão executivo: a Diretoria Geral, assessorada por uma Secretaria Executiva e de Planejamento.

O Conselho Deliberativo é o responsável pela elaboração de políticas gerais do CIH, bem como pelo acompanhamento e fiscalização das ações implementadas, e dos assuntos orçamentários e patrimoniais. Suas ações tem caráter deliberativo e são executadas pela Diretoria Geral. Conta com representantes dos grandes setores do hospital (Superintendência, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Conselho Hospitalar, Faculdades eventualmente ligadas ao hospital, etc., bem como do Conselho de Usuários e da Diretoria do CIH).

O Conselho de Usuários tem caracter apenas consultivo, e é composto por um representante de cada serviço administrativo e clínico do hospital, e que são também responsáveis, individualmente, pelo contato e representação de seus setores junto ao CIH. Este Conselho é muito importante para a missão do CIH e sua continuidade, uma vez que são seus representantes que vão definir as necessidades dos usuários dos sistemas, e direcionar suas prioridades.

A Secretaria Executiva e de Planejamento abrange os recursos humanos e

SES
9732357
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

materiais necessários ao assessoramento e execução das atividades da Diretoria e dos dois Conselhos.

Em nível de serviços, o CIH conta com as duas grandes estruturas já referidas acima, ou seja, o Centro de Informações e o Centro de Processamento de Dados, e que são responsáveis, respectivamente, pelas atividades de processamento distribuído e centralizado do hospital.

1.4.2. O Centro de Informações

O CI deve contar com um corpo próprio de profissionais para dar atendimento à distribuição de processamento junto aos usuários, na forma de equipamentos de menor porte, abrangendo os seguintes setores:

- Treinamento ao usuário, e que centraliza todas as atividades do CIH nesta área (cursos gerais, cursos de operação de hardware e software);
- Apoio aos sistemas administrativos descentralizados;
- Apoio aos sistemas assistenciais e clínicos descentralizados;
- Apoio às atividades de pesquisa implementadas em sistemas distribuídos;
- Apoio às atividades de ensino.

As atividades do CI incluem a seleção e aquisição de softwares comerciais, a sua distribuição, manutenção e treinamento para os diversos setores de usuários, bem como a especificação de padrões de hardware, software e operações visando à integração entre os sistemas locais e centrais.

1.5. O Centro de Processamento de Dados

Esta estrutura tem as características mais clássicas de um CPD de médio ou grande porte, responsável pelos sistemas globais e integrativos de automação do hospital, tais como: sistemas administrativos de grande porte (pessoal, materiais, finanças, etc.), sistemas clínicos de grande porte (SAME, agendamento, internação, etc.) e sistemas integrados de informação hospitalar.

O CPD conta com os seguintes serviços, cujas atribuições foram detalhadas acima:

- **Administração de dados**. Conta com dois setores: Gerência de Bancos de Dados (divididos em sistemas administrativos e clínicos), e

SES
2358
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Organização e Métodos (O&M).

- **Análise e desenvolvimento**. Pode ser eventualmente dividida em seções responsáveis por sistemas distintos (administrativos, clínicos, etc.).
- **Suporte Técnico**. Tem setores distintos de: Suporte de Hardware, Suporte de Software (eventualmente dividido em Software Básico e Software Aplicativo), e Assistência ao Usuário de sistemas centralizados.
- **Operação**. Tem setores distintos de Operação Centralizada, Digitação, Gerência de Recursos (fitas, discos, biblioteca de manuais) e Teleprocessamento.

Organograma de um Centro de Informática Hospitalar

PROTOCOLO
SES
2359
FLS.
RUBRICA

Instituto de Gestão em Saúde
Av. C 255 s/n Q 588 L4/8 Sala 1005 74290-290 Goiânia GO Fone 55 62 3095-2793 www.gerir.org.br

SES
2360
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2. IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMAS DE GESTÃO

Introdução

"A Saúde é uma das áreas onde há maior necessidade de informação para a tomada de decisões". A Informática Médica é o campo científico que lida com recursos, dispositivos e métodos para otimizar o armazenamento, recuperação e gerenciamento de informações biomédicas. O crescimento da Informática Médica como uma disciplina, deve-se, em grande parte aos avanços nas tecnologias de computação e comunicação, à crescente convicção de que o conhecimento médico e as informações sobre os pacientes são ingerenciáveis por métodos tradicionais baseados em papel, e devido à certeza de que os processos de acesso

ao conhecimento e tomada de decisão desempenham papel central na Medicina moderna.".

(http://www.thenewmedicine.med.br/sobre.htm).

Um Sistema de Informação deve armazenar, organizar e disponibilizar informações a todos aqueles que possam utilizá-la para melhorar a atividade institucional.

Um Sistema de Gestão Hospitalar deve, em princípio, otimizar a gestão da informação e, por conseqüência, a gestão organizacional dos processos de administração, atenção e assistência, além de possibilitar a integração com sistemas de informação externos ligados à rede de saúde. Essa integração deve atender as necessidades informacionais e aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, quando aplicada à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuir, de modo consistente e ágil, para o conhecimento da realidade sobre a saúde ou doença da população usuária destes estabelecimentos de alta complexidade.

A utilização de processos manuais, com registros em papel, de forma ostensiva em quase todos os estabelecimentos hospitalares, atingiu o seu esgotamento. Como conseqüência observa-se a ausência de espaço de armazenamento dos prontuários médicos em papel em quase todos os estabelecimentos de saúde, a desorganização progressiva dos sistemas de informação, e a dificuldade de obtenção das informações de saúde dos indivíduos. Esta sobrecarga elevou sobremaneira o número de extravios dos prontuários e diminuiu consideravelmente a qualidade das informações armazenadas. Dentre as conseqüências graves estão o retrabalho, o desperdício de recursos humanos e materiais na assistência à saúde e os erros induzidos pela ausência da informação.

SES
2361
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Assim, a indisponibilidade da informação induz à obtenção repetidas vezes das mesmas informações, incluindo exames complementares de alta complexidade, que são refeitos desnecessariamente, e aumentando o risco ao paciente no estabelecimento de novas terapêuticas.

Continuamente, são geradas informações sobre pacientes e suas condições de saúde, por exemplo, históricos, sintomas, exames, diagnósticos, tratamentos. O acesso a tais informações pelo profissional de saúde implica diretamente na melhoria do atendimento clínico.

Falta de informações resultam em diagnósticos imprecisos e interações medicamentosas.

O co-relacionamento de informações pode fornecer indicadores e tendências que auxiliam o diagnóstico e tratamento. Com a informação sistematizada há redução de custos como eliminação do papel, agilidade nos processos, reutilização da informação e aumento geral da qualidade do atendimento.

Com este cenário estabelecido, as demais mudanças e crescimento dos serviços oferecidos pelo hospital, ficou visível a necessidade de informatização de todos os processos e serviços, agilizando, assim, o acesso às informações e auxiliando nas tomadas de decisões.

Entendem-se como principais fatores de importância e relevância para a implantação deste projeto:

- Utilizar um Sistema de Gestão como ferramenta de apoio a tomadas de decisões e qualidade na gestão de políticas públicas;

- Agilidade e eficiência nos serviços prestados a clientes internos e externos, devido ao fato de se ter a informação centralizada, integrada e sistematizada;

- Utilização de recursos tecnológicos (equipamentos) que auxiliem nos processos, agilizando e influenciando na qualidade do atendimento direto à população.

Assim então, decidiu-se pela implantação no Hospital de um Sistema de Gestão Hospitalar totalmente integrado, pelas razões acima descritas.

O momento que estamos vivenciando é de mudanças e crescimento. Para isso, é de suma importância que a ferramenta de sistematização das informações que auxiliam nas tomadas de decisões seja eficiente e possa acompanhar essa expansão, a fim de racionalizar os recursos e garantir maior eficiência e

SES
2362
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

qualidade na assistência à saúde da população, assim como sua gestão.

- Alcançar a excelência na gestão dos recursos através da implementação do Sistema de Gestão Hospitalar.

- Trazer economia de recursos financeiros significativos para o Estado de Mato Goiás, além de melhor prover o gestor de um sistema para planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos necessários ao bom atendimento do cidadão;

- Melhor atender os usuários de sistema SUS, com o foco em resolutividade, economicidade e gestão;

- Automatizar as tarefas rotineiras vinculadas ao uso do Prontuário do Paciente;

- Oferecer ao gestor dos hospitais um sistema de informações integrado de apoio à gestão;

- Iniciar a construção de uma base de dados clínicos dos cidadãos-usuários do SUS, com todas as informações de saúde da população atendida, possibilitando a construção de relatórios, indicadores e outros conjuntos de informações;

- Agilizar e otimizar o processamento do faturamento;

- Controlar de forma mais eficiente à assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos;

- Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, podendo gerar relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos;

- Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

0363
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Pré – Requisitos para SGH – Sistema de Gestão Hospitalar:

Cadastros Gerais

O módulo de CADASTROS GERAIS concentra os itens de cadastramento de todos os módulos do ERP que são acessíveis a mais de um módulo. - Editor de textos para desenhar os documentos expedidos na recepção; - Elaboração de etiquetas de código de barras para pacientes; - Permissão de acesso customizado por usuário e perfil; - Cadastros de convênio com regras de cobrança definidas por plano.

Agendamento

O módulo de AGENDAMENTO permite o gerenciamento de todos os tipos de agendas. Além disto, permite o trabalho independente, por setor, ou a utilização numa central de agendamento.

- Agendamento de consultas, exames e pequenas cirurgias;
- Geração de agenda para longos períodos;
- Determinação de cotas de agendamento por municípios, especialidades e convênios.
- Visualização da agenda do médico completa com possibilidade de bloqueio, remarcação e encaixe;

Atendimento

Destina-se ao atendimento dos pacientes, desde a reserva de leitos, controle de visitas, até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

- Atendimento a pacientes internados, ambulatoriais e pacientes externos;
- Cadastro único de pacientes acessível a outras unidades da rede de saúde;
- Ferramentas para impossibilitar duplicidades de pacientes;
- Configurações de entrada de dados diferentes para o SUS, Convênios e particulares;
- Geração de mapas e discos de CIH106, SAH, CIH, etc;
- Configuração de campos obrigatórios por convênio.

SES
2364
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

SAME

No módulo de controle do SAME (Serviço de análise, métricas e estatísticas) é permitido fazer todo o acompanhamento do prontuário do paciente, registrando-se os empréstimos e saídas de prontuários do setor de arquivo, e também processar todos os relatórios estatísticos e indicadores do hospital. Neste módulo também é possível controlar todas as campanhas de vacinação, definindo as agendas de vacinas de um determinado paciente.

- Controle estatístico dos movimentos de atendimento hospitalar.

Consultório

- Atendimento de pacientes agendados;
- Impressão de fichas nos consultórios;
- Receituário.

CCIH

O módulo de CCIH foi desenvolvido para auxiliar na gestão de aplicações das rotinas de controle de infecção hospitalar. Tem como maior diferencial a forte integração com os outros módulos do sistema hospitalar, reduzindo digitação e erros e, portanto, antecipando a tomada de decisões da comissão de infecção. Integram-se ao módulo de Internações Hospitalares, de onde busca, além dos dados do paciente e da internação, todos os indicadores hospitalares mensais como pacientes-dia, média de permanência e transferências internas de setor e serviços;

- Integra-se aos módulos de Prescrição Eletrônica e Farmácia, de onde importa os consumos de antimicrobianos dessas internações;
- Integra-se ao módulo de Centro Cirúrgico/Obstétrico, de onde importa todos os detalhes sobre as cirurgias realizadas nessas internações;
- Integra-se ao módulo de Laboratório de Análises Clínicas, de onde importa os resultados dos antibiogramas e culturas;
- Permite que o próprio usuário do módulo CCIH, registre essas informações sem importar dos outros módulos ou então corrija e/ou complemente aquilo que foi importado;
- Disponibilizam, em vários relatórios e gráficos, as taxas de infecção e outros

SES 2365 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

indicadores apurados, compatíveis com os padrões NNISS para as topografias cirúrgicas, UTIs e berçários de alto risco.

Prescrição Eletrônica (PEP)

A PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA é uma das funcionalidades do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Colocamos esta em evidência, pois é a partir dela que se dá o início do tratamento, liberando para outros módulos as atividades que necessitam ser realizadas.

- Prescrição eletrônica de Curta e Longa permanência;
- Prescrição de exames, dietas, SADT, Procedimentos e Mat/Med;
- Requisições Eletrônicas de consumo interno e Subestoques;
- Fichas de Anamnese e evoluções.

SADT

Este módulo permite o gerenciamento dos serviços de exames. O gerenciamento ocorre desde o agendamento até a emissão dos resultados e seu faturamento.

- Laboratório;
- Ressonância;
- Mamografia;
- Endoscopia;
- Diagnóstico por Imagem (Raio X);
- Anexa imagens no formato Dicom e Jpg com seus respectivos laudos.

Centro Cirúrgico

Destina-se à gestão do fluxo de atendimento, desde a agenda até atendimento da farmácia, além de compreender todas as informações clínicas do paciente complementando as informações do prontuário eletrônico.

- Agenda e reserva de salas cirúrgicas de acordo com o tipo de cirurgia.

Banco de Sangue

Permite o controle de doadores e beneficiários que utilizarão o serviço de transfusão de sangue.

SES
2366
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Controle de bolsas;
- Triagem de doadores;
- Requisições de bolsas por centro de custo;
- Doadores aptos e inaptos de acordo os critérios de seleção.

Estoque

A gestão de materiais é facilitada por meio das ferramentas de controle e administração de estoques disponíveis no sistema, especialmente o processo de ressuprimento automático que controla os níveis de estoque, minimizando o investimento no mesmo.

- Controle de estoque dos centros de estocagem e dos centros de custo;
- Ferramentas p/ gerenciar as necessidades de compra e emissão automática de pedidos;
- Livro de medicamentos controlados;
- Fracionamento e dose unitária;
- Controle de validade por lote;
- Códigos de barras;
- Interligação com os catálogos de preços eletrônicos Brasíndice, Simpro e Unitex;
- Interligação total com os módulos de Faturamento, Prescrição Eletrônica e Financeiro. Compras

O processo de compras é beneficiado tanto com a utilização do ressuprimento automático quanto com as regras de aprovação eletrônica que agilizam e garantem segurança ao trabalho, além de permitir ao hospital disponibilizar aos fornecedores a realização das cotações via Internet.

- Solicitações de Compras;
- Cotações com importação de preços via e-mail do fornecedor;

2367
RUBRICA
PROTOCOLO

- Exportação de planilhas, cotações e pedidos por e-mail;
- Cálculo automático do menor preço com geração automática de pedidos;
- Integração com sistemas de pregão eletrônico.

Patrimônio

O módulo de PATRIMÔNIO trabalha integrado com o módulo de ESTOQUE. Todas as notas de entrada de bens de patrimônio podem ser incorporadas no sistema patrimonial sem que haja redigitação do item. Nesse módulo podemos visualizar todo o controle dos bens imobilizados do hospital, catalogando-os com etiquetas geradas pelo próprio sistema, definindo sua localização e indentificando-os com foto.

- Controle de entrada de bens imobilizados;
- Registros de ocorrências;
- Calculo de depreciação de acordo com critérios do cliente.

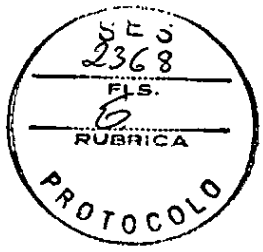
Manutenção

O módulo de MANUTENÇÃO trabalha integrado com o módulo de PATRIMÔNIO e todos os cadastros estarão visíveis à Manutenção. Neste módulo é possível realizar todo o acompanhamento de Ordem de Serviços, Contratos com Terceiros, Equipes de Manutenção, Ferramentas, Programação de Manutenções Preventivas, Ficha técnica dos Equipamentos e etc.

Faturas

Controla todos os produtos e serviços oferecidos pela unidade hospitalar, bem como as regras de faturamento/cobertura, de acordo com o praticado por cada convênio. À medida que ocorre o consumo do paciente nos diversos setores do hospital, o destino da cobrança e o preço de cada item consumido são automaticamente identificados. De acordo com o destino da cobrança, os itens irão compor a conta corrente do paciente ou do convênio, conforme o caso. Para cada fatura emitida, é associada uma data de vencimento, obtendo-se um controle das contas a receber por paciente e por convênio. As faturas, agrupadas em remessas, são acompanhadas no que se refere aos prazos e valores recebidos e a receber de cada convênio.

- Faturas por convênio, por período e etc;



- Layout de espelhos de conta configurados pelo cliente;

Custo Paciente

A competitividade existente entre as empresas ligadas à área de saúde está diretamente relacionada com a capacidade de prover melhores serviços, com maior rentabilidade e menor custo. Sendo assim, o conhecimento dos custos é uma importante ferramenta de apoio à gestão hospitalar. Atentos a este contexto, desenvolvemos dois módulos (CUSTO PACIENTE e CUSTO HOSPITALAR) que fazem a apuração dos custos na instituição.

- Calcula, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da conta do paciente, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados;

- Permite incluir no custo das contas, diárias e taxas que obedecerão a um cadastro de cobrança com condições de acordo com a internação e atendimento do paciente;

- O sistema emite diversos relatórios de custos, tais como o custo por procedimento, setor, clínica, etc, e inclusive um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH para os pacientes do SUS e no sistema de faturamento de convênios para pacientes de convênios e particulares.

Glosas e Repasses

Esse módulo é responsável pela análise e gerenciamento dos pagamentos de convênios, permitindo a identificação das glosas e o acompanhamento das negociações destas. Além disso, possibilita que, por meio da criação de regras feitas pelo próprio usuário no sistema, sejam gerenciados os repasses aos médicos e serviços terceirizados, com base na produção ou no recebimento, evitando pagamentos duplos ou incorretos.

- Controle de glosas por fatura, procedimento e conta;

- Integração das glosas apresentadas com os relatórios de repasse médico;

- Recurso de glosas com justificativas;

- Integração com o sistema Financeiro para efetuar o pagamento dos médicos.

SES
2369
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

AIH/SUS

Todos os módulos referentes ao SUS atendem às exigências da secretaria de saúde para o faturamento de pacientes internados, recebem os procedimentos lançados em seus setores de origem e geram integração com o sistema do DATASUS, e permitem o gerenciamento do retorno dos processos e o repasse dos valores faturados.

- Faturamento de AIH integrado com as recepções e SADT em interface amigável e multiusuário;

- Geração de arquivo eletrônico para o sistema do governo;

- Processa e concentra todos os procedimentos lançados em conta de acordo com as permissões avaliadas periodicamente baseado no diário oficial garantindo confiabilidade e segurança na geração de arquivo eletrônico para o governo;

- Gerenciamento de permanência Maior automática na conta;

- Controle da gratuidade, teto financeiro e SADT.

BPA/SUS

- Faturamento Ambulatorial do SUS;

- Transferência automática para o sistema do governo.

APAC/SUS

- Faturamento de procedimentos de alta complexidade.

Financeiro

Nesse módulo as informações são disponibilizadas automaticamente e em tempo real, de acordo com o fluxo de trabalho definido pela Organização. As operações e os processos são definidos pelos usuários e então parametrizados. Todos os processos da empresa são automatizados, gerando maior ganho de produtividade, redução de custos e absoluto controle sobre todas as operações.

- Controle das movimentações bancárias e movimentações do caixa do hospital e seus respectivos saldos;

- Controle de todas as contas a pagar e receber por fornecedor, por período e

2370
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

por grupo financeiro;

- Controle das aplicações financeiras e seus resgates. Tudo integrado ao ESTOQUE (contas a pagar) e ao FATURAMENTO (contas a receber);
- Controle orçamentário por centro de custo e tipos de despesas/receitas;
- Controle de pagamentos feitos com cartão de crédito/débito;
- Controle completo dos cheques emitidos/recebidos;
- Cálculo automático dos impostos devidos;
- Emissão de borderô, ordem de pagamentos / recebimentos;
- Controle financeiro por filiais (Multi-empresa).

Custo Hospitalar

- Custo unitário, custo por centro de custo, custo das diárias etc;
- Apuração dos custos pelo Sistema de custeio por absorção, apresentando o relatório final dos custos diretos e indiretos por centros de custos e relatórios comparativos.

Prontuário Eletrônico

Reúne, em apenas um módulo, o máximo de informações sobre a movimentação dos pacientes pelos diversos setores do hospital. Com este programa é possível verificar todas as internações e FAA's vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções: exames de raios-x, laboratório, endoscopia, ultrassonografia e anátomo, agendamento de cirurgias, materiais e medicamentos lançados para a internação ou FAA dos pacientes. Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, internações, consumos e imagens.

Gerador de Relatórios

Fornecendo uma base de mais de 2.000 relatórios, o módulo ainda permite aos clientes a customização e criação de relatórios específicos de acordo com as necessidades da organização.

SES
2371
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Gerar relatórios integrado com todos os módulos;
- Permite acesso ao banco de dados completo;
- Gera indicadores relacionados com outros módulos com possibilidades de formatação, quebras, ordenação e etc.

Exportação

- Exporta informações em layout texto.

Importação

- Importa informações em layout texto.

Ferramentas WEB

Conjunto de ferramentas versáteis para Web reunidas em um único site, com o objetivo de oferecer aos nossos clientes rapidez, segurança e mobilidade. Elas são:

Business Intelligence: Ferramenta gerencial no formato gráfico que combina indicadores hospitalares a estatísticas de desempenho do hospital na web.

Exames via Web: Os resultados e laudos de exames são disponibilizados automaticamente na Web. Basta o paciente acessar o Hospital Online e imprimir seus resultados. Totalmente integrado ao modulo de SADT, este gera uma senha de acesso no atendimento do paciente com as instruções de retirada no período definido por cada Hospital. Essa ferramenta garante comodidade para seus pacientes e uma economia significativa na impressão dos resultados.

Prontuário Eletrônico Web: Toda a história clínica do paciente em um mesmo módulo web, desde Atendimentos, Exames, Prescrições, até Internações e Consumos. Esse módulo garante a democratização das informações médicas de determinado paciente com todo o corpo clinico de um Hospital de forma rápida e segura.

SES
2372
FLS.
RUBRICA

Agendamento Web: O módulo de agendamento Web possui as mesmas funcionalidades do módulo de agendamento para desktop, porém com toda a mobilidade oferecida pela a Web. Com essa ferramenta, unidades de saúde passam a poder agendar (com limite imposto por cotas) exames, consultas e pequenas cirurgias em um Hospital Central. Permite também que o médico consulte sua agenda e faça bloqueios de qualquer lugar.

Atendimento Web: Destina-se ao atendimento dos pacientes em postos de saúde isolados e ou UBS por meio da utilização da internet. Possibilita o cadastro do paciente, reserva de leitos, controle de visitas até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

Projeção de Infra- Estrutura:

Para implantação do sistema são necessárias as seguintes configurações de equipamentos:

RECOMENDAÇÕES MÍNIMAS PARA O SERVIDOR DE BANCO DE DADOS
Processador Intel Core 2 Quad Q8400
HD 250 GB (Preferência SCSI/SAS 15K)
4 GB Memória RAM
Placa Mãe - OFF-BOARD (INTEL, MSI, ASUS)
2 Placas de Rede (1000/100 mbps)
Leitor de DVD
Nobreak
OBS: Preferência de compra de servidores de marca como HP, IBM ou DELL

HARDWARE MÍNIMO PARA ESTAÇÕES DE TRABALHO
Processador: Dual Core - 2.7Ghz
MEMÓRIA 1 GB RAM recomendável
HD 250 GB
MONITOR SVGA
SISTEMA OPERACIONAL: Windows XP / Windows 2000

Para implantação do Sistema de gestão Hospitalar no Hospital serão necessários:

SES
2373
FLS.
59
RUBRICA
PROTOCOLO

Recursos Humanos necessários:

PARQUE DE MAQUINAS	RECURSOS DISPONÍVEIS
Até 50 Computadores	1 Técnico em Informática
Entre 51 e 100 Computadores	1 Técnico em Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
Entre 101 e 180 Computadores	2 Técnicos em Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
a partir de 181 Computadores	2 Técnicos em Informática 2 Analistas de Sistemas (Formação Superior)

Conectividade e estrutura de dados necessários

Necessário que o hospital tenha um link dedicado de internet mínimo de 4 Mb de tráfego, com IP Fixo para manutenções e suporte técnico.

Considerações Finais

É importante notar que a estrutura proposta é apenas um alvo a ser atingido em médio prazo, não havendo a necessidade, inicialmente, de se implementar todos os níveis previstos. Isto é feito gradativamente, à medida que o CIH for aumentando suas atribuições. Além disso, o tamanho de cada serviço ou setor do CIH sofre necessariamente uma variação, de acordo com a etapa em que se encontrar a implementação do CIH.

Devem ser previstas as seguintes etapas para implantação completa do CIH:

- **Planejamento**: inicialmente o CIH tem um setor grande de planejamento e de O&M, que é o responsável por uma análise completa e detalhada do funcionamento do hospital, em todos os níveis, e pela elaboração técnica de um PDI (Plano Diretor de Informática), necessário para um horizonte de 5 anos de automação dos recursos de informação.
- **Implantação do CI e do CPD**: com a especificação de máquinas a serem adquiridas para colocação distribuída, uma estrutura mínima de CI pode ser imediatamente implantada, e iniciar as atividades de aculturação e de suporte a sistemas simplificados baseados em micros. Da mesma forma, uma estrutura mínima de CPD, baseada nos equipamentos centrais da entidade mantenedora, se esta existir (por

SES
2374
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

exemplo, a universidade, a fundação, a secretaria de governo, etc.) pode ser implantada, utilizando linhas remotas, e dando seguimento ao desenvolvimento dos sistemas globais de maior urgência.

- **Implantação intermediária**: ocorre com a aquisição de equipamento próprio de grande porte, migração dos sistemas desenvolvidos para o mesmo, e desenvolvimento de novos sistemas globais. Ao mesmo tempo, é reforçada e ampliada a estrutura do CI.
- **Integração global**: ocorre quando houver condições técnicas para conexão dos sistemas distribuidos ao sistema central, e desenvolvimento de um software de integração e interface com o usuário.

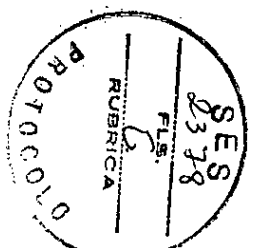
Muitos fatores condicionam o sucesso do processo de informatização de um hospital. Evidentemente, o porte do hospital condiciona, e muito, a extensão, duração e custo final de todas as etapas acima referidas.

SES
2375
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

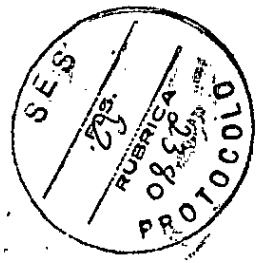
DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Categoria	Quantidade	Carga Horária Semanal	Salário	Área de Trabalho
Medico Diarista	4	30 horas	6.940,00	P.A.
Aux. de Serv. maqueiro	8	40 horas	650,00	P.A.
Medico Plantonista	10	24 horas	4.100,00	P.A.
Aux. Adm. Secretaria	8	40 horas	840,00	P.A.
Técnico de Enfermagem	66	30 horas	1.180,00	P.A.
Enfermeiro	14	30 horas	2.600,00	P.A.
Cirg.Dent. Buco maxilofacial	4	30 horas	5.000,00	P.A.
Médico Plantonista	7	24 horas	4.100,00	Ambulatório de Ortopedia
Técnico de Enfermagem	6	30 horas	1.180,00	Ambulatório de Ortopedia
Técnico de Enfermagem	4	30 horas	1.180,00	Sala de Vacina
Medico Intensivista	2	24 horas	6.940,00	UTI Neurológica
Medico Plantonista	8	24 horas	4.100,00	UTI Neurológica
Aux. Adm. Secretaria	6	40 horas	840,00	UTI Neurológica
Técnico de Enfermagem	32	30 horas	1.180,00	UTI Neurológica
Médico Diarista	6	30 horas	6.940,00	UTI Neurológica
Enfermeiro	6	30 horas	2.600,00	UTI Neurológica
Médico Diarista	6	30 horas	6.940,00	UTI
Medico Intensivista	6	24 horas	6.940,00	UTI
Aux. de Serv. Maqueiro	8	40 horas	650,00	UTI
Medico Plantonista	16	24 horas	4.100,00	UTI
Aux. Adm. Secretaria	8	40 horas	840,00	UTI
Técnico de Enfermagem	70	30 horas	1.180,00	UTI
Enfermeiro	12	30 horas	2.600,00	UTI
Fisioterapeuta	6	30 horas	2.100,00	UTI
Fonoaudiólogo	2	30 horas	2.100,00	UTI
Aux. Adm. Secretaria	4	40 horas	840,00	Centro Cirúrgico
Técnico de Enfermagem	44	30 horas	1.180,00	Centro Cirúrgico
Enfermeiro	6	30 horas	2.600,00	Centro Cirúrgico
Técnico de Enfermagem	8	30 horas	1.180,00	RPA
Biomédico	2	30 horas	2.100,00	Agencia Transfusional
Técnico de Enfermagem	8	30 horas	1.180,00	Agencia Transfusional
Biomédico	5	30 horas	2.100,00	Laboratório
Técnico de Laboratório	16	30 horas	1.180,00	Laboratório
Farmacêutico	10	30 horas	2.100,00	Farmácia
Auxiliar de Farmácia	12	30 horas	1.180,00	Farmácia
Auxiliar de Administrativo	6	40 horas	840,00	Farmácia
Auxiliar de Serviço	10	40 horas	650,00	Farmácia
Técnico de Enfermagem	60	30 horas	1.180,00	Traumatologia/Ortopedia
Enfermeiro	10	30 horas	2.600,00	Traumatologia/Ortopedia
Fisioterapeuta	18	30 horas	2.100,00	Traumatologia/Ortopedia
Fonoaudiólogo	7	30 horas	2.100,00	Traumatologia/Ortopedia
Psicólogo	6	30 horas	2.100,00	Traumatologia/Ortopedia
Médico Diarista	8	30 horas	6.940,00	Traumatologia/Ortopedia
Médico Plantonista	4	24 horas	4.100,00	Traumatologia/Ortopedia
Cirg.Dent. Buco maxilofacial	4	30 horas	5.000,00	Traumatologia/Ortopedia
Auxiliar Administrativo	4	40 horas	840,00	Traumatologia/Ortopedia
Auxiliar de Serviços	2	40 horas	840,00	Traumatologia/Ortopedia
Enfermeiro	6	30 horas	2.600,00	Clinica Cirúrgica
Técnico de Enfermagem	32	30 horas	1.180,00	Clinica Cirúrgica
Medico Diarista	10	30 horas	6.940,00	Clinica Cirúrgica
Medico Plantonista	2	24 horas	4.100,00	Clinica Cirúrgica
Fisioterapeuta	6	30 horas	2.100,00	Clinica Cirúrgica
Fonoaudiólogo	2	30 horas	2.100,00	Clinica Cirúrgica
Auxiliar Administrativo	4	40 horas	840,00	Clinica Cirúrgica
Auxiliar de Serviços	2	40 horas	840,00	Clinica Cirúrgica
Enfermeiro	6	30 horas	2.600,00	Clinica Medica
Técnico de Enfermagem	32	30 horas	1.180,00	Clinica Medica
Medico Diarista	6	30 horas	6.940,00	Clinica Medica
Medico Plantonista	2	24 horas	4.100,00	Clinica Medica
Auxiliar Administrativo	4	40 horas	840,00	Clinica Medica
Auxiliar de Serviços	2	40 horas	840,00	Clinica Medica

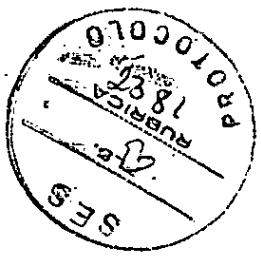
3.7 Outras Despesas com Materiais Diversos	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
4. Seguros / Impostos / Taxas	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
4.1 Seguros (Imóveis e Automóveis)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5. Gerais	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**
5.1 Telefonia	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
5.2 Água	50.650,00	50.650,00	50.650,00	50.650,00	50.650,00	50.650,00	50.650,00
5.3 Energia Elétrica	35.800,00	35.800,00	35.800,00	35.800,00	35.800,00	35.800,00	35.800,00
5.4 Outras Despesas Gerais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6. Depreciação	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
7. Prestação de Serviços Terceiros	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**
7.1 Assistênciais	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*
7.1.1 Pessoa Jurídica	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00
7.1.2 Pessoa Física	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.1.3 Cooperativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.2 Administrativos	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*
7.2.1 Pessoa Jurídica	900.497,48	900.497,48	900.497,48	900.497,48	900.497,48	900.497,48	900.497,48
7.2.2 Pessoa Física	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.2.3 Cooperativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral das Despesas	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***
Déficit / Superávit	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
8. Investimentos	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**
8.1 Equipamentos	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00
8.2 Móveis e Utensílios	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00
8.3 Obras e Construções	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00
8.4 Veículos	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Total Geral	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***



3.7 Outras Despesas com Materiais Diversos	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	30.000,00
4. Seguros / Impostos / Taxas	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
4.1 Seguros (Imóveis e Automóveis)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5. Gerais	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**	**96.450,00**	**1.157.400,00**
5.1 Telefonia	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	120.000,00
5.2 Água	50.650,00	50.650,00	50.650,00	50.650,00	50.650,00	607.800,00
5.3 Energia Elétrica	35.800,00	35.800,00	35.800,00	35.800,00	35.800,00	429.600,00
5.4 Outras Despesas Gerais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6. Depreciação	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
7. Prestação de Serviços Terceiros	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**2.482.077,48**	**29.784.929,76**
7.1 Assistênciais	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*1.581.580,00*	*18.978.960,00*
7.1.1 Pessoa Jurídica	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00	1.581.580,00	18.978.960,00
7.1.2 Pessoa Física	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.1.3 Cooperativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.2 Administrativos	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*	*900.497,48*	*10.805.969,76*
7.2.1 Pessoa Jurídica	900.497,48	900.497,48	900.497,48	900.497,48	900.497,48	10.805.969,76
7.2.2 Pessoa Física	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7.2.3 Cooperativa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral das Despesas	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***7.209.080,00***	***86.508.960,00***
Déficit / Superávit	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
8. Investimentos	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**	**655.000,00**	**7.860.000,00**
8.1 Equipamentos	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	3.600.000,00
8.2 Móveis e Utensílios	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	1.800.000,00
8.3 Obras e Construções	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	2.400.000,00
8.4 Veículos	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
Total Geral	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***94.368.960,00***



GERIR



ANEXO IV

Estrutura Diretiva e Corpo Tecnico

1. Cargo: Diretor Geral

Nome: Luiz Antônio Zanine	CPF: 060.202.591-53

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Medicina
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)
Período: 1967 a 1972

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Infectologista
Instituição: Associação médica brasileira
Período: Julho de 2006
Carga Horaria

Curso: Parasitologia
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)
Período: Julho 1982
Carga Horária

Curso: Hepatite Transfusional
Instituição: FDA
Período: Julho a dezembro de 1992
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou:
Período:
Cargos ocupados, funções exercidas:
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações:

Instituição onde trabalhou:
Período
Cargos ocupados, funções exercidas:
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações:

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos):
Experiência profissional na Administração Publica (anos):

Planilha de Custos / Despesas Mensais

Receitas e Despesas Operacionais						
Descritivo	**Mês 8**	**Mês 9**	**Mês 10**	**Mês 11**	**Mês 12**	**Total Anual**
Receitas Operacionais						
Repasse Contrato de Gestão / Convênio	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00	94.368.960,00
Repasse Programas Especiais / Eventuais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total (1)	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**94.368.960,00**
SUS / Ambulatório	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**
Resultado de Aplicação Financeira	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
Obtenção de Recursos Externos à SES	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
"Receitas Extras"	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
Total (3)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Total Geral das Receitas (1) + (2) + (3)	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***94.368.960,00***
Despesas Operacionais						
1. Pessoal	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**42.215.430,24**
1.1 Ordenados	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00	23.347.872,00
1.2 Encargos Sociais	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57	15.965.274,87
1.3 Provisões (13° Salário + Férias)	216.356,95	216.356,95	216.356,95	216.356,95	216.356,95	2.596.283,37
1.4 Benefícios	25.500,00	25.500,00	25.500,00	25.500,00	25.500,00	306.000,00
1.5 Outras Formas de Contratação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2. Material / Medicamentos	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**12.000.000,00**
2.1 Material Médico Hospitalar	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	4.200.000,00
2.2 Medicamentos	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	700.000,00
3. Materiais Diversos	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**	**1.351.200,00**
3.1 Materiais de Higenização	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.2 Material / Gêneros Alimentícios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.3 Materiais de Expediente	24.300,00	24.300,00	24.300,00	24.300,00	24.300,00	291.600,00
3.4 Combustíveis	5.300,00	5.300,00	5.300,00	5.300,00	5.300,00	63.600,00
3.5 GLP	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	936.000,00
3.6 Materiais de Manutenção	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	30.000,00

SES - PROTOCOLO

SES
2376
Fls.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Técnico de Radiologia	16	30 horas	1.350,00	Imagem
Técnico de Enfermagem	12	30 horas	1.180,00	Imagem
Medico Radiologista	5	30 horas	6.940,00	Imagem
Auxiliar Administrativo	6	40 horas	840,00	Imagem
Psicólogo	10	30 horas	2.100,00	Equipe de Apoio
Assistente Social	10	30 horas	2.100,00	Equipe de Apoio
Fonoaudiólogo	1	30 horas	2.100,00	Equipe de Apoio
Nutricionista	6	30 horas	2.100,00	Equipe de Apoio
Diretor de Departamento	1	40 horas	7.500,00	Departamento Medico
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Clinica Medica
Chefias de seção	3	40 horas	5.000,00	Clinica Medica
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Ambulatório
Chefias de seção	1	40 horas	5.000,00	Ambulatório
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Clinica Cirúrgica
Chefias de seção	3	40 horas	5.000,00	Clinica Cirúrgica
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Urgência e Emergência
Chefias de seção	3	40 horas	5.000,00	Urgência e Emergência
Diretor de Divisão SADT	1	40 horas	6.000,00	SADT
Chefias de seção SADT	7	40 horas	5.000,00	SADT
Diretor de Divisão AF	1	40 horas	6.000,00	Assistência Farmacêutica
Chefias de seção AF	2	40 horas	5.000,00	Assistência Farmacêutica
Diretor de Divisão SAME	1	40 horas	6.000,00	SAME
Chefias de seção SAME	2	40 horas	5.000,00	SAME
Diretor de Departamento	1	40 horas	7.500,00	Departamento de Enfermagem
Chefias de seção	7	40 horas	5.000,00	Departamento de Enfermagem
Diretor Técnico de Saúde	1	40 horas	10.000,00	Área de Saúde
Diretor Administrativo e Financeiro	1	40 horas	10.000,00	Área Administrativa e Financeira
Diretor de Departamento	1	40 horas	7.500,00	Área Administrativa
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Área Material e Patrimônio
Chefias de seção	2	40 horas	5.000,00	Área Material e Patrimônio
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Área Logística
Chefias de seção	5	40 horas	5.000,00	Área Logística
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Área RH
Chefias de seção	2	40 horas	5.000,00	Área RH
Diretor de Departamento	1	40 horas	7.500,00	Área Financeira
Diretor de Divisão	1	40 horas	6.000,00	Gestão de Custos/Finanças
Chefias de seção	3	40 horas	5.000,00	Área Financeira
Diretor Superintendente Geral	1	40 horas	12.000,00	Superintendência
Chefias de seção	3	40 horas	5.000,00	Superintendência
Chefe de setor	1	40 horas	3.200,00	Superintendência
Auxiliar Administrativo	6	40 horas	840,00	SAME
Auxiliar Administrativo	6	40 horas	840,00	Faturamento
Enfermeiro	4	30 horas	2.600,00	Faturamento
Analista de Contratos	2	40 horas	1.620,00	Gestão de Custos/Finanças
Auxiliar Administrativo I	6	40 horas	1.620,00	Área Administrativa e Financeira
Contador	1	40 horas	3.700,00	Área Administrativa e Financeira
Analista de TI	6	40 horas	1.626,00	Área Administrativa e Financeira
Administrativo de Necrotério	4	40 horas	1.200,00	Área Administrativa
Segurança	24	40 horas	1.200,00	Área Administrativa
Técnico de Segurança do Trabalho	2	40 horas	1.620,00	Área Administrativa
TOTAL DE FUNCIONARIOS: 884			**SALARIO TOTAL: 1.945.656,00**	

Planilha de Custos / Despesas Mensais

Receitas e Despesas Operacionais							
Descritivo	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**	**Mês 5**	**Mês 6**	**Mês 7**
Receitas Operacionais							
Repasse Contrato de Gestão / Convênio	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00	7.864.080,00
Repasse Programas Especiais / Eventuais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total (1)	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**	**7.864.080,00**
SUS / Ambulatório	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**
Resultado de Aplicação Financeira	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
Obtenção de Recursos Externos à SES	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
"Receitas Extras"	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
Total (3)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Total Geral das Receitas (1) + (2) + (3)	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***	***7.864.080,00***
Despesas Operacionais							
1. Pessoal	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**	**3.517.952,52**
1.1 Ordenados	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00	1.945.656,00
1.2 Encargos Sociais	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57	1.330.439,57
1.3 Provisões (13° Salário + Férias)	216.356,95	216.356,95	216.356,95	216.356,95	216.356,95	216.356,95	216.356,95
1.4 Benefícios	25.500,00	25.500,00	25.500,00	25.500,00	25.500,00	25.500,00	25.500,00
1.5 Outras Formas de Contratação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2. Material / Medicamentos	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**	**1.000.000,00**
2.1 Material Médico Hospitalar	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00	350.000,00
2.2 Medicamentos	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00
3. Materiais Diversos	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**	**112.600,00**
3.1 Materiais de Higenização	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.2 Material / Gêneros Alimentícios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.3 Materiais de Expediente	24.300,00	24.300,00	24.300,00	24.300,00	24.300,00	24.300,00	24.300,00
3.4 Combustíveis	5.300,00	5.300,00	5.300,00	5.300,00	5.300,00	5.300,00	5.300,00
3.5 GLP	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00
3.6 Materiais de Manutenção	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00

RUBRICA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Em nome do Governo da República Federativa do Brasil e por força dos poderes que a lei me confere, eu Farnese Dias Maciel Neto, Reitor da Universidade Federal de Goiás, faço saber que Luiz Antonio Zanini filho de Juvenal Adalberto Zanini e de Nelly Ferreira Zanini, nascido em 3 de junho de 1948 em Anapolis Estado de Goiás concluiu o curso de graduação de Medicina aos 28 dias de dezembro do ano letivo de 1972

E para que goze de todos os direitos e prerrogativas da lei, mandei passar o presente diploma que vai devidamente assinado.

Goiânia, 27 de junho de 1973

REITOR

1.º SUB-REITOR

SECRETÁRIO GERAL DE CURSOS

DIPLOMADO

DIPLOMA

SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SEGURANÇA PÚBLICA

REGISTRO GERAL

PROTOCOLO

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Autenticação de cópia autenticada. Certifico que a presente fotocópia confere com o documento apresentado. (ART. 646 CAN-CGJ-GO).

Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

SELO DE AUTENTICIDADE

DBSC125807

APOSTILA

O portador do presente DIPLOMA, Sr.
LUIS ANTONIO ZAHUI
recebeu o grau em sessão solene
realizada a 28 de dezembro de 1972
Secretário de Cursos

Secretaria Geral de Cursos – U.F.Go.
Diploma Registrado no Livro 1 – ME
Nº 0022 Fls. 006
Goiânia, 29 / junho / 1973
Secção de Documentação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REITORIA
Diploma registrado sob nº 376
No Livro 2 - M Pág. 63 - V
Processo 1331/72 S.G.E.
Em 3 de julho de 1973
REITOR

REGISTRADO POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS UNIVERSITÁRIOS

— CONFERE —
Em 12 / julho / 1973
DIRETORIA DO D.E.E.E. DEC/UFG

CARTÓRIO
Cândido de Oliveira
5º OFÍCIO
Dr. João Cândido de Oliveira
TABELIÃO
Dr. Jovenny S. Cândido de Oliveira
TAB. SUBSTITUTO
GOIÂNIA — GOIÁS

Certifico, para os devidos efeitos, que, a presente fotocópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado. (Dec. Lei-A 2148 de 05 de dezembro de 1940).
Goiânia, 06 / 12

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE
DIVISÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL
Registrado à pág. 482 do livro 26 sob n. 1410/73
São Paulo, 15 de agosto de 1973
Chefe da Seção de Registro de Títulos
Diretor da Divisão

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS – CREMEGO
Registrado sob nº 1.726
Às fls. 076 do livro nº 03
Em 14 de JANEIRO de 1975
Presidente
Secretário

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-4664

Autenticação de cópia autenticada. Certifico que a presente fotocópia confere com o documento apresentado. (ART. 646 CAN-CGJ-GO).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

AUTENTICAÇÃO
0895C125808

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás de acordo com as Resoluções CFM nº 1666/2003 e 1763/2005, certifica que registrou no livro nº 016 sob nº5594 a qualificação do médico

LUIZ ANTONIO ZANINI

CRM nº 1726

na especialidade de

INFECTOLOGIA

Com validade em todo Território Nacional.

Goiânia, 10 de outubro de 2005

DR. ILIAM CARDOSO DOS SANTOS
Presidente

DR. ADRIANO ALFREDO BROCOS AUAD
Primeiro Secretário

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

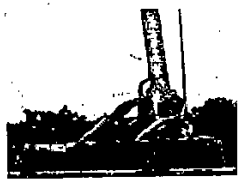
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

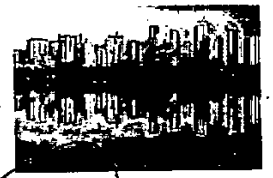
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO 0895125845

Regional Goiás

CONGRESSO DE CLÍNICA MÉDICA DO ESTADO DE GOIÁS

16 a 18 de Outubro / 2008
Castro's Park Hotel - Goiânia - Goiás





Certificado

6º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6661

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Tabeliã Substituto

Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895C125836

Certificamos que

Luiz Antônio Zanini

participou do **XI Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás,** que foi realizado no período de 16 a 18 de outubro de 2008 no Castro's Park Hotel em Goiânia - Goiás, na qualidade de **Palestrante** da **Painel: Síndromes Infecciosas Agudas,** com o tema: **Celulite.**

Goiânia, 17 de outubro de 2008

REALIZAÇÃO:

Dr. Gilson Cassem Ramos
Presidente do Evento

Dr. Celmo Celeno Porto
Presidente da SBCM - Regional Goiás

PATROCÍNIO:
BIOLAB CÁRDIO

SES PROTOCOLO 23885 Fls 6 RUBRICA

Associação Médica Brasileira

Filiada à Associação Médica Mundial

Rua São Carlos do Pinhal, 324 • Bela Vista • Cep: 01333-903 • São Paulo • SP
Tel.: (11) 3178-6800 • Fax: (11) 3178-6830 • www.amb.org.br

São Paulo, 06 de Julho de 2006.

Ilmo (a). Sr (a).
Dr. (a). Luiz Antonio Zanini

Prezado(a) Colega:

A Associação Médica Brasileira em parceria com as Sociedades Brasileiras de Especialidade tem a honra de lhe conferir este Título de Especialista, documento de reconhecimento e valorização da formação que alcançou na atividade médica.

Consciente da credibilidade que este Título confere ao profissional da medicina, a AMB esmerou-se em agilizar seu processo de distribuição. Além disso, testemunhas do rigor com que os concursos são aplicados e da correção com que os títulos são concedidos, estamos remetendo o diploma com selo de segurança inviolável e referendado pela assinatura do Presidente e do Secretário Geral da Associação Médica Brasileira, ambas com firma devidamente reconhecida.

Atenciosamente,

Dr. Edmund Chada Baracat
Secretário Geral

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6666

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895G125832

CERTIFICADO

Certificamos que **Luiz Antônio Zanini**

participou do **14º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA**, na qualidade de Moderador da Miniconferência **Tuberculose e outras micobactérias**.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6668

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895C125828

Belo Horizonte, 30 de Novembro de 2005.

Prof. Antônio Carlos Castro Toledo Jr.
Presidente 14º Congresso Brasileiro de Infectologia

Dr. João Silva de Mendonça
Presidente SBI

Prof. Dirceu B. Greco
Presidente Comissão Científica

14º
Congresso Brasileiro de Infectologia
Belo Horizonte - MG

Minascentro - 26 a 30 de novembro/2005

SBI Sociedade Brasileira de Infectologia 25 anos

SOCIEDADE MINEIRA DE INFECTOLOGIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Pró-Reitoria de Extensão

CERTIFICADO

N.º 14555, REGISTRADO EM LIVRO PRÓPRIO DE N.º 25, FOLHA 026

Certificamos que LUIZ ANTÔNIO ZANINI

dentro do PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, participou do Seminário sobre "Medicamentos Essenciais"

realizado pela Faculdade de Medicina e Faculdade de Farmácia da UFG

no período de 16 a 18/06/83, correspondente a -14- horas de trabalho.

Goiânia, 21 de outubro de 19 83

PARTICIPANTE

PROF. PAULO MARCELINO
Pró-Reitor de Extensão / UFG

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Américo Peixoto do Liberio, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6666

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

AUTENTICAÇÃO 0975G12581?

PROGRAMA:

- Passado, Presente e Futuro da Produção de Medicamentos Essenciais no Brasil.
- Aspectos Sócio-econômicos e Políticos da Produção e do Consumo de Medicamentos no Brasil.
- Medicamentos Essenciais
- O Uso de Medicamentos Essenciais no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFG.

COORDENADOR: Prof. José Abel Alcanfor Ximenes

PRO-REITORIA DE EXTENSÃO-UFG
Reg. 14555
Folhas 026
Livro 25
Em 11 de Novembro de 1983
Secretário Executivo

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-0656
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895C125818

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA SAÚDE
Organização de Saúde do Estado de Goiás
Coordenação de Recursos Humanos

CERTIFICADO

Conferido a Dr. LUIZ ANTÔNIO ZANINI

por haver participado como CONFERENCISTA

do ENCONTRO COM OS SUPERVISORES DOS ESCRITÓRIOS REGIONAIS

no período de 04 / 11 / 83 a 05 / 11 / 83, com carga horária de: 4 horas

Goiânia, 07 de novembro de 19 83

Secretário da Saúde

Superintendente da OSEGO

Coordenação de Recursos Humanos

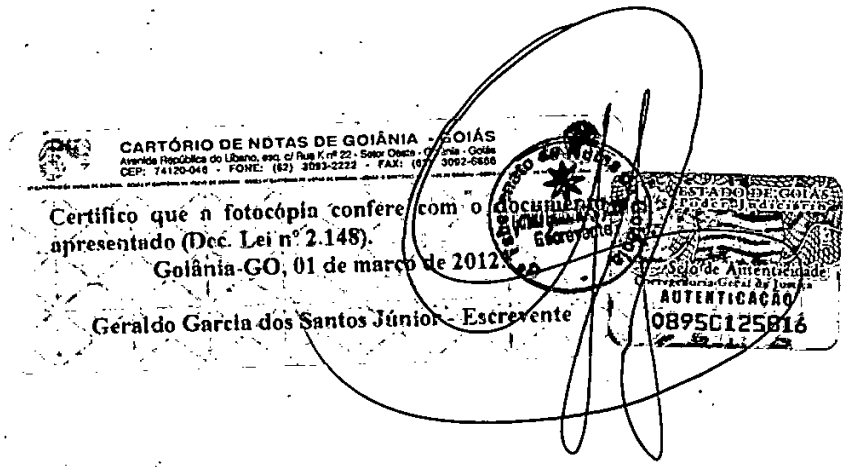
CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148)
Goiânia-GO 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Gráfica de Goiás - CCRNE

T E M A :

. NOÇÕES GERAIS DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO

. REGRAS GERAIS DE SUPERVISÃO EM SÁÚDE PÚBLICA.



OSEGO
COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
REGISTRO DE CERTIFICADOS
Livro nº 01 nº 204
Fl.: 39 Resp.:

Ministério da Educação e do Desporto

Universidade Federal de Goiás

Faculdade de Medicina
Núcleo de Apoio Pedagógico

CERTIFICADO

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás certifica que O Dr. LUIS ANTÔNIO ZANINI participou do(a) CURSO: SÁBADO ACADÊMICO NEUROLÓGICO realizado (a) pela Faculdade de Medicina da UFG no período 06/05/95 a 12/8/95, com duração de 24 horas, na qualidade de Professor do tema: MENINGITES, conforme registro no verso.

Goiânia, 18 de setembro de 1995.

Coordenador do Curso | Diretor da Faculdade de Medicina da UFG | Coordenadora do NAP/FM/UFG | Secretária da FM/UFG

Izildinha A. da Silva Jorge

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - GO
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3093-9466

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
AUTENTICAÇÃO 0895C125871
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

SES 2390 FLS 6 RUBRICA PROTOCOLO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Faculdade de Medicina
Goiânia — Goiás

Proc. nº 2631

Fls. 112

Goiânia, 19 de setembro de 1995

(SECRETÁRIO)

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6686

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral de Justiça
AUTENTICAÇÃO
0895C125872



Certificado

XII Congresso da Associação Médica de Goiás

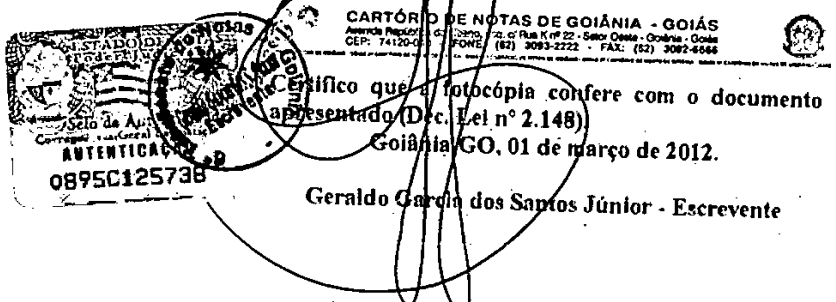
III Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás

XII ECAM - Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina

23 a 27 de OUTUBRO/2000 - CENTRO DE CULTURA E CONVENÇÕES DE GOIÂNIA



A Comissão Organizadora do Congresso do Milênio certifica que o *Dr. Luiz Antônio Zanini*, participou na qualidade de Palestrante do Curso Pré-Congresso: Antibioticoterapia, com o tema: Quinolonas.

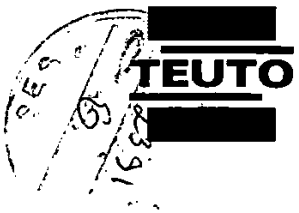


Goiânia, 27 de outubro de 2000.

Aristóteles de Castros Barros
Presidente do Congresso

Dr. Nabyh Salum
Presidente de Honra

Dr. Luiz Rassi
Presidente da Comissão Científica



Luiz Antonio Zanini[2]

1392

POST-TRANSFUSIONAL HEPATITIS: NATURAL HISTORY AND EVOLUTION*/

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6868

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Fed. nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Gerardo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral de Justiça
AUTENTICAÇÃO
0895C125726

S E P A R A T A
D A
Rev. Pat. Trop., 21(2):265-267, jul./dez. 1992

Rev. Pat. Trop., 21(2):265-267, jul./dez.-1992.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Tabelionato de Notas de Goiânia
Escrevente

POST-TRANSFUSIONAL HEPATITIS: NATURAL HISTORY AND EVOLUTION*[1]

*Luiz Antonio Zanini***[2]

Medicine evolves, like many other sciences, in surges of discovery, breaking through periods of relative stagnation. Some of our questions find definite answers in new knowledge. Others, however, are but far from solved, and the tentative brings with it more puzzle, the source of profounder enigmas.

The knowledge about post-transfusional hepatitis follows a similar course. Since the description by Lurman, in 1885, of a surge of "catarrhal jaundice" that infected almost two hundred shipyard workers in Bremen, Germany, by a smallpox vaccine made of human linfblood, that parenteral transmission was suspected. However it was only in the 1940's, when a viral etiology for hepatitis was almost certain, that the first reports on blood transmission appeared. At this time it was demonstrated, by work with human volunteers, the existence of two types of viral hepatitis. One was called "catarrhal" or epidemic jaundice or hepatitis A, already described by Hippocrates; another was described as serum hepatitis or homologous serum hepatitis (hepatitis B). There were marked distinctions between them: Hepatitis A had a short incubation period, oral-fecal route, food-handler related, appearing in outbreaks; the second had a long incubation period, and was transmitted by parenteral inoculation.

---

* Palestra proferida em 13/10/90 na JORNADA DE HEMATOLOGIA DO CENTRO-OESTE E ENCONTRO DOS EX-ESTAGIÁRIOS DO SERVIÇO DO PROF. JAMRA.

** Prof. do Depto. de Medicina Tropical do Instituto de Patologia Tropical da Universidade Federal de Goiás.

PROTOCOLO 2393 PUBLICA

In 1955 laboratory tests were developed that detected enzime levels, making possible the diagnosis of hepatitis with or without jaundice. This allowed also for a better understanding of the pathophysiology of the disease.

A period of few added knowledge ensued, until 1963 when Blumberg discovered an antigenic molecule in the blood of a native of Australia (Australia antigen - AgAu). At first erroneously related to leukemia and Down syndrome, it was in 1966 considered definitely related to hepatitis B virus. A year later, Krugman and cols confirmed previous studies, showing that Hepatitis A and B viruses were diverse, from the immunological point of view.

From the 1970's on, serologic tests were introduced that allowed the certain diagnosis of Hepatitis A and B. The prospect that the problem of post-transfusional hepatitis was solved, gave way to the frustating discovery that another type of transfusional hepatitis existed: even after selection of blood donors by HBV serum marker, a third type of hepatitis could occur, that was called, by exclusion (and by the absence of serum markers) non A, non B Hepatitis. Since then, studies from many countries allowed some general conclusions:

a) Clinically, non A, non B Hepatitis is somewhat similar to Hepatitis B, but incubation period is shorter, signs and simptons are less florid, and there is a low incidence of jaundice. Time of incubation is usually 7 to 8 weeks, and there is a fluctuating pattern in the aminotransferase levels - episodic rises alternating with periods of normality, not seen in other types of viral hepatitis.

b) Post-transfusional hepatitis is seen in 7 to 10% of receptors, when given by volunteer donors, and in 17 to 35% when originated from paid donors.

c) Since the introduction of the Hepatitis B surface antigen (HBsAg) for the selection of donors, the incidence of non A, non B Hepatitis in receptors is of 90 to 95%, and the incidence of Hepatitis B is 5 to 10% (relative).

d) The risk of post-transfusional hepatitis is 3 to 7% for one blood unit and 10 to 12% for more than one.

e) The great majority (3/4) of people with non A, non B Hepatitis are assymptomatic, even when in chronicity.

f) Chronic hepatitis occurs in 50% of the cases of non A, non B transfusional hepatitis, and in 10% after hepatitis B.

g) Structural changes associated with cirrhosis are seen in 20% of patients with non A, non B chronic hepatitis, and in 1% of all patients having acute post-transfusional hepatitis, after 10 years from the acute phase.

This knowledge and the possibility that, like in Hepatitis B, non A, non B chronic hepatitis could be related to hepatocelular carcinoma, gave rise to studies in the search of tests to detect potential carriers of non A non B Hepatitis among

blood donors. Many reports demonstrated the valour of exclusion of donors among those who had elevated serum levels of ALT or were positive for HBc antibody. Much debate was held on the question of the sensibility, predictive value and the ethics of applying those tests to donors. The inclusion of the tests was favoured hy many laboratories in most parts of the world.

The report of the identification of the virus implicated in non A non B Hepatitis (or at least one of them) appears in 1989, and it is called Hepatitis C virus. Radioimunoassay and ELISA methods to detect the correspondent antibodies were then developed. It was soon discovered, however, that this antibody appears usually 15 weeks after the hepatitis, (limits of 4/32 weeks), with the implication that the test may not identify all infected donors. FDA alerts that the selection for anti-HCV may not lower the ammount of virus, but may substantially decrease the concentration of antibodies, in the production of blood derivatives.

The failure of anti-HCV to safely identify infected donors stimulated the investigation of the virus RNA, using experimentally infected chimpanzees. A positive correlation was seen between the presence of HCV-RNA and infectiveness of blood samples, and it was shown that infected patients could remain positive for as long as 9 years.

As could be seen in this brief historic review, the knowledge about the natural history of post-transfusional hepatitis shows a sequence of enigma solutions, followed in sequence by bigger and profounder ones. Blumberg searched in the greek mithology a comparison for this "Deadalus" effect of the viral hepatitis.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Art. 1 Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
AUTENTICADO
0895C12528

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA - 1989 - Regional Goiás

IX CONGRESSO DE CLÍNICA MÉDICA DO ESTADO DE GOIÁS

19 a 21 de Outubro / 2006
Centro de Convenções de Goiânia - Goiás

Certificado

Certificamos que

Luiz Antônio Zanini

participou do ***IX Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás,*** que foi realizado no período de 19 a 21 de outubro de 2006 no Centro de Convenções em Goiânia - Goiás, na qualidade de **Palestrante** da **Mesa Redonda: Doenças Infecciosas – As Viroses na Prática Médica .**

Goiânia, 20 de outubro de 2006.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148). Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Tabeliã Substituta Circe dos Santos Júnior - Escrevente
AUTENTICAÇÃO 0895C125852

REALIZAÇÃO:

Dr. Francisco Geraldo Sarti de Carvalho
Presidente do Congresso

Dr. Celmo Celeno Porto
Presidente da SBCM - Regional Goiás

PATROCÍNIO:
BIOLAB CÁRDIO

XV CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS
XVIII ECAM - ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA
V ENCONTRO DAS LIGAS ACADÊMICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
V FÓRUM INTEGRADO DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DE SAÚDE

28 a 30 de setembro de 2006
Centro de Convenções de Goiânia - Goiás

Realização

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS

CENTRO ACADÊMICO 21 DE ABRIL MEDICINA UFG

Apoio

UFG

Patrocínio

FÉRTILE
DIAGNÓSTICOS

Fone: (62) 3242-1931
www.fertile.com.br

Certificado

Certificamos que,

Luiz Antônio Zanini

Participou do *XV CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS E XVIII ECAM – ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA*, realizado no Centro de Convenções de Goiânia - Goiás, nos dia 28 a 30 de setembro de 2006, na qualidade de Conferencista *com o tema:* Febre de Origem Obscura.

6º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6566

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895C125856

Goiânia, 30 de setembro de 2006.

Waldemar Naves do Amaral
Presidente da AMG

Klaus Andrade Severo
Presidente do ECAM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

Universidade Federal de Goiás

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL

CERTIFICADO

O Diretor do Instituto de Patologia Tropical da Universidade Federal de Goiás, Doutor Profa. MARGARIDA DOBLER KOMMA, certifica, de conformidade com as normas em vigor, que o Sr. Dr. LUIZ ANTONIO ZANINI, participou ~~como~~ DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PARASITOLOGIA - 1982, PROFERINDO CONFERÊNCIA ' SOBRE O TEMA: "TOXOPLASMOSE - CORRELAÇÃO CLÍNICO - SOROLÓGICA".

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 092-6566

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Goiânia, 07 de julho de 19 82

Nilita Machado Lage
CHEFE DO DEPTº EM EXERCÍCIO

Margarida Dobler Komma
DIRETORA INTERINA DO IPT.

Maria Alves Queiroz dos Santos
COORDENADORA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

Academia Brasileira de Neurologia

OES 2398 RUBRICA PROTOCOLO

NEUROINFECÇÃO-92

Centro de Convenções Rebouças
São Paulo, 13 e 14 de março de 1992

CERTIFICADO

Certificamos que LUIZ ANTONIO ZANINI

participou do Simpósio **NEUROINFECÇÃO-92.**

São Paulo, 14 de março de 1992.

José Paulo S. Nóbrega
GT Moléstias Infecciosas ABN

José Antonio Livramento
GT Líquido Cefalorraqueano ABN

A. Spina-França Netto
GP Neurologia Tropical WFN

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
AUTENTICAÇÃO 0895CT25864

8 congresso brasileiro de

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - SBED

certificado

366

Certificamos que

LUIS ANTÔNIO ZANINI

participou do **8º Congresso Brasileiro de Dor** realizado no período de 15 a 18 de outubro de 2008, no Centro de Convenções de Goiânia, Goiás.

Carga Horária: 24h

6º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3093-6466

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

AUTENTICAÇÃO 0895125841

Goiânia, 18 de outubro de 2008

Onofre Alves Neto
Presidente do 8º CBDor

João Batista Santos Garcia
Diretor Científico do 8º CBDor

Realização

Apoio

sbed 25 anos 2008 ANO DO JUBILEU DE PRATA DA SBED

Luiz Antonio Zanini

CURRICULUM VITAE

Goiania

2012

CURRICULUM VITAE

Fevereiro, 2012

1 DADOS PESSOAIS

Nome: Luiz Antonio Zanini

Nascimento: 03/06/1948, Anápolis/GO - Brasil

CPF: 06020259153 CREMEGO: 1726

RG: 7366149 SSP-SP

2 FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO

1981 – 1982 Mestrado em Medicina Tropical.

Instituto de Patologia Tropical e Saude Publica, IPTSP UFGO, Goiás, Brasil.

Titulo: Tratamento da Toxoplasmose Aguda Linfonodal: Avaliação de cinco Esquemas Terapeuticos incluindo Placebo. Ano de obtenção: 1983.

Orientador: João Silva de Mendonça.

1975-1975 Especialização em Medicina Tropical. (Carga horária: 360h)

Instituto de Patologia Tropical e Saude Publica, IPTSP UFGO, Goiás, Brasil.

1973 – 1974 Especialização - Residência médica.

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, HSPE IAMSPE, São Paulo, Brasil.

Residência médica em: Doenças Transmissiveis (Infectologia).

Número do registro: DHCC/CCE REGISTRO N° 100 -5.

1967- 1972 Graduação em Medicina.

Faculdade de Medicina da Unive sidade Fedeçal de Qoi s, ACMED, Goiás, Brasil.

2006 – 2006 Obtençao do Titulo de Especialista em infectologia atraves de Concurso Publico pela Associao Medica Brasileira.

3 ATUAÇAO PR FISSIONAL

Universidade Federal de Goiás - UFG

Vínculo institucional

1975- 2003 Vinculo: Servidor público, Enquadramento funcional: Professor Adjunto, Carga horária: 40.

Atividades

8/2000 - 3/2004

Cargos ou funções

1. Coordenador do comite de Etica em Pesquisa do Hospital das Clinicas.

1/1 990- 1/1991

Cargos ou funções

1. Membro da Comissão de Residência Medica da Faculdade dc Medicina da UFG.

1/1980 - 12/1981

Cargos ou funções

1. Representante dos Professores Assistentes na comissão Permanente do Pessoal Docente.

Instituto de Patologia Tropical e Saude Publica - IPTSP UFGO

Vínculo institucional

1975-2003 Vinculo: Servidor público, Enquadramento funcional: Professor adjunto IV, Carga horária: 40.

Atividades

12/1975-8/2003

Estágios realizados

1. Acompanhamento de médicos residentes em enfermaria e ambulatórios.

12/1 975- 8/2003

Disciplinas ministradas

1. Doenças infecciosas e parasitárias.

3/1 990- 12/2000

Atividades realizadas

1. Aulas teóricas, debates, mesas redondas.

12/1975 - 12/1995

Atividades de extensão realizadas

1. Acompanhamento de alunos e residentes na assistência aos pacientes.

3/1986 - 12/1 990

Treinamentos ministrados

1. Treinamento em Controle de Infecções Hospitalares.

Osego Organização de Saúde do Estado de Goias - OSEGO - SECRETAR

Vínculo institucional

1983-1985 Vinculo: Diretor Tecnico, Enquadramento funcional: Cargo Comissio ado, Carga horaria: 30

2006 - 2011 Diretor Clínico do Instituto de Neurologia de Goiania.

Atividades

3/1 983- 2/1 985

Cargos ou funções

1. DiretorTécnico.

Desde 1990

Cargos ou funções

Presidente da CCIH do Instituto de Neurologia de Goiania.

PRÊMIOS E TÍTULOS

2002 Diploma de Honra ao Mérito, Universidade Católica de Goias.

1970 Trabalho premiado na i a Semana de Debates Cientificos das Faculdades de Medicina do Brasil Central, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goias.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E ARTiSTICAICULTURAL

PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalhos completos em anais de eventos

1 SILVA, Nilzio Antonio da; ZANINI, Luiz Antonio; ROSA, Amalia P A T. Artropatia pelo Virus Mayaro. In: 17° CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA, 1988, Florianopolis. 1988.

2 SILVA, Nilzio Antonio da; ZANINI, Luiz Antonio; CARDOSO, Vasco Martins; LEMOS, Zeuner Pinheiro de. Pesquisa de Antigeno Australia em Doenças Reumaticas. In: 110 CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIAS 1976, Fortaleza. 1976.

Resumos simples em anais de eventos

1 ZANINI, Luiz Antonio; ELIAN, Miguel Luiz; MELOSOUZA, Sebastião Eurico. Antibioticoprofilaxia em Neurocirurgia: Avaliação das Taxas de Infecções Cirurgica e Hospitalar e seus Agentes Etiologicos. In: XXV CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, 1989, Florianopolis. 1989.

2 ANDRADE, João Guimaraes de; ZANINI, Luiz Antonio; SOUZA, Luiz Carlos; F, Alves M; H, PfrimerlA; E, Tosta C. Episodios de Malana em Pacientes com Sindrome de Imunodeficiencia Adquirida: Avaliação Clinica e Imunologica. Iii: XXV CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, 1989, Florianopolis. 1989.

3 ZANINI, Luiz Antonio. Doença por Virus Mayaro !Ãspectos Epidemiologicos e Clínicos de uma Epidemia ocorrida em Goias. In: XXIV CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL.

Artigos completos publicados em periódicos

1 ZANINI, Luiz Antonio. Problemas em Doenças Auto-Imunes - Infecções Graves: Reconhecimento e Linhas Gerais de Tratamento. Revista Brasileira de Reumatologia, são Paulo, v. 38, p. 59-63, 1997.

2 ZANINI, Luiz Antonio. Post-Transfusional Hepatitis: Natural history and Evolution. Revista de Patologia Tropical, Goiânia, v. 21, p. 265-267, 1992.

3 OUTROS, Antonio M Nagamachi E; ZANINI, Luiz Antonio. Malária Induzida como Risco de Infecção Hospitalar para Pessoal da Saúde: Relato de 2 casos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Curitiba, v. 20, n. Suplemento, 1987.

4 ANDRADE, João Guimarães de; ZANINI, Luiz Antonio. Cerebral tuberculoma with seif-limited meningeal tuberculosis. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 32, n. 1-2, p. 31-32, 1986.

5 SILVA, Nilzio Antonio da; ZANINI, Luiz Antonio. Doença de Kawasaki: Primeiros casos em Goiânia?. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v. 26, p. 87-91, 1986.

6 ANDRADE, João Guimarães de; ZANINI, Luiz Antonio. Sarampo: Em que Idade Vacinar?. Revista Goiana de Medicina, Goiânia, v. 29, p. 59-65, 1983.

7 ZANINI, Luiz Antonio; ANDRADE, João Guimarães de. Diagnostic and therapeutic criteria in syphilis. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 28, n. Suppl 1, p. 14-17, 1982.

8 JS, de Mendonça; V, Amato Neto; J, Pasternak; EA, Rodrigues; K, Sado; JG, Andrade; ZANINI, Luiz Antonio. Ribavirin in the treatment of acute virai hepatitis. Revista Paulista de Medicina, São Paulo, v. 99(3), p. 4-6, 1982.

9 ZANINI, Luiz Antonio. Esporte e Saúde. Revista Goiana de Medicina, Goiânia, v. 26, p. 163-164, 1980.

10 ZANINI, Luiz Antonio; COSTA, Jose Hermes Gomes. Deficiência de Lactase Intestinal em uma População Hospitalar. Revista Goiana de Medicina, Goiânia, v. 16, p. 219-227, 1970.

Capitulos de livros publicados

1 ZANINI, Luiz Antonio. Doenças Infecciosas - in press. In: PORTO, Celmo Celeno. (Org.). **Vademecum de Medicina - In Press**. Rio de Janeiro, 2004.

2 ZANINI, Luiz Antonio; SOUSA, Sebastião Eurico de Meio. Doenças do Sistema Nervoso: Infecções do Sistema Nervoso Central - Meningites e Encefalites. In: PORTO, Celmo Celeno. (Org.). Semiologia Médica. 4. ed. Rio de Janeiro, 2001, v. único, p. 1278-1282.

3 ZANINI, Luiz Antonio. Brucelose. In: MELO-SOUZA, Sebastião Eurico de. (Orgj Tratamento das Doenças Neurologicas. Rio de Janeiro, 2000, v. unico, p 62-63.

4 ZANINI, Luiz Antonio. Herpes Zoster. In: MELO-SOUZA, Sebastião Eurico de. (Org.). Tratamento das Doenças Neurologicas. Rio de Janeiro, 2000, v. unico, p. 46-47.

5 ZANINI, Luiz Antonio. Poliomielite. In: MELO-SOUZA, Sebatião Eurico de. (Org.). Tratamento das Doenças Neurológicas. Rio de Janeiro, 2000, v. unico, p. 43-45.

6 ZANINI, Luiz Antonio. Raiva. In: MELO-SOUZA, Sebastião Eurico de. (Org.). Tratamento das Doenças Neurologicas. Rio de Janeiro, 2000, v. unico, p. 56-58.

7 ZANINI, Luiz Antonio. Tetano. In: MELO-SOUZA, Sebastião Eurico de. (Org.). Tratamento das Doenças Neurologicas. Rio de Janeiro, 2000, vunico, p. 64-65.

8 ZANINI, Luiz Antonio. Toxopiasmose. In: MELO-SOUZA, Sebastião Eurico de. (Org.). Tratamento das Doenças Neurologicas.Rio de Janeiro, 2000, vunico, p. 64-65.

Demais tipos de produção bibliográfica

1 ZANINI, Luiz Antonio. Revista da Associação Médica Brasileira - RAMB. São Paulo: Lor Cury, 1986.

(Conselho Editorial).

PRODUÇÃO TÉCNICA

Demais tipos de produção técnica

1 ZANINI, Luiz Antonio. Coordenador da Mesa Redonda : Co-Infecções : HIV, Herpes

(Apresentação de trabalho/Congresso).

2 ZANINI, Luiz Antonio. Palestrante do Tema Antraz na Mesa Redonda : Bioterrorismo.

(Apresentação de trabalho/Congresso).

SES
2406
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

3 ZANINI, Luiz Antonio. Apresentador do Workshop : ETICA - LASNCOBEA. 2002. trabalho/Congresso).

4 ZANINI, Luiz Antonio. Miniconferência : O Reumatologista como Clinico - Atualização Antibioticoterapia. 2002. (Apresentação de trabalho/Congresso).

5 ZANINI, Luiz Antonio. Curso de Antibioticoterapia : Quinolonas. 2000. (Apresentação trabalho/Congresso).

6 ZANINI, Luiz Antonio. Curso de Antibioticoterapia : Terapeutica dos Cocos Gram (Apresentação de trabalho/Congresso).

7 ZANINI, Luiz Antonio. Palestra Herpes Zoster. 2000. (Apresentação de trabalho/Congresso).

8 ZANINI, Luiz Antonio. Controversias sobre o uso profilático de Antimicrobianos. (Apresentação de trabalho/Congresso).

9 ZANINI, Luiz Antonio. Raiva : Uma ameaça permanente. 1996. (Apresentação de trabalho/Congresso).

10 ZANINI, Luiz Antonio. Cisticercose. 1995. (Apresentação de trabalho/Comunicação).

11 ZANINI, Luiz Antonio. Coordenador da Mesa Redonda: Novos Antimicrobianos. (Apresentação de trabalho/Congresso).

12 ZANINI, Luiz Antonio. Dengue Clássico e Hemorrágico. 1995. (Apresentação de trabalho/Congresso).

13 ZANINI, Luiz Antonio. Micoses Profundas: Histoplasmose e Criptococose. 1995. Apresentação trabalho/Congresso).

14 ZANINI, Luiz Antonio. Presidente da Mesa Redonda : Parasitas Oportunistas. de trabalho/Congresso).

15 ZANINI, Luiz Antonio. Toxoplasmose Humana : Conceito e Diagnóstico Laboratorial. (Apresentação de trabalho/Congresso).

INDICADORES DE PRODUÇÃO

Produção bibliográfica

FLS. 407
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigos publicados em periádicos - 10

Completos - 10

Trabalhos em eventos - 5

Completos - 2

Resumos - 3

Livros e capítulos -8

Capítulos de livros publicados - 8

Demais tipos de produção bibliográfica - 1

Produção técnica

Demais tipos de produção técnica - 15

1. Cargo: Diretor Técnico de Saúde

Nome: Osvaldo Vilela Garcia Filho	CPF: 295.623.251-72

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Medicina
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)
Período: 1980 a 1985

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Neurocirurgia
Instituição: Associação Médica Brasileira
Período: Setembro de 1994
Carga Horaria

Curso: Clinical Research Fellowshipin Neurosurgery
Instituição: The University of Toronto – Departamento de cirurgia
Período – ago 1991 a fev 1992
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa: Functional Neurosurgery
Instituição: American Biographical Institute (ABI)
Período: jan 2006

Curso/Programa
Instituição
Período

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: The Cleveland Clinic Center for Neurological Restoration
Período: 2004
Cargos ocupados, funções exercidas: Neurological Restoration
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Cirurgia de restauração neurológica.

Instituição onde trabalhou: Universidade hospital afiliado à Universidade de Ontário Ocidental de Londres – Inglaterra, estudando cirurgia de epilepsia.
Período: 1993
Cargos ocupados, funções exercidas: Cirurgião em Epilepsia
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Cirurgia em Epilepsia

Dr. Osvaldo Vilela Filho

Instituição onde trabalhou: Hospital Western Toronto, da Universidade de Toronto – Canada.
Período: 2000
Cargos ocupados, funções exercidas: Neurocirurgião
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Neurocirurgia Estereotáxica Funcional
Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): presidente da comissão de cirurgia psiquiátrica da sociedade mundial para estereotáxica

Instituição onde trabalhou: International Biographical Center – Cambridge – Inglaterra.
Período: 2003
Cargos ocupados, funções exercidas: Neurocirurgião
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Stereotactic and Funcitional Neurosurgery

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Dirigente da The American Association of Neurological Surgeons – 1994.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Membro de destaque do século 21 em Medicina Neurologica.

Experiência profissional na Administração Publica (anos): Hospital de Base do Distrito Federal na área de Neurologia no período Jan 1985 a dez 85.

Experiência profissional na Administração Publica (anos): Hospital de Base do Distrito Federal na área de Neurocirurgia no período Jan 1986 a dez 88.

SES

24 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

A REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de MEDICINA no 2º semestre de 1984, confere o título de

MÉDICO

a

Osvaldo Vilela Garcia Filho

brasileiro, nascido a 18 de abril de 1961, em Goiânia – Goiás, cédula de identidade n.º 1.062.042 – SSP – Go

e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 31 de janeiro de 1985

PROF.ª MARIA DO ROSÁRIO CASSIMIRO
— Reitora —

DIPLOMADO

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente
Tabelionato de Notas de Goiânia
AUTENTICAÇÃO
0895C126931

TÍTULO DE ESPECIALISTA

EM

NEUROCIRURGIA

conferido pela

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Dr. **OSVALDO VILELA GARCIA FILHO**

B.HORIZONTE, **08** de **SETEMBRO** de 19 **94**

Presidente da AMB

Presidente da SBN

Secretário Geral da AMB

Secretário Geral da SBN

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente
AUTENTICAÇÃO
0B95C127033

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

AUTENTICAÇÃO
08P5C127026

SOCIEDADE PARAENSE DE NEUROCIRURGIA

Membro Honorário

A Sociedade Paraense de Neurocirurgia, de acordo com as disposições dos Estatutos e do Regimento Interno, confere o presente Título a

OSVALDO VILELA FILHO

Belém, Outubro de 2001.

Presidente *Secretário* *Presidente do Conselho Deliberativo*

SES
2 H 2
PROTOCOLO

DUE TO UNPARALLELED INTELLECT AND WISDOM

Dr. Osvaldo Vilela Filho, MD, PhD.

IS HEREBY NAMED

GENIUS LAUREATE

OF

Brazil

FOR DISTINGUISHED PROGRESSION AND MASTERY
IN THE FIELD OF

Functional Neurosurgery

AS RECORDED IN

500 Greatest Geniuses of the 21st Century

PUBLISHED BY THE TENURED AND AUTHORITATIVE GOVERNING BOARD OF EDITORS
OF THE AMERICAN BIOGRAPHICAL INSTITUTE, UNITED STATES OF AMERICA

AMERICAN BIOGRAPHICAL INSTITUTE abi Established 1991

President J.M. Evans

Registrar L.M. Kellander

Editor-in-Chief C.A. Mitchell

Date January 3, 2006

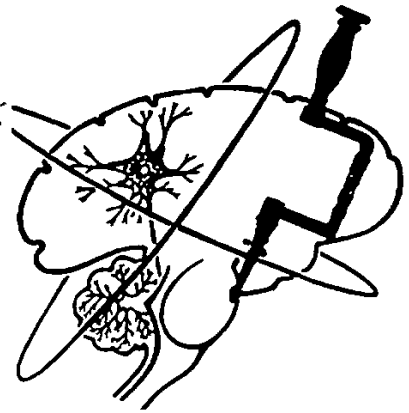
CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida Republica do Libano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6608

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Meder Paulo de Oliveira - Escrevente

Tabelionato de Notas de Goiânia

AUTENTICAÇÃO
0895C127021

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente
AUTENTICAÇÃO 08B5C127013



Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

MEMBRO TITULAR

A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, de acordo com as disposições dos Estatutos e do Regimento Interno, confere o presente diploma a

DR. OSVALDO VILELA GARCIA FILHO

Passado em CURITIBA aos 21 de AGOSTO de 19 96

Presidente

Secretário Geral

The University of Toronto
Department of Surgery

This is to certify that

Osvaldo Vilela Garcia Filho

has completed a period of
Clinical Research Fellowship in
Neurosurgery
August 1, 1991 to February 22, 1992

University Division Head

Supervisor

Chairman - Department of Surgery

5º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).

Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

AUTENTICAÇÃO 0895C127005

SES 2415 PROTOCOLO

The World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

OFFICERS

President
Takaomi Taira, MD, PhD
Department of Neurosurgery
Tokyo Women's Medical University
8-1 Kawada-cho, Shinjuku-ku
Tokyo 162-8666, Japan
Tel: 813-3353-8111 (ext. 26216)
Fax: 813-5269-7599
ttaira@nij.twmu.ac.jp

Vice-President
Joachim K. Krauss, MD, PhD
Department of Neurosurgery
Medical University of Hannover, MHH
Carl-Neuberg Str.1
30625 Hannover, Germany
Tel: 49-511-5326852
Fax: 49-511-5325864
krauss.joachim@mh-hannover.de

Secretary and Treasurer
Michael Schulder, MD
Department of Neurosurgery
North Shore University Hospital
Tower, 300 Community Drive
Manhasset, New York 11030
Tel: (516) 562-3065
Fax: (516) 562-3631
schulder@NSHS.edu

Vice Secretary Treasurer
Jin Woo Chang, MD
Department of Neurosurgery
Yonsei University College of Medicine
250 Seongsanno, Seodaemun-gu
Seoul, 120-752, Korea
Tel: 82-2-2228-2159
Fax: 82-2-393-9978
jchang@yuhs.ac

Board of Directors
Y. Comair (USA)
R. Cosgrove (USA)
T. Coyne (Australia)
J. Espinosa (USA)
M. Hartz (UK)
M. Hodaie (Canada)
C. Honey (Canada)
B. Nuttin (Belgium)
F. Piedimonte (Argentine)
J. Regis (France)
R. Spiegelmann (Israel)
B. Sun (China)
I. Toda (Japan)
O. Vilela (Brazil)
J. Voges (Germany)

Past President
Andres Lozano, MD, PhD, FRCSC
University Health Network
Toronto Western Hospital
West Wing 4-447, 399 Bathurst St.
Toronto ON M5T 2S8, Canada
Tel: 416-603-6202
Fax: 416 603 5298
lozano@uhnresearch.ca

Continental Vice-Presidents
G. Broggi, Europe
Y. Katayama, Asia/Australia
D. Kondziolka, North America
R. Melvil, Africa
F. Velasco, Central and South America

WSSFN website: www.wssfn.org

June 17, 2009

Dear Dr. Vilela,

This is to certify that you have been elected to serve as Chairman of the Psychiatric Surgery Committee of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. The term starts June of 2009 and will end June 2013.

Congratulations on your election as Chairman of the committee. Your contribution to the Society is appreciated.

Sincerely,

Takaomi Taira, MD, PhD
President
WSSFN

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

AUTENTICAÇÃO
0895C126994

Toronto Western Hospital
University Health Network

R.R. Tasker, MD, MA, FRCS(C)
Division of Neurosurgery
Toronto Western Hospital
4W-435, 399 Bathurst Street
Toronto, Ontario, M5T 2S8
Tel: 416-603-5771 Fax: 416-603-5708

SES
241 7
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

March 16, 2005

Re: Dr. Osvaldo Vilela Filho

I certify that Dr. Osvaldo Vilela Filho completed a Fellowship in Pain Management Surgery at The Toronto Western Hospital, University of Toronto from June 24 to October 23, 1991.

Yours sincerely,

R.R. Tasker, MD, MA, FRCS(C)
Professor Emeritus

RRT/dm

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K, nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6586

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895C126988

CERTIFICADO

Certificamos que o (a) Dr. (a) OSVALDO VILELA GARCIA FILHO

CRM nº 5417, U.F. DF, concluiu Residência Médica no Hospital de Base do Distrito Federal na área básica de NEUROLOGIA no período de 15 de janeiro de 19 85 a 31 de dezembro de 19 85, e na área de concentração NEUROCIRURGIA no período de 06 de janeiro de 19 86 a 30 de dezembro de 19 88, a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 09/07/81.

Brasília - DF., 31 de março de 19 92

Diretor do Hospital

Coordenador do Programa

Diretor do CEDRHUS

Médico Residente

GDF - SECRETARIA DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE
Programa Credenciado pela CNRM / MEC Parecer Nº 19/80 de 10.04.84

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente
Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
0895126978

University Hospital
339 Windermere Road, London, Ontario, N6A 5A5

ANDREW G. PARRENT, BSc,MD,FRCSC

Department of Clinical Neurological Sciences
Division of Neurosurgery

Phone (519) 663-3707
Fax (519) 663-3982

October 7, 1993

To Whom It May Concern,

RE: OSVALDO VILELA FILHO

Dr. Vilela Filho was at University Hospital affiliated with the University of Western Ontario for 1 month (September 6, 1993 to October 8, 1993) for the purposes of acting as a clinical observer studying epilepsy surgery.

Sincerely,

A.G. Parrent, BSc,MD,FRCSC
(Neurosurgeon)

AGP/bb

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

AUTENTICAÇÃO
0895C126972

The Cleveland Clinic Center for Neurological Restoration

This is to acknowledge that

Osvaldo Vilela Filho, MD

was an invited observer within the Center of Neurological Restoration

at The Cleveland Clinic in Cleveland, Ohio from October 4-8, 2004

Ali R. Rezai, MD - Co-Director

October 8, 2004

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).

Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

Toronto Western Hospital
University Health Network

December 1, 2000

CERTIFICATE

This is to certify that Dr. Osvaldo Vilela Filho was a fellow in Stereotactic and Functional Neurosurgery in the Division of Neurosurgery, Toronto Western Hospital, University of Toronto from November 25-December 2, 2000

Andres M. Lozano, MD, PhD, FRCSC
Professor of Surgery, University of Toronto
Tasker Chair in Functional Neurosurgery

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

AUTENTICAÇÃO
0895C126955

Andres M. Lozano, MD, PHD, FRCSC
Professor of Surgery, University of Toronto
Tasker Chair in Functional Neurosurgery

McLaughlin Pavilion 2-433, 399 Bathurst Street, Toronto, Ontario, M5T 2S8
Tel. (416) 603-6200 Fax (416) 603-5298 Email: lozano@uhnres.utoronto.ca

University of Toronto

WHO'S WHO in the 21st Century

Second Edition

THIS IS TO CERTIFY THAT

Osvaldo Vilela Filho

IS INCLUDED IN

WHO'S WHO IN THE 21ST CENTURY

IN HONOUR OF AN OUTSTANDING CONTRIBUTION IN THE FIELD OF

Stereotactic and Functional Neurosurgery

SIGNED AND SEALED AT THE
INTERNATIONAL BIOGRAPHICAL CENTRE
CAMBRIDGE, ENGLAND

AUTHORISED OFFICER

4th February 2003
DATE

INTERNATIONAL · BIOGRAPHICAL · CENTRE · CAMBRIDGE · ENGLAND

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

AUTENTICAÇÃO
0B95C126947

The American Association of Neurological Surgeons

FOUNDED IN 1931

AS

The Harvey Cushing Society

at their meeting on

November 18, 1994

elected

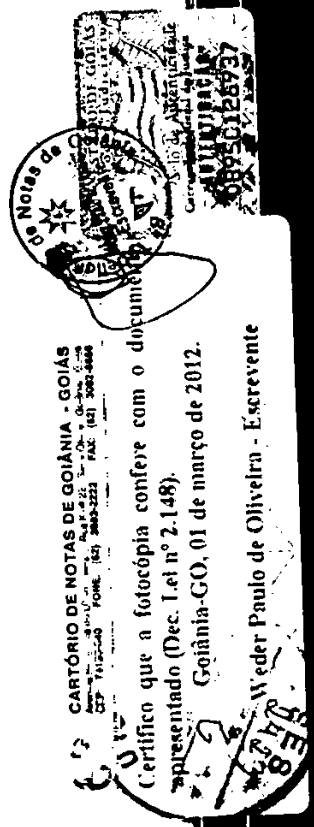
Osvaldo Vilela G. Filho, M.D.

an International Associate Member of the Association



Edward Laws
PRESIDENT

Marty Mapstone
SECRETARY

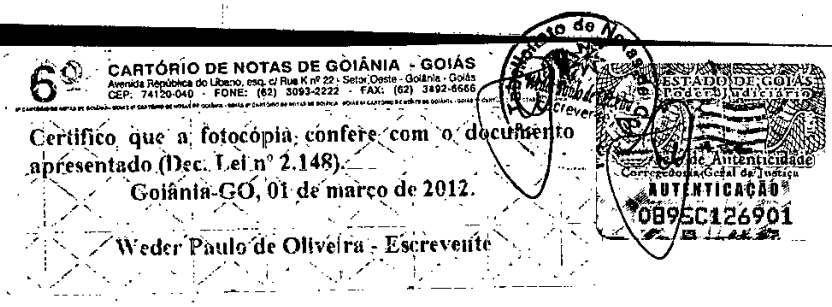


Outstanding People of the 21st Century



Outstanding Europeans of the 21st Century

Who's Who in the 21st Century



SES 2423 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

PUBLISHER
Nicholas S. Law

EDITOR IN CHIEF
Jon Gifford

PRODUCTION/DESIGN
Scott Gwinnett
Michael Ambrose

EDITORIAL ASSISTANTS
Ann Dewison
Sara Rains
Isobel Turner
Rebecca Partner

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente
AUTENTICAÇÃO
0895C126909

All communications to: International Biographical Centre

Outstanding People of the 21st Century

FIRST EDITION

Outstanding Europeans of the 21st Century

FIRST EDITION

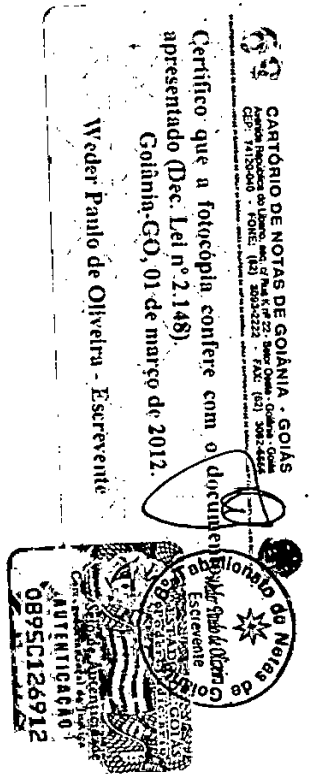
Who's Who in the 21st Century

SECOND EDITION

2003

International Biographical Centre

© COPYRIGHT 2003 by Melrose Press Ltd., Cambridge, England
ALL RIGHTS RESERVED. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.



ISBN: 0 948875 89 5
Printed and bound in the United Kingdom by:
Antony Rowe Limited
Bumper's Farm, Chippenham
Wiltshire, SN14 6LH, England

FOREWORD BY THE PUBLISHER

It is my great pleasure to present a new concept in biographical publishing by creating an anthology of leading personalities from across the world.

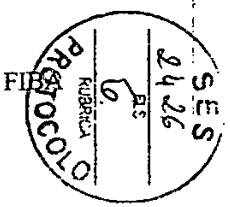
For the researcher this means that the sum total of three very individual titles are brought together under one roof, thus giving a far wider view of contemporary biographical achievement.

Selection for inclusion is based on merit alone and is carried out by either our team of experienced Researchers at the International Biographical Centre, or by members of our Research and Advisory Board or, thirdly, by individual recommendation. Each completed questionnaire is carefully vetted before a typescript is produced for individual correction and updating and during the course of compilation each entrant will have had the opportunity to have updated at least one proof of his or her entry.

This anthology is uniquely dedicated to a number of individuals who have been chosen by our Editorial Board to represent the remaining entrants who are featured in this publication. They are, in alphabetical order:

OUTSTANDING PEOPLE OF THE 21ST CENTURY
FIRST EDITION

WALTER TUCK CHANG SR
VERY REVEREND FATHER PROFESSOR EMMANUEL M P EDEH, CSSp, PhD
PROFESSOR DR EIKO HANAOKA-KAWAMURA, IOM, AdVAh, DDG, LPIBA, CH
NEIL HERMAN JACOBY JR, LPIBA, IOM, AdVSci, CH
VERNETTE TROSPER LANDERS, EdD, DDG, IOM, LFWLA, LPIBA, MOIF
PROFESSOR TEODOR MAGHIAR
DR PITABASA MISRA, MBBS, MS, MNAMS, FABI, FAOE, FIBA
MARGARET DUGUID O'NEILL
ERIK YNGVAR RUDSTRØM, FIBA, DDG, IOM
DR NICOLAY SPASSOV STANOULOV



Office of Design and Architecture, Milan, 1960; Co-founder, Design Director, Unimark International Corporation, 1965; Co-founder, President Vignelli Associates, New York,1971-; Chief Executive officer, Vignelli Designs, New York, 1978-. Taught and lectured on design in major cities in USA and abroad; Summer Course, Harvard University Graduate School of Design, 1991-; Worldwide exhibitions include: Touring exhibition, St Petersburg, Moscow, Helsinki, London, Milan, Budapest, Barcelona, Copenhagen, Munich, Prague and Paris, 1989-93. Honours include: Gran Premio Triennale di Milano, 1964; Cornpasso d'Oro, 1964, 1999; Industrial Arts Medal, American Institute of Architects, 1973; Art Directors Club 1982 Hall of Fome; Aiga Gold Medal, 1983; First Presidential Design Award, 1985; Interior Design Hall of Fame, 1988; National Arts Club Gold Medal for Design, 1991; Brooklyn Museum Design Award for Lifetime Achievement, 1995; Honorary Royal Designer for Industry Award, Royal Society of Arts, London, 1996; Honorary Doctorate in Architecture, University of Venice, Italy; Honorary Doctorates in Fine Arts, Parsons School of Design, New York, Pratt Institute, Brooklyn, Rhode Islnnd school of Design, Providence, Corcoran School of Art, Washington DC; Art Center College of Design, Pasadena. Memberships: Alliance Graphique Internationale, past president; American Institute of Graphic Arts, past president; Architectural League, vice-president. Commissions and Creative Works: Graphic and corporate identity programs; Publication designs; Architectural graphics; Exhibition, interior, furniture and consumer produet designs, for many leading American and European companies and institutions; Work in permanent collections ineludes: The Museum of Modern Art, the Metroploitan Museum of Art, the Brooklyn Museum, the Cooper-Hewitt Museum in New York; The Musée des Arts Décoratifs, Montreal, Die Neue Sammlung, Munich. Address: Vignelli Associates, 130 East 67th Street, New York, NY 10021, USA.

VILELA FILHO Osvaldo, b. 18 April 1961, Goiânia, GO, Brazil. Neurosurgeon. m. Maria Ivone Vilela, 1 son, 1 daughter. Education: Medical School, including a one-year intemship, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brazil, 1979-84; Neurosurgical Residence Training, Hospital de Base do Distrito Federal, Brazil, 1985-88; Fellow, Stereotactie and Functional Neurosurgery, The Toronto Hospital, University of Toronto, 1991-92; Observer, Epilepsy Surgery, Division of Neurosurgery, University Hospital, University of Western Ontario, 1993; Fellow, Stereotactie and Functional Neurosurgery, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA, 2000; Fellow, Stereotaetic and Functional Neurosurgery, The Toronto Hospital, Toronto, Canada, 2000; Post-graduation, PhD, Escola Paulista de Medicina, Univ Federal de São Paulo, Brazil, 2000-. Appointments include: Head, Stereotactic and Functional Neurosurgery Service, Vice-Chairman, Division of Neurosurgery, Hospital das Clínicas, Medical School, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Brazil; Chief-Researcher in Functional Neurosurgery, Medical School, UFG; Head, Department of Neurosurgery and Neurology, Instituto Ortrédico de Goiânia, 1992-2001 and Hospital Lúcio Rebelo, 2002-, Goiânia, Brazil; First President, Goiás Association for the Study of Pain and Goiás Society of Neurosurgery; President, Young Neurosurgeons Committee of the Brazilian Society of Neurosurgery, 1997-2002; General Secretary of the Brnzilian Society for Stereotaetic and Functional Neurosurgery, 2000-2002. Publieations include: Author and co-author of 54 artieles in scientific journals; Author and co-author of 44 abstracts; Lecturer of 73 conferences in Neurological and Medical Meetings. Honours include: Tourette's Syndrome: Definition of Surgical Strategy, 1st place, VII National Congress of the Brazilian Academy of Neurosurgery, Goiânia, 1997. Memberships include: World, 1993, American, 1993, Latin America, 2000, Brazilian, 1994, Society for Stereotactic and Funetional Neurosurgery; American Association of Neurological Surgeons, AANS, 1994; Joint Section on Stereotactic and Funetional Neurosurgery of the AANS and Congress of Neurological Surgeons, 1995; Brazilian Society of Neurosurgery, 1993; Brazilian Academy of Neurosurgery, 1999; Brazilian Society for the Study of Pain, 1995; many others. Address: Division of Neurosurgery, Hospital das Clínicas, Medical School, UFG, Av. 5a Radial, 131 apt 302 – Setor Bela Vista, 74823-130 Goiânia, GO, Brazil. E-mail: ovf@ih.com.br

VINCENT Olatunde Olabode, b. 16 May 1925. Banker. Education: CIS, Londoa, 1951-53; BA, Com, University of Manehester, 1956; Administrative Staff College, Henley, England, 1961. Appointments: Nigerian Army, 1942-46; Financial Secretary's Office, 1947-56; Federal Ministry of Finanee, 1956-61; Member, Lagos Executive Development Board, 1957-60; Assistant General Manager, 1961, Deputy General, 1962, General Manager, 1963-66, Advisor, 1973-75, Deputy Govemor, 1975-77, Governor, 1977-82, Central Bank of Nigeria; Member, Committee of 9 which set up African Development Bank; Vice-President, 1966-73, African Development Bank, Abidjan, Cote d'Ivoire; Director, Nigerian Security Printing and Mining Co. Ltd, 1975-77; Chairman, Capital Issues Committee, 1975-77; Chairman, Committee on Motor Vehicle Advs and Basic Allowance, 1978-; National Economic Council, 1979-82; Chairman, City Business Computers Ltd; Chairman, Equity and Trust Ltd; Chairman Lagos State University Visitation Panel, 1993; Chairman, Governing Board, Centre for Environmental Science Education, Lagos State University, 1996-; Chairman Board of Trustees, Nigerian Lions Charity Foundation, 1993-; Trustee, Cancer Aid Foundation; Patron Lagos State Chapter, Spinal Cord Injuries Association of Nigeria; President African Church Lads and Lasses Brigade, 1984-; Grand Patron, African Church, Lagos Diocese. Honours: Commander, Order

of the Federal Republic, 1982; DSe (Honoris Causa) by Lagos State University, Lagos, 2000. Memberships: Life Fellow, IBA; Life Member, Nigerian Economic Society; Life Member, Society for International Development; Cath Youngmen Friendly Society, African Church Cath (Bethel), Lagos; Nigerian Conservative Foundation; Victoria Island Lions Club; President, Metropolitan Club, Lagos 1997-; Island Club, Lagos; Fellow, Nigerian Institute of Bankers; Fellow, Institute of Directors; Fellow, Nigerian Institute of Management; Member Order of International Fellowship, 1996. Listed in: Who's Who in the Commonwealth; Who's Who in the World. Address: 8 Balarabe Musa Crescent, Victoria Island, PO Box 8780, Lagos, Nigeria

VIRÀNY Gàbor Gyula Dezso, b. 20 December 1933, Budapest. Musicologist. Education: Budapest Music Gymnasium, 1948-53; Liszt Ferenc Musie Academy, 1953-58. Appnintments: National Philharmony, Librarian and Lecturer, Budapest, 1958-93; Roman Catholie Cantor Diplome, 1959; Upper Librarians Course, National Széchenyi Library, 1960-62; Performed, Conference of International Society of Music Education, 1968; Musical Quiz Play, Hungarian Radio, 1969-. Publications: Many publications including lectures. Memberships: Liszt Ferenc Society; Hungarian Church Music Society; Hungarian Caecilia Society; Hungarian Musicological Society; Hungarian Kodály Society. Address: Terézkörút/kr/45.III.9, H 1067 Budapest, Hungary.

VISHNYAKOVA Natnlin, b. 15 July 1946, Ouman, Ukraine. Psychologist. Divoreed. Education: Diploma, Piano Class, Musical College, Cherkassy, Ukraine, 1962-66; Diploma of Exeellence, Faculty of Pedagogy and Music, Pedagogic Institute, Vinnitsa, Ukraine, 1968-72; Post Graduate Course, Institute of Art Education, Academy af Pedagogic Sciences, Moscow, 1976-79; Degree, Candidate of Pedagogic Sciences, 1980; Degree of Senior Lecturer (Chair of Theory and History of Music), 1983; Speciality of Psychology, Moscow, 1983; Certificate, Academy of Pedagogic Sciences, Moseow, 1987; Diploma, Speciality of Practical Psyehology, Belarus State Pedagogic University, 1992-93; Degree, Doctor of Psychological Sciences, Russian Federation 1997; Degree, Doctor of Psychological Sciences, Republic of Belarus, 2000; Degree, Professor of Psychology, Belarus, 2001. Appointments: Leeturer, Chair of Music, Pedagogic Institute, Vinnitsa, Ukraine, 1973-76; Head of Chair, Theory of Music, Pedagogic Institute, Krivoy Rog, Ukraine, 1980-84; Head of Chair, Methods of Musieal Education, Pedagogie Institute, Melitopol, Ukraine, 1984-88; Senior Leeturer, Psyehology and Pedagogy, Institute of Culture, Minsk, Belarus, 1988-90; Senior Lecturer, Pedagogy and Educational Methods, State Pedagogic Institute, Minsk, Belarus, 1990-94; Head of Chair, Psychology and pedagogy, Republican Institute of Higher Learning, Belarus State University, Minsk, 1994-2000, Professor, Higher Humanitarian-Economic School Lodz, Poland, 1998-; Leading Tutor, Scientific and Research Department, Non State Institute of Management and Business, Minsk, Belarus, 2000-; Professor, Higher School of Pedagogy and Baltic Russian Institute, Riga, Latvia, 2001-; Professor, Institute of Pedagogy and Psyehology, Vrotslnv, Poland, 2002-. Publications: 137 publications including 107 publications covering science and researeh and 30 publications covering science and methods; Creative Aemeology. Psyehology of Creative Potential of an Adult Personality, 2002; Secrets of Talents, 2002; Basie Development Tendencies of Creative Acmeology, 2002. Honours: Numerous Seminar Certificates; Academician, International Academy of Acmeological Sciences, 1998; Second Award, Special Presidential Fund, Republic of Belarus, 1999. Memberships: International Academy of Acmeological Sciences; Latvian Department, Baltic Academy of Acmeology; Association of Creative Psychologists, Riga. Address: Fr. Skorina pr 151, Block 2, ap 46, 220114 Minsk, Belarus. E-mail: iup@infonet.by

VLASSOV Vasiliy V, b. 15 June 1953, Novosibirsk, USSR. Physician. m. Irina, 23 November 1973, 1 daughter. Education: MD, Military Medical Academy, St Petersburg, Russia; Dr Medical Science; Professor. Appointments: Air Surgeon, 1976-79; Clinical Physiology Department Head, Irkutsk, Aviation Haspital, 1980-88; Professor, Head Department, Aerospace Medieine Saratov Military Medical Institute; Professor, Head Department, Social Science Saratov Medical University, 1995-2001; Professor, Moscow Physies-Technical University, 2001-; Chief Editor, Media Sphera Publishing Group, Moscow. Publications: Effectiveness of diagnostic tests; Aviat Space Environmental Medicine; Military Medicine. Memberships: Russian Medieal Association, Director of Russian Branch, 2001-; Cochrane Collaboration. Address: PO Box 13, Moscow 109451, Russia.

VOINEA Silvia, b. 1 November 1942, Bacau, Romania. Lyrical Artist; Professor. 1 son. Education: Voice and Opem, Ciprian Porumbescu Conservatoire, Bucharest, 1961-66; Special Training in Mazart Repertoire, Germany, 1968; PhD in Musicology, University of Music, Bucharest, 1998-2000, first lyrical woman artist to achieve this title. Career: Coloratura Soprano, Romanian National Opera, Bucharest, 1968-98, Opera Comique, Bucharest, 1998-; Voice Teacher, National University of Musie, Bucharest, 1990-; Appearances throughout Europe, 18 countries; Permanent Guest, 15 years, Opera Comique, Berlin, 5 years, Semper Oper, Desden, 3 years, Theatre Royal de Liege, Belgium, 4 years, Klagenfurt, Austria; Participated in 11 intemaional festivals in Europe: Filmed 2 operas, Les folies d'Offenbach, with the roll of Olympia from Offenbach's The Tales af Hoffmann, Olympia, and Lucia di Lammermoor; Numerous recordings for radio and TV in Romania, Switzerland, Germany and UK;

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148) Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente
AUTENTICAÇÃO
-0895C126916-

SE 2428 Fls. 7 RUBRICA PROTOCOLO

Academia Brasileira de Neurocirurgia
Filiada à World Federation of Neurosurgical Societies

DIRETORIA
Biênio 2011/2013
Presidente: Albedy Moreira Bastos - Belém, PA
Vice-presidente: Paulo Henrique Pires de Aguiar - São Paulo, SP
Presidente Eleito: Osvaldo Vilela Filho - Goiânia, GO
Secretário: Carlos Augusto Ferreira Lobão - Belém, PA
Tesoureiro: Fernando Marcos Silva dos Santos - Belém; PA
Editor do site: Luiz Roberto Aguiar - Curitiba, PR
Editor do jornal: Apio Cláudio Martins Antunes - Porto Alegre, RS

CONSELHO DELIBERATIVO
Antonio César Azevedo Neves
Ápio Cláudio Martins Antunes
Carlos Tadeu Parise de Oliveira
Durval Peixoto de Deus
Flávio Belmino Barbosa Evangelista
Gervásio de Britto Mello Filho
Helio Ferreira Lopes
Hildo Rocha Cirne Azevedo Filho
José Arnaldo Motta de Arruda
José Luciano Gonçalves de Araújo
Luiz Roberto Aguiar
Marcos Masini
Osvaldo Vilela Filho
Paulo Henrique Pires de Aguiar
Sebastião Nataniel Silva Gusmão

SECRETARIA PERMANENTE
Secretário Geral: Edson Mendes Nunes – RJ
Secretário Auxiliar: Hélio Ferreira Lopes – RJ
Marco Antonio Herculano – SP

SEDE PRÓPRIA
Rua da Quitanda, 159, 10º andar, Centro
20091-005 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Telefax: (21) 2233-0323
abnc@abnc.org.br

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO
Midia Arte
www.midiaarte.com.br

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente
Tabelionato de Notas de Goiânia
AUTENTICAÇÃO
0895C12691

September/October 2011 • Volume 14 • Number 5
Pages 395-488

Neuromodulation
Technology at the Neural Interface

Editor-in-Chief
Robert M. Levy, M.D., Ph.D.
Professor and Chairman, Department of Neurosurgery and
Co-Director, Shands-Jacksonville Neuroscience Institute, University of Florida, Jacksonville, FL USA

Tia Sofatzis, Managing Editor
Mary Bockman, Editorial Assistant

Section Editors

Basic Science
Robert D. Foreman, PhD
University of Oklahoma Health Sciences Center
Oklahoma City, OK, USA

Bioengineering
Joseph Pancrazio, PhD
George Mason University
Fairfax, VA, USA

Socioeconomics
Rod Taylor, PhD
Universities of Exeter & Plymouth
Exeter, United Kingdom

Brain:
Jaimie Henderson, MD
Stanford University Medical Center
Stanford, CA, USA

Psychiatric Disorders
Helen Mayberg, MD
Emory University School of Medicine
Atlanta, GA, USA

Spine: Anesthesia
Timothy R. Deer, MD
West Virginia University School of Medicine
Charleston, WV, USA

Spine: Neurosurgery
Richard B. North, MD
Johns Hopkins University School of Medicine (Ret.)
Baltimore, MD, USA

Peripheral Nerve
Konstantin Slavin, MD
University of Illinois at Chicago
Chicago, IL, USA

Cardiovascular Disorders
Michael J.L. DeJongste, MD, PhD, FESC
University Medical Center Groningen
Groningen, The Netherlands

Gastrointestinal Disorders
Jiande Chen, PhD
University of Texas Medical Branch
Galveston, TX, USA

Genitourinary Disorders
Magdy Hassouna, MD, PhD, FRCSC
University of Toronto Division of Urology
Toronto, Ontario, Canada

Functional Electrical Stimulation / Neural Prosthetics
Jane Burridge, PhD
University of Southampton
Southampton, United Kingdom

Editorial Board

Kenneth Aló, MD
The Methodist Hospital Research Institute
The Texas Medical Center
Houston, TX USA
Monterrey Technical University
Monterey, Mexico

Tipu Aziz, MD, MBBS, FRCS
Oxford University
Oxford, United Kingdom

Giancarlo Barolat, MD
INS Founder & Director-at-Large
Denver, CO, USA

Manfred Bijak, PhD
Medical University of Vienna
Vienna, Austria

Kim J. Burchiel, MD, FACS
Oregon Health & Science University
Portland, OR, USA

Allen W. Burton, MD
UT MD Anderson Cancer Center
Houston, TX, USA

Jin Woo Chang, MD, PhD
Yonsei Univ. College of Medicine
Seoul, South Korea

Glen M. Davis, PhD, FACSM
University of Sydney
Sydney, Australia

Ross Davis, MD
University of Miami (Ret.)
Melbourne Beach, FL, USA

Dirk de Ridder, MD
University Hospital Antwerp
Antwerp, Belgium

Nick Donaldson, PhD
University College London
London, United Kingdom

Dominique M. Durand, PhD
Case Western Reserve University
Cleveland, OH, USA

Emad Eskander, MD
Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Claudio A. Feler, MD
University of Tennessee
Memphis, TN, USA

Joseph J. Fins, MD, FACP
Weill Cornell Medical College
New York, NY, USA

Felipe Fregni, MD, PhD
Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Peter Goadsby, MD, PhD
University of California
San Francisco, CA, USA

Benjamin D. Greenberg, MD PhD
Brown Medical School
Providence, RI, USA

Warren Grill, PhD
Duke University
Durham, NC, USA

Jan Holsheimer, PhD
University of Twente (Ret.)
Enschede, The Netherlands

Paul E. Holtzheimer, MD
Emory Univ. School of Medicine
Atlanta, GA, USA

Svante Horsch, MD, PhD
University of Cologne
Cologne, Germany

Marc Huntoon, MD
Mayo Clinic
Rochester, MN, USA

Leonardo Kapural, MD
Cleveland Clinic Foundation
Cleveland, OH, USA

Yoichi Katayama, MD, PhD
Nihon Univ. School of Medicine
Tokyo, Japan

Daryl R. Kipke, PhD
University of Michigan
Ann Arbor, MI, USA

Elliot Krames, MD
Editor-in-Chief, Emeritus
San Francisco, CA, USA

Jung-Kyo Lee, MD, PhD
Ulsan University
Seoul, South Korea

Kendall H. Lee, MD, PhD
Mayo Clinic
Rochester, MN, USA

Bengt Linderoth, MD, PhD
Karolinska University Hospital
Stockholm, Sweden

John D. Loeser, MD
University of Washington
Seattle, WA, USA

Guoming Luan, MD, PhD
Sanbo Brain Institute
Beijing, China

Sean Mackey, MD, PhD
Stanford University Medical Center
Stanford, CA, USA

Cameron C. McIntyre, PhD
Cleveland Clinic Foundation
Cleveland, OH, USA

Mario Meglio, MD
Catholic University
Rome, Italy

Bjorn Meyerson, MD, PhD
Karolinska University Hospital
Stockholm, Sweden

Bart Nuttin, MD, PhD
Catholic University
Leuven, Belgium

P. Hunter Peckham, PhD
Case Western Reserve University
Cleveland, OH, USA

Dejan Popovic, PhD, Dr Techn
Aalborg University
Aalborg, Denmark

Joshua P. Prager, MD, MS
University of California
Los Angeles, CA, USA

James P. Rathmell, MD
Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Richard Rauck, MD
Wake Forest University
Winston-Salem, NC, USA

Ali Rezai, MD
The Ohio State University
Columbus, OH, USA

Edgar Ross, MD
Harvard Medical School
Boston, MA, USA

Damianos Sakas, MD
University of Athens
Athens, Greece

Ashwini Sharan, MD
Thomas Jefferson University
Philadelphia, PA, USA

Yoichi Shimada, MD, PhD
Akita Univ. School of Medicine
Akita, Japan

Brian A. Simpson, MD, FRCS
University Hospital of Wales
Cardiff, Wales, United Kingdom

Peter Staats, MD
Johns Hopkins University
Baltimore, MD, USA

Michael Stanton-Hicks, MD, DMED, MBBS
Cleveland Clinic Foundation
Cleveland, OH, USA

Takaomi Taira, MD, PhD
Tokyo Women's Medical University
Tokyo, Japan

Simon J. Thomson, MBBS, FRCA, FIPP, FFPMRCA
Basildon & Thurrock University Hospitals
Basildon, Essex, United Kingdom

Osvaldo Vilela, Jr, MD, PhD
Universidade Federal de Goiás
Goiânia, GO, Brazil

Veerle Visser-Vandewalle, MD, PhD
University Hospital Maastricht
Maastricht, The Netherlands

The complete Editorial Board listing with institutional affiliations and appointments is available online at www.neuromodulationjournal.com

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K, nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6666

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS (Poder Judiciário)
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895C126921

Official Journal of

World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

European Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

Stereotactic and Functional Neurosurgery

SES 5430 FLS 20 AMERICA PROTOCOLO

Founded 1938 as 'Confinia Neurologica' by E.A. Spiegel
Continued 1975–1988 as 'Applied Neurophysiology'

Editor

David W. Roberts, Lebanon, N.H.

Associate Editor

Philip L. Gildenberg, Houston, Tex.

Assistant Editor

Melissa D. Robb, Lebanon, N.H.

Editorial Board

A. Abosch, Minneapolis, Minn.
M.L.J. Apuzzo, Los Angeles, Calif.
T. Aziz, Oxford
N.M. Barbaro, Indianapolis, Ind.
A.L. Benabid, Grenoble
G. Broggi, Milan
B.P. Brophy, Adelaide
K.J. Burchiel, Portland, Oreg.
J.W. Chang, Seoul
G.R. Cosgrove, Providence, R.I.
E.N. Eskandar, Boston, Mass.
W.A. Friedman, Gainesville, Fla.
R.E. Gross, Atlanta, Ga.
T. Hori, Tokyo
M.G. Kaplitt, New York, N.Y.
Y. Katayama, Tokyo
P.J. Kelly, New York, N.Y.
D.S. Kondziolka, Pittsburgh, Pa.
J.K. Krauss, Hannover
A. Lozano, Toronto, Ont.
L.D. Lunsford, Pittsburgh, Pa.
V. Rajshekhar, Vellore
J. Regis, Marseille
A.R. Rezai, Columbus, Ohio
M. Schulder, Manhassett, N.Y.
M.P. Sindou, Lyon
K.V. Slavin, Chicago, Ill.
Z. Tian, Beijing
F. Velasco Campos, Mexico City
O. Vilela Filho, Goiânia

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6866

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0895C126925

KARGER

Printed in Switzerland on acid-free and non-aging paper (ISO 9706) by Reinhardt Druck, Basel

Appears bimonthly: 1 volume per year (6 issues)

SES
0131
FLS.
RUBRICA

Osvaldo Vilela Garcia Filho

Curriculum Vitae

Fevereiro/2012

SES
243
FLS.
RUBRICA

Osvaldo Vilela Garcia Filho

Curriculum Vitae

Dados Pessoais

Nome Osvaldo Vilela Garcia Filho
Nome em citações bibliográficas Vilela Filho O; Vilela Filho, O.; Vilela Filho, Osvaldo; Filho OV; Garcia Filho O; Garcia Filho, O; Garcia Filho OV; Garcia Filho, OV
Sexo masculino

Filiação Osvaldo Vilela Garcia e Stella Augusta Barbosa Garcia
Nascimento 18/04/1961 - Goiânia/GO - Brasil
Carteira de Identidade 1062042 SSP - GO - 20/08/1980
CPF 29562325172

Endereço residencial Av. 5ª Radial, 131, aptº 302
Setor Pedro Ludovico - Goiania
74823-130, GO - Brasil
Telefone: 62 32455354

Endereço profissional
Rua T-29, 358, sala 812, Bueno Medical Center
Bueno - Goiania
74210-050, GO - Brasil
Telefone: 62 32509120

Endereço eletrônico
e-mail para contato : ovf@ih.com.br

Formação Acadêmica/Titulação

2000 - 2006 Doutorado em Medicina.
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP/EPM, Brasil
Título: Efeito da Estriatotomia Posterior Estereotáxica Unilateral no Tremor Induzido pela Harmalina em Ratos, Ano de obtenção: 2006
Orientador: Fernando Antonio Patriani Ferraz
Áreas do conhecimento : Neurocirurgia

1991 - 1992 Aperfeiçoamento em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica.
University of Toronto, U.TORONTO, Toronto, Canadá
Título: Estimulação cerebral profunda para o tratamento da dor neuropática rebelde
Orientador: Prof. Dr. Ronald R. Tasker

1985 - 1988 Especialização - Residência médica.
Hospital de Base do Distrito Federal, HBDF, Brasil
Título: Neurocirurgia
Palavras-chave: Neurocirurgia

1979 - 1984 Graduação em Medicina.
Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil

1976 - 1978 Ensino Médio (2o grau).
Colegio Aplicação da Faculdade Federal de Goiás, UFG, Brasil

1972 - 1975 Ensino Fundamental (1o grau).
Colegio Aplicação da Faculdade Federal de Goiás, UFG, Brasil

Formação complementar

2011 - 2011	Curso de curta duração em Docência no Ensino/Estágio Probatório. Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil
2004 - 2004	Curso de curta duração em Estágio em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica. Cleveland Clinic (Cleveland - OH - EUA), CC, Estados Unidos
2003 - 2003	Curso de curta duração em Atualização em Dor Neuropática. Pfizer, PFIZER, Brasil
2003 - 2003	Língua espanhola. Instituto Hispânico, IH, Brasil
2002 - 2002	Extensão universitária em II Curso de Neurologia. Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiania, Brasil
2002 - 2002	Curso de curta duração em Pesquisa Bibliográfica. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP/EPM, Brasil
2002 - 2002	Curso de curta duração em Formação Didático e Pedagogia em saúde. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP/EPM, Brasil
2002 - 2002	Curso de curta duração em Elaboração de Teses: Estrutura e Referência. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP/EPM, Brasil
2002 - 2002	Curso de curta duração em Ética Médica. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP/EPM, Brasil
2001 - 2001	Curso de curta duração em Análise Estatística. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, UNIFESP/EPM, Brasil
2000 - 2000	Curso de curta duração em Estágio em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica. University of Toronto, U.TORONTO, Toronto, Canadá
2000 - 2000	Curso de curta duração em Estágio em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica. Emory University School of Medicine, EUSM, Estados Unidos
1999 - 1999	Curso de curta duração em V Curso de Educação Continuada. Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional, SBENF, Brasil
1998 - 1999	Advanced English. Barra English School, BARRA, Brasil
1996 - 1996	Língua Inglesa. Centro Cultural de Idiomas, CCI, Brasil
1993 - 1993	Estágio em cirugia da epilepsia. The University of Western Ontario, UWO, London, Canadá
1982 - 1982	Curso de curta duração em Iniciação Obstétrica. Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, MNSL, Brasil
1978 - 1978	Desenhista de Instalações Elétrica. Colegio Aplicação da Faculdade Federal de Goiás, UFG, Brasil
1974 - 1976	Curso Básico de Inglês. Manhagtan English Course, MEC, Brasil

SES
2434
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO

Atuação profissional

1. Universidade Federal de Goiás - UFG

Vínculo institucional

2010 - Atual Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Professor Auxiliar I , Carga horária: 20, Regime: Parcial

1995 - Atual Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: Professor, Regime: Parcial
Outras informações:
Disciplina de Neurocirurgia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina

1992 - 1996 Vínculo: Pesquisador , Enquadramento funcional: Pesquisador (colaborador) em Neurofisiologia , Carga horária: 10, Regime: Parcial
Outras informações:
Departamento de Fisiologia e Farmacologia do Instituto de Ciências Biológicas

1981 - 1982 Vínculo: Monitor , Enquadramento funcional: Monitor de Patologia, Regime: Parcial
Outras informações:
Departamento de Patologia e Imunologia do Instituto de Patologia Tropical da UFG

1980 - 1980 Vínculo: Monitor , Enquadramento funcional: Monitor de Histologia e Embriologia, Regime: Parcial
Outras informações:
Departamento de Histologia e Embriologia do Instituto de Ciências Biológicas da UFG

Atividades

03/2010 - Atual Graduação, Medicina
Disciplinas Ministradas:
Neurocirurgia

03/2000 - Atual Direção e Administração, Faculdade de Medicina, Laboratório de Estereotaxia Experimental
Cargos Ocupados:
Coordenador

03/1995 - 03/2010 Graduação, Medicina
Disciplinas Ministradas:
Neurocirugia

03/1984 - 04/1984 Extensão Universitária, Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária
Especificação:
Extensão Rural

2. Instituto de Neurologia de Goiânia - ING

Vínculo institucional

2003 - Atual Vínculo: Corpo clínico , Enquadramento funcional: Neurocirurgião, Regime: Parcial

Atividades

SES
2435
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

08/2004 - Atual Direção e Administração, Instituto de Neurologia de Goiânia
Cargos Ocupados:
Coordenador do Grupo de Trabalho "Desordens do Movimento"

3. Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional - SBENF

Vínculo institucional

2000 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

Atividades

09/2006 - 09/2008 Direção e Administração, Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional
Cargos Ocupados:
Presidente

09/2004 - 09/2006 Direção e Administração, Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional
Cargos Ocupados:
Vice-Presidente

09/2000 - 09/2002 Direção e Administração, Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional
Cargos Ocupados:
Secretário Geral

4. Sociedade de Defesa de Recursos Naturais - SODERNA

Vínculo institucional

1977 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

Atividades

01/1984 - 01/1986 Conselhos, Comissões e Consultoria, Sociedade de Defesa de Recursos Naturais – SODERNA
Especificação:
Conselheiro

01/1982 - 01/1984 Direção e Administração, Sociedade de Defesa de Recursos Naturais – SODERNA
Cargos Ocupados:
Presidente

01/1980 - 01/1982 Direção e Administração, Sociedade de Defesa de Recursos Naturais – SODERNA
Cargos Ocupados:
Primeiro-secretário

01/1978 - 01/1980 Conselhos, Comissões e Consultoria, Sociedade de Defesa de Recursos Naturais – SODERNA
Especificação:
Conselheiro

SES
2436
FLS.
RUBRICA

5. Sociedade Goiana de Neurocirúrgia - SGN

Vínculo institucional

1999 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro titular fundador, Regime: Parcial

Atividades

08/2002 - Atual Direção e Administração, Conselho Deliberativo
Cargos Ocupados:
Conselheiro

11/1999 - 05/2002 Direção e Administração, Sociedade Goiana de Neurocirurgia
Cargos Ocupados:
Presidente fundador

6. Sociedade Latino-Americana de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica - SLANFE

Vínculo institucional

2000 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

Atividades

10/2008 - Atual Direção e Administração, SLANFE
Cargos Ocupados:
Secretário

7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC GOIÁS

Vínculo institucional

2007 - Atual Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Professor Adjunto , Carga horária: 10, Regime: Parcial

2006 - 2007 Vínculo: Professor Convidado , Enquadramento funcional: Professor Convidado , Carga horária: 10, Regime: Parcial

Atividades

04/2008 - Atual Direção e Administração, Liga Acadêmica de Neurociências (LANCI)
Cargos Ocupados:
Orientador geral

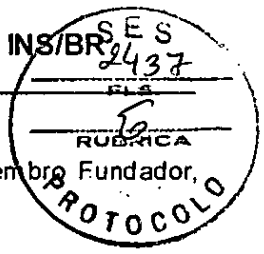
12/2007 - Atual Graduação, Medicina
Disciplinas Ministradas:
Caso Clínico da Unidade Bases Morfofisiológicas do Sistemas: Nervoso, Locomotor, Sensorial, Hematológico e de Revestimento

8. International Neuromodulation Society - INS

Vínculo institucional

2007 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

9. Sociedade Brasileira de Neuromodulação (Capitulo Brasileiro da INS) - INS/BR



Vínculo institucional

2007 - Atual Vínculo: Membro fundador , Enquadramento funcional: Membro Fundador, Regime: Parcial

Atividades

11/2009 - Atual Direção e Administração, DIRETORIA
Cargos Ocupados:
PRESIDENTE

05/2007 - 11/2009 Direção e Administração, DIRETORIA
Cargos Ocupados:
VICE-PRESIDENTE

10. The Council of Healthcare Advisors - CHA

Vínculo institucional

2002 - Atual Vínculo: Consultor , Enquadramento funcional: Consultor em Neurocirurgia e Neurologia, Regime: Parcial
Outras informações:
Pesidido pelo Prêmio Nobel em Medicina Prof. James Watson até o seu falecimento.

11. Associação Médica de Goiás - AMG

Vínculo institucional

2000 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

Atividades

11/1999 - 05/2002 Direção e Administração, Departamento de Neurocirurgia
Cargos Ocupados:
Presidente

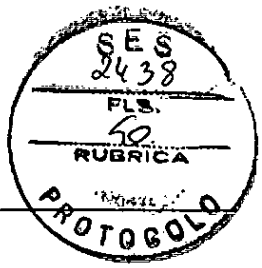
12. Academia Brasileira de Neurocirurgia - ABN

Vínculo institucional

2011 - 2017 Vínculo: Presidente , Enquadramento funcional: Presidente eleito biênio 2015 a 2017, Regime: Parcial
1999 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

Atividades

06/2009 - Atual Direção e Administração, Conselho Deliberativo
Cargos Ocupados:
Conselheiro



13. Associação Goiana para o Estudo da Dor - AGED

Vínculo institucional

1997 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro (presidente fundador), Regime: Parcial

Atividades

03/2009 - Atual Direção e Administração, Associação Goiana para o Estudo da Dor
Cargos Ocupados:
Segundo Tesoureiro

09/2002 - 03/2009 Direção e Administração, Associação Goiana para o Estudo da Dor
Cargos Ocupados:
Diretor científico

01/1997 - 01/2002 Direção e Administração, Associação Goiana para o Estudo da Dor
Cargos Ocupados:
Presidente (fundador)

14. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - SBED

Vínculo institucional

1995 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

Atividades

09/2000 - 09/2002 Direção e Administração, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
Cargos Ocupados:
Membro da Comissão de Especialidades (Neurocirurgia)

15. Hospital das Clínicas da UFG - HC

Vínculo institucional

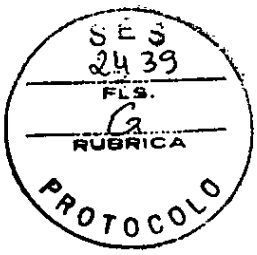
1994 - Atual Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Neurocirurgião , Carga horária: 40, Regime: Integral

Atividades

10/1999 - Atual Direção e Administração, Serviço de Neurocirurgia
Cargos Ocupados:
Coordenador do Setor de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica

08/1996 - 06/1997 Direção e Administração, Pronto Socorro
Cargos Ocupados:
Diretor Científico do Centro de Estudos do Pronto-Socorro

05/1996 - 12/1998 Direção e Administração, Pronto Socorro
Cargos Ocupados:
Coordenador do Serviço de Neurocirurgia



16. American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery - ASSFN

Vínculo institucional

1993 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro internacional, Regime: Parcial

17. World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery - WSSFN

Vínculo institucional

1993 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro ativo, Regime: Parcial

Atividades

06/2009 - Atual Direção e Administração, Psychiatric Surgery Committee
Cargos Ocupados:
Chairman

05/2009 - Atual Direção e Administração, Board of Directors
Cargos Ocupados:
Director

18. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia - SBN

Vínculo institucional

1994 - Atual Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro titular, Regime: Parcial

1993 - 1994 Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro efetivo, Regime: Parcial

Atividades

09/2006 - 09/2008 Direção e Administração, Departamento de Cirurgia Funcional e Dor
Cargos Ocupados:
Coordenador

2004 - Atual Conselhos, Comissões e Consultoria, Departamento Jovem Neurocirurgião
Especificação:
Membro Honorário

09/2002 - 09/2004 Conselhos, Comissões e Consultoria, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Especificação:
Membro da Comissão de Intercâmbio Internacional

09/2002 - 09/2008 Conselhos, Comissões e Consultoria, Conselho Deliberativo
Especificação:
Conselheiro

09/2002 - 09/2004 Serviço Técnico Especializado, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Especificação:
Editor Associado do Boletim da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

SES
2440
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

09/2000 - 09/2002 Conselhos, Comissões e Consultoria, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Especificação:
Membro da Comissão de Intercâmbio Internacional

09/2000 - 09/2002 Direção e Administração, Departamento Jovem Neurocirurgião
Cargos Ocupados:
Coordenador

09/1998 - 09/2000 Direção e Administração, Departamento Jovem Neurocirurgião
Cargos Ocupados:
Coordenador

05/1997 - 09/1998 Direção e Administração, Departamento Jovem Neurocirurgião
Cargos Ocupados:
Coordenador (criador)

19. Instituto Ortopédico de Goiânia - IOG

Vínculo institucional

1992 - 2001 Vínculo: Corpo Clínico , Enquadramento funcional: Neurocirurgião, Regime: Parcial

Atividades

03/1992 - 04/2001 Direção e Administração, Departamento de Neurologia e Neurocirurgia (Instituto do Cérebro - INCER)
Cargos Ocupados:
Diretor do INCER

20. Hospital de Doenças Tropicais - Goiás - HDT

Vínculo institucional

1990 - 1991 Vínculo: Celetista formal , Enquadramento funcional: Neurocirurgião, Regime: Parcial

21. Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO

Vínculo institucional

1990 - 1991 Vínculo: Convidado , Enquadramento funcional: Consultor, Regime: Parcial
Outras informações:
Fase de implantação

Atividades

09/1990 - 02/1991 Direção e Administração, Hospital de Urgências de Goiânia
Cargos Ocupados:
Chefe do Departamento de Neurocirurgia e Neurologia

22. Clínica Santa Mônica - CSM



Vínculo institucional

1989 - 1991 Vínculo: Corpo Clínico , Enquadramento funcional: Neurocirurgião, Regime: Parcial

1983 - 1984 Vínculo: Estágio , Enquadramento funcional: Estágio , Carga horária: 24, Regime: Parcial
Outras informações:
Estágio nas cadeiras de Neurocirurgia, Neurologia e Terapia Intensiva

23. Cooperativa de Médicos em Neurociências - COMNEURO

Vínculo institucional

1997 - 1999 Vínculo: Cooperado , Enquadramento funcional: Membro, Regime: Parcial

Atividades

1997 - 1999 Direção e Administração, COMNEURO-GO
Cargos Ocupados:
Diretor científico

24. Hospital Evangélico Goiano (Anápolis - GO) - HEG

Vínculo institucional

1983 - 1984 Vínculo: Estágio , Enquadramento funcional: Estágio , Carga horária: 24, Regime: Parcial
Outras informações:
Estágio nas cadeiras de Medicina de Urgência e Cirurgia

25. Hospital Lúcio-Rebelo - HLR

Vínculo institucional

2002 - 2005 Vínculo: Corpo Clínico , Enquadramento funcional: Neurocirurgião, Regime: Parcial

Atividades

03/2002 - 12/2005 Direção e Administração, Departamento de Neurocirurgia e Neurologia
Cargos Ocupados:
Chefe do Departamento de Neurocirurgia e Neurologia

26. Cleveland Clinic (Cleveland - OH - EUA) - CC

Vínculo institucional

2004 - 2004 Vínculo: Fellow , Enquadramento funcional: Estágio , Carga horária: 50, Regime: Integral

Atividades



10/2004 - 10/2004 Estágio, Departament of Neurosurgery
Estágio:
Neurocirugia Funcional e Estereotáxica

27. Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Vínculo institucional

2000 - 2006 Vínculo: Discente (doutorado) , Enquadramento funcional: Discente (doutorado), Regime: Parcial

Atividades

2002 - 2004 Direção e Administração, Escola Paulista de Medicina
Cargos Ocupados:
Representante dos Pós-graduandos

28. Emory University School of Medicine - EUSM

Vínculo institucional

2000 - 2000 Vínculo: Fellow , Enquadramento funcional: Estágio , Carga horária: 50, Regime: Integral

Atividades

04/2000 - 04/2000 Estágio, Department of Neurosurgery
Estágio:
Neurocirugia Funcional e Estereotáxica

29. American Association of Neurological Surgeons - AANS

Vínculo institucional

1994 - 2002 Vínculo: Membro , Enquadramento funcional: Membro internacional, Regime: Parcial

Atividades

05/1995 - 12/2002 Conselhos, Comissões e Consultoria, American Association of Neurological Surgeons
Especificação:
Membro internacional da Joint Section on Stereotactic and Functional Neurosurgery of the American Association of Neurological Surgeons and of the Congress of Neurological Surgeons

30. The University of Western Ontario - UWO

Vínculo institucional

1993 - 1993 Vínculo: Fellow , Enquadramento funcional: Estágio , Carga horária: 50, Regime: Integral



Outras informações:
Estágio realizado no Department of Clinical Neurological Sciences, Division of Neurosurgery, University Hospital

Atividades

09/1993 - 10/1993 Estágio, Department of Clinical Neurological Sciences, Division of Neurosurgery
Estágio:
Cirurgia das Epilepsias

31. University of Toronto - U.TORONTO

Vínculo institucional

2000 - 2000 Vínculo: Fellow , Enquadramento funcional: Estágio , Carga horária: 70, Regime: Integral

1991 - 1992 Vínculo: Felow , Enquadramento funcional: Estágio , Carga horária: 50, Regime: Integral

Atividades

11/2000 - 12/2000 Estágio, Department of Surgery: division of neurosurgery
Estágio:
Neurocirugia Funcional e Estereotáxica

02/1991 - 02/1992 Estágio, Department of Surgery: division of neurosurgery
Estágio:
Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica

32. Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF

Vínculo institucional

1985 - 1988 Vínculo: Residente , Enquadramento funcional: Residente de Neurocirurgia, Regime: Parcial

Atividades

01/1988 - 12/1988 Direção e Administração, Unidade de Neurocirurgia
Cargos Ocupados:
Residente-chefe

Revisor de periódico

1. Neuromodulation (Malden) -

Vínculo

2007 - Atual Regime: Parcial

SES
2444
FLS.
10
RUBRICA
PROTOCOLO

2. **Neurotarget** -

Vínculo

2007 - Atual Regime: Parcial

3. **Revista Medical Update** -

Vínculo

2005 - Atual Regime: Parcial

4. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia** -

Vínculo

2005 - Atual Regime: Parcial

5. **Revista Simbidor** -

Vínculo

2000 - Atual Regime: Parcial

6. **Revista Prática Hospitalar** -

Vínculo

1999 - Atual Regime: Parcial

7. **Revista Jovem Médico** -

Vínculo

1998 - Atual Regime: Parcial

8. **Neurocirurgia Contemporânea Brasileira** -

Vínculo

1997 - Atual Regime: Parcial

9. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** -

Vínculo

1996 - Atual Regime: Parcial

10. **Surgical Neurology (Brazilian Contemporary Neurosurgery)** -

Vínculo

SES
2445
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

2004 - 2007 Regime: Parcial

11. **Revista Dor (São Paulo) -**

Vínculo

2002 - 2004 Regime: Parcial

12. **Boletim da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia -**

Vínculo

2002 - 2004 Regime: Parcial

Membro do corpo editorial

1. **Stereotactic and Functional Neurosurgery -**

Vínculo

2010 - Atual Regime: Parcial

2. **Neurotarget -**

Vínculo

2007 - Atual Regime: Parcial

3. **Neuromodulation (Malden) -**

Vínculo

2007 - Atual Regime: Parcial

4. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia -**

Vínculo

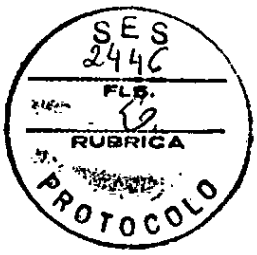
2005 - Atual Regime: Parcial

5. **Brazil Journal of Neurosurgery -**

Vínculo

2005 - Atual Regime: Parcial

6. **Revista Medical Update -**



Vínculo

2005 - Atual Regime: Parcial

7. **Revista Simbidor -**

Vínculo

2000 - Atual Regime: Parcial

8. **Revista Prática Hospitalar -**

Vínculo

1999 - Atual Regime: Parcial

9. **Revista Jovem Médico -**

Vínculo

1998 - Atual Regime: Parcial

10. **Neurocirurgia Contemporânea Brasileira -**

Vínculo

1997 - Atual Regime: Parcial

11. **Surgical Neurology (Brazilian Contemporary Neurosurgery) -**

Vínculo

2004 - 2007 Regime: Parcial

12. **Boletim da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. -**

Vínculo

2002 - 2004 Regime: Parcial
Outras informações:
Editor Associado do Boletim da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.

13. **Revista Dor (São Paulo) -**

Vínculo

2002 - 2004 Regime: Parcial

Áreas de atuação

1. Neurocirurgia

SES
2447
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO

2. Neurologia
3. Neurofisiologia

Idiomas

Inglês Compreende Bem , Fala Bem, Escreve Bem, Lê Bem

Espanhol Compreende Bem , Fala Razoavelmente, Escreve Razoavelmente, Lê Bem

Francês Compreende Pouco , Fala Pouco, Escreve Pouco, Lê Pouco

Português Compreende Bem , Fala Bem, Escreve Bem, Lê Bem

Prêmios e títulos

2007 Aprovado em primeiro lugar em seleção pública de pessoal docente (Professor Adjunto) para o Departamento de Medicina, Universidade Católica de Goiás

2006 500 Greatest Geniuses of the 21st Century, American Biographical Institute (ABI)

2004 Aprovado em terceiro lugar no concurso público para Professor Auxiliar de Neurocirurgia no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás

2003 Citado no Who's Who in the 21st Century, 2nd Edition, International Biographical Centre (Cambridge, England), por sua valiosa contribuição no campo da Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica, International Biographical Centre (Cambridge, England)

2001 Membro Honorário da Sociedade Paraense de Neurocirurgia, Sociedade Paraense de Neurocirurgia

1997 Premiado em 1° lugar pela autoria do trabalho "Síndrome de Tourette: definição da estratégia cirúrgica", na modalidade Tema Livre, apresentado no VII Congresso Nacional da ABNc, Academia Brasileira de Neurocirurgia (ABNc)

1994 Aprovado em primeiro lugar no concurso público para Neurocirurgião do Hospital da Clínicas, Universidade Federal de Goiás

1994 Título de Especialista em Neurocirurgia, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

1987 Premiado em 1° lugar pela autoria do trabalho "Estratégia para a abordagem de lesões intracranianas-I", na modalidade Tema Livre, apresentado na VIII Jornada de Médicos Residentes do HBDF, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)

1987 Premiado em 5° lugar pelo trabalho "TUs intracranianos na infância: a experiência do Serviço de Neurocirurgia do HBDF no período 1977/1986", apresentado na VIII Jornada de Médicos Residentes do HBDF, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)

Produção em C, T& A

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. VILELA FILHO, O.

SES
2448
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Tratamento cirúrgico das desordens psiquiátricas. Jornal Brasileiro de Neurocirurgia. , v.20, p.362 - 364, 2009.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

2. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SILVA, D. J., SOUZA, J. T., OLIVEIRA, P. M., RIBEIRO, T. M.
Bilateral GPe-DBS for Tourette's Syndrome. Neurotarget. , v.3, p.66 - 66, 2008.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Impresso

3. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SILVA, D. J., SOUZA, J. T., OLIVEIRA, P. M., RIBEIRO, T. M. C.
Bilateral globus pallidus externus deep brain stimulation (GPe-DBS) for the treatment of Tourette Syndrome: an ongoing prospective controlled study. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.85, p.42 - 43, 2007.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Vários

4. VILELA FILHO, O., FERRAZ, F., BARROS, B. A., BARRETO, P. G., NOBREGA, M. D. A., ATAYDE, I. B., SILVA, D. J., SOUZA, J. T., LEITE, M. S. B.
Effects of unilateral posterior striatotomy on harmaline-induced tremor in rats. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.85, p.29 - 30, 2007.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Vários

5. VILELA FILHO, O., CARNEIRO FILHO, O., ARRATIA, J. I. C., RAGAZZO, P. C., ARRUDA, J. B., COSTA, V., MARTINS, L. F., MELO-SOUZA, S. E., PEREIRA, A. C.
Gamma probe assisted epilepsy surgery: preliminary results of a new technique. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.85, p.42 - 43, 2007.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Vários

6. VILELA FILHO, O., CARNEIRO FILHO, O.
MRI-based frameless technique to determine target coordinates stereotact funct neurosurg. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.85, p.62 - 63, 2007.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Vários

7. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J.
STN Lesioning for the treatment of Parkinson's Disease: risks and benefits in a long-term follow-up study. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.85, p.24 - 25, 2007.
Referências adicionais : Inglês. Meio da divulgação: Vários

8. VILELA FILHO, O.
Tratamiento Neuroquirúrgico del Dolor: estado actual. Neurotarget. , v.1, p.6 - 20, 2006.
Referências adicionais : Espanhol. Meio de divulgação: Vários

9. VILELA FILHO, O., CARNEIRO FILHO, O.
Gamma probe-assisted brain tumor microsurgical resection: a new technique. Arquivos de Neuro-Psiquiatria (Impresso). , v.60, p.1042 - 1047, 2002.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Meio digital

10. SILVA, D. J., VILELA FILHO, O., CAVALCANTE, J. E.
Tratamento de discinesia buco-orolingual tardia com toxina botulínica tipo A (TOXBA) - registro de caso com vídeo. Arquivos de Neuro-Psiquiatria (Impresso). , v.60, p.232 - 233, 2002.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

11. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J.
Unilateral subthalamic nucleus lesioning: a safe and effective treatment for Parkinson's disease. Arquivos de Neuro-Psiquiatria (Impresso). , v.60, p.935 - 948, 2002.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Meio digital

12. VILELA FILHO, O.
CT-based stereotactic subcaudate tractotomy (SST): technical note. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.76, p.287 - 288, 2001.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Impresso

13. VILELA FILHO, O., ARAUJO, M. R., FLORENCIO, R. S., SILVA, M. A. C., SILVEIRA, M.T.
CT-Guided Percutaneous Punctate Midline Myelotomy for the Treatment of Intractable Visceral Pain: A Technical Note. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.77, p.177 - 182, 2001.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Meio digital

14. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J.
Doença de Parkinson: tratamento cirúrgico atual. Neurocirurgia Contemporânea Brasileira. , v.3, p.1 - 8,

SES
2449
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

2001.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Impresso

15. VILELA FILHO, O., PEREIRA, C. E.
Establishment of a reliable landmark to guide percutaneous radiofrequency occipital neurotomy. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.77, p.204 - 205, 2001.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

16. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., FERRAZ, F.
Evidence for the involvement of the basal ganglia in the genesis of essential tremor (ET). Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.77, p.149 - 150, 2001.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Vários

17. VILELA FILHO, O.
In vivo evalution of cordotomy lesions by magnetic resonance imaging: a new approach. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.77, p.203 - 204, 2001.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

18. VILELA FILHO, O., BOTTER JUNIOR, W., OLIVEIRA, S. B., TEIXEIRA, H. S.
OVF MRI fiducial: a new and long-lasting material for stereotactic MRI. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.76, p.191 - 192, 2001.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

19. VILELA FILHO, O.
Pathophysiology of the steady burning, dysesthetic component of neuropathic pain: a hypothesis. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.77, p.205 - 206, 2001.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

20. VILELA FILHO, O., CARNEIRO FILHO, O., SOUZA, H. A. O., MACHADO, D. C., RODRIGUES FILHO S., CAMPOS, J. A.
SPECT-Based Tailoring of Psychosurgical Procedures: Is It Possible?. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.76, p.256 - 261, 2001.
Referências adicionais : Inglês. Meio da divulgação: Meio digital

21. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., SOUZA, H. A. O., CAVALCANTE, J. E., SOUZA, J. T., FERRAZ, F. P., SILVA, L. G., SANTOS, L. F.
Stereotactic Subthalamic Nucleus Lesioning for the Treatment of Parkinson’s Disease. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.77, p.79 - 86, 2001.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Meio digital

22. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J.
Doença de Parkinson: Tratamento cirúrgico atual. Neurocirurgia Contemporânea Brasileira. , v.3, p.1 - 8, 2000.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Impresso

23. VILELA FILHO, O., CORREA, C. F.
Tratamento da dor crônica refratária .por neuroestimulação. Neurocirurgia Contemporânea Brasileira. , v.2, p.1 - 2, 1999.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

24. REZAI, A. R., FRANCISCO, A. N., VILELA FILHO, O., LOZANO, A. M., TASKER, R. R.
Deep brain stimulation for intractable neuropathic pain: Contemporary management and outcome in 80 patients. Journal of Neurosurgery. , v.88, p.416A - , 1998.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Vários

25. VILELA FILHO, O., CORREA, C. F.
Dor e neuroestimulação: Estimulação elétrica do sistema nervoso para o manejo da dor crônica intratável. Biotecnologia. , v.2, p.56 - 66, 1998.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

26. VILELA FILHO, O.
Dor: Aspectos clínicos e estratégia cirúrgica. Neurocirurgia Contemporânea Brasileira. , v.2, p.1 - 4, 1997.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Impresso

27. VILELA FILHO, O., DIAS, K. R. S.
Traumatismo cranioencefálico – parte I: Epidemiologia, etiologia, mecanismos de lesão e exame

SES
3450
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO

neurológico. Revista Goiana de Medicina. , v.42 (1), p.45 - 56, 1997.
Áreas do conhecimento : Neurocirurgia
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Vários

28. VILELA FILHO, O., DIAS, K. R. S.
Traumatismo cranioencefálico – parte II: Lesões traumáticas – particularidades, conduta e tratamento. Revista Goiana de Medicina. , v.42 (1), p.57 - 84, 1997.
Referências adicionais : Português.

29. VILELA FILHO, O.
Dor: Anatomia funcional, classificação e fisiopatologia. Neurocirurgia Contemporânea Brasileira. , v.2, p.1 - 6, 1996.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Impresso

30. VILELA FILHO, O.
Risk factors for unpleasant paresthesiae induced by parethesiae-producing deep brain stimulation. Arquivos de Neuro-Psiquiatria (Impresso). , v.54, p.57 - 63, 1996.
Referências adicionais : Inglês.

31. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T.
Síndrome de Tourette: uma decorrência da hiperatividade do pálido lateral?. Revista de Psiquiatria Clínica (USP. Impresso). , v.22 (4), p.138 - , 1996.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Impresso

32. TASKER, R. R., VILELA FILHO, O.
Deep Brain Stimulation for Neuropathic Pain. Stereotactic and Functional Neurosurgery. , v.65, p.122 - 124, 1995.
Referências adicionais : Inglês. Meio de divulgação: Meio digital

33. VILELA FILHO, O., TASKER, R. R.
Pathways involved in thalamic ventrobasal stimulation for pain relief: evidence against the hypothesis VB stimulation  rostroventral medulla excitation  dorsal horn inhibition. Arquivos de Neuro-Psiquiatria (Impresso). , v.52 (3), p.386 - 391, 1994.
Referências adicionais : Inglês.

34. VILELA FILHO, O.
Thalamic ventrobasal stimulation for pain relief: probable mechanisms, pathways and neurotransmitters. Arquivos de Neuro-Psiquiatria (Impresso). , v.52 (4), p.578 - 584, 1994.
Referências adicionais : Português.

35. VILELA FILHO, O., ROCHA, J. C. N., ALMEIDA, W. C., LEITE, M. S. B., SILVA, D. J., CAVALCANTE, J. E.
Biópsia de lesões intracranianas a mão livre assistida por tomografia computadorizada ou ultra-sonografia. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia. , v.10 (2), p.103 - 119, 1991.
Referências adicionais : Português.

36. VILELA FILHO, O., FERNANDES, S. O., MENDONCA, J. L. F., VILELA, M. I. O. P., SANTOS, B. G., FARAGE FILHO, M.
Granulomas e tumores cerebrais: dificuldades no diagnóstico diferencial. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia. , v.9 (2), p.87 - 95, 1990.
Referências adicionais : Português.

37. MOTA, L. A. A. C. R., VILELA FILHO, O., HORTA, M. P., LIMA, B. O., PRATESI, Riccardo, FARAGE FILHO, M.
Síndrome de Russel: tumor diencefálico em uma criança. Arquivos de Neuro-Psiquiatria (Impresso). , v.48, p.107 - 112, 1990.
Referências adicionais : Português.

38. VILELA FILHO, O.
Estratégia para a abordagem de lesões intracranianas. Revista Goiana de Medicina. , v.35, p.59 - 70, 1989.
Referências adicionais : Português. Meio de divulgação: Impresso

Capítulos de livros publicados

SES
2451
FLS.
60
RUBRICA
PROTOCOLO

1. PORTO, C. C., VILELA FILHO, O., CARNEIRO, D. S. D.
Dor In: Semiologia Médica.6 ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2009, p. 63-76.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

2. VILELA FILHO, O.
History of Stereotactic and Functional Neurosurgery in Brazil In: Textbook of Stereotactic and Functional Neurosurgery.2 ed.Berlin, Heidelberg : Springer-Verlag, 2009, v.1, p. 197-247.
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. ISBN: 9788527713825

3. VILELA FILHO, O., CARNEIRO, D. S. D.
Dor In: Exame Clínico: bases para a prática médica.6 ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008, p. 44-58.
Referências adicionais : Brasil/Português. ISBN: 9788527713825

4. VILELA FILHO, O.
O Tratamento Neurocirúrgico da Dor In: Tratamento das Doenças Neurológicas.2 ed.Rio de Janeiro - RJ : Guanabara Koogan, 2008, p. 787-792.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

5. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico dos Desordens do Movimento In: Tratamento de Doenças Neurológicas ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008, p. 688-696.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

6. VILELA FILHO, O.
Dor In: Uma viagem pelo corpo ed.Goiânia : Aquarius, 2007, v.1, p. 79-82.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

7. VILELA FILHO, O.
Operação utilizando o globo pálido externo para tratar síndrome de Tourette foi a primeira no mundo In: Procedimentos pioneiros na medicina goiana ed.Goiânia : Editora da UCG, 2006, v.1, p. 71-73.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 8571033625

8. VILELA FILHO, O.
Psicocirurgia In: Procedimentos pioneiros na medicina goiana.1 ed.Goiânia : Editora da UCG, 2006, v.1, p. 64-66.
Referências adicionais : Brasil/Português. ISBN: 8571033625

9. VILELA FILHO, O., CARNEIRO, D. S. D.
Dor In: Semiologia Médica.5 ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005, p. 60-72.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 8527710080

10. VILELA FILHO, O., CARNEIRO, D. S. D.
Dor In: Exame Clínico: bases para a prática médica.5 ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2004, p. 37-50.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

11. SILVA, D. J., VILELA FILHO, O.
Novas perspectivas no tratamento clínico In: Doenças de Parkinson.2 ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2003, p. 238-247.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

12. VILELA FILHO, O.
O papel do neurocirurgião na clínica de dor In: A Clínica da Dor: organização, funcionamento e bases cientificas ed.Curitiba : Editora Maio, 2003, p. 245-267.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

13. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J.
Tratamento neurocirúrgico: lesão do núcleo subtalâmico In: Doença de Pakinson.2 ed.Rio de Janeiro : Guanabra Koogan, 2003, p. 238-247.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

14. VILELA FILHO, O., CARNEIRO, D. S. D.
Dor In: Semiologia Médica ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001, p. 62-75.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

SES
2452
FLS
6
RUBRICA
PROTOCOLO

15. VILELA FILHO, O., CARNEIRO, D. S. D.
Dor In: Exame Clínico: bases para a prática médica.4 ed.Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2000, p. 38-50.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

16. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T.
Síndrome de Tourette: anatomofisiologia dos glânglios da base e sistema límbico, circuitária e fisiopatologia In: Síndrome de Gilles de la Tourette: tiques nervosos e transtornos de comportamento associados na infância e adolescência ed.São Paulo : Lemos Editorial, 1998, p. 137-158.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

17. VILELA FILHO, O.
Síndrome pós-laminectomia In: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia - temas de atualização em neurocirurgia ed.São Paulo : Frôntis Editorial, 1998, p. 51-68.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

18. VILELA FILHO, O.
Tratamento cirúrgico da Síndrome de Tourette In: Síndrome de gilles de la Tourette: tiques nervosos e transtornos de comportamento associados na infância e adolescência ed.São Paulo : Lemos Editorial, 1998, p. 303-310.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

19. TASKER, R. R., VILELA FILHO, O.
Deep brain stimulation for the control of intractable pain In: Neurological surgery.4 ed.Philadelphia : Saunders, 1996, v.5, p. 3512-3527.
Referências adicionais : Brasil/Inglês. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788527713825

Trabalhos publicados em anais de eventos (completo)

1. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., COSTA, A.
Are Hallucinations and Delusions in Schizophrenia Surgically treatable? In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

2. Garcia Filho, O, RAGAZZO, P. C.
Are Hallucinations and Delusions in Schizophrenia Surgically treatable? In: American Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting, 2010, New York.
American Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

3. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., COSTA, A.
Are Hallucinations and Delusions in Schizophrenia Surgically treatable? In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

4. Garcia Filho, O, RAGAZZO, P. C., SOUZA, J. T., SILVA, Delson J., OLIVEIRA, P. M., PIEDIMORE, F., RIBEIRO, T. M.
Bilateral GPe-DBS for Tourette Syndrome: a double blind prospéctive controlled study of seven patients In: American Society fo Stereotic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting, 2010, New york.
American Society fo Stereotic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

5. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SOUZA, J. T., SILVA, Delson J., OLIVEIRA, P. M., PIEDIMORE, F., RIBEIRO, T. M.
Bilateral GPe-DBS for Tourette Syndrome: a double-blind Prospective Controlled Study of Eight Patients In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO'.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

SES
2453
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

6. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SOUZA, D. J., OLIVEIRA, P. M., PIEDIMORE, F., RIBEIRO, T. M. C.
Bilateral GPe-DBS for Tourette Syndrome: a double-blind Prospective Controlled Study of Eight Patients In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

7. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., RAMOS, A. P.
CT-Based Stereotactic Subcaudate Tractotomy (SST): technical note In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

8. Filho, O. Vilela, RAGAZZO, P. C.
CT-Based Stereotactic Subcaudate Tractotomy (SST): technical note In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

9. VILELA FILHO, O., FERRAZ, F., BARROS, B. A., SILVA, Delson J., SOUZA, J. T., LEITE, Maurício Sérgio B.
Effects of Unilateral Posterior Striatotomy on Harmaline-induced Tremor in Rats In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

10. VILELA FILHO, O., Ferraz, F. A. P., BARROS, B. A., SILVA, Delson J., SOUZA, J. T., LEITE, Maurício Sérgio B., LOPES, R. F. S.
Effects of Unilateral Posterior Striatotomy on Harmaline-induced Tremor in Rats In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

11. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., VHES, A.
MRI-guided Stereotactic Anterior Callosotomy: refining an old underused technique In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

12. Filho, O. Vilela, RAGAZZO, P. C.
MRI-guided Stereotactic Anterior Callosotomy: refining an old underused technique In: American Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting, 2010, New York.
American Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

13. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., VHES, A.
MRI-guided Stereotactic Anterior Callosotomy: refining an old underused technique In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

14. VILELA FILHO, O., CAMPEDELLI, J. T.
Pathophysiology of the Steady Burning, Dysesthetic Component of the Neuropathic Pain: a hypothesis In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

15. VILELA FILHO, O., CAMPEDELLI, J. T.
Pathophysiology of the Steady Burning, Dysesthetic Component of the Neuropathic Pain: a hypothesis In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting

SES 2454 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

16. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T., RAGAZZO, P. C., SILVA, Delson J., CANEDO, D.
Pathophysiology of tourette Syndrome: a new hypothesis In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

17. VILELA FILHO, O., Sousa, Joaquim T., RAGAZZO, P. C., SILVA, Delson J., CANEDO, D.
Pathophysiology of tourette Syndrome: a new hypothesis In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

18. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T., SILVA, Delson J., RAGAZZO, P. C., SILVA, L. A. O.
STN Lesioning-Induced Dyskinesia in Patients with Parkinson's Disease: what is behid it? In: Neurotarget 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

19. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T., SILVA, Delson J., RAGAZZO, P. C., SILVA, L. G.
STN Lesioning-Induced Dyskinesia in Patients with Parkinson's Disease: what is behid it? In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

20. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., MORAIS, B. A.
The Role of The Basal Ganglia in the Surgical Management of Aggressiveness In: Neurotarget 2010, 2010
Neurotarget. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

21. Filho, O. Vilela, RAGAZZO, P. C.
The Role of The Basal Ganglia in the Surgical Management of Aggressiveness In: American Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting, 2010, New York.
American Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery Biennal Meeting. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

22. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., MORAIS, B. A.
The Role of The Basal Ganglia in the Surgical Management of Aggressiveness In: Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery, 2010, Goiânia - GO.
Official Program of the I joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Funcional NeuroSurgery. , 2010.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

23. Vilela Filho O
Dor de Origem Central In: I Congresso da UNIMED Goiânia, 2007, Goiânia - GO.
I Congresso da UNIMED Goiânia. , 2007.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

24. VILELA FILHO, O.
Estratégia para o tratamento cirúrgico da dor In: XI Congresso Brasileiro de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 2003
XI Congresso Brasileiro de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia. , 2003.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital

25. Vilela Filho O
Dor In: III Fórum Goiano de Musicoterapia e I Simpósio de Musicoterapia na Saúde e Educação, 2001,

SES
2.455
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO

Goiânia.
III Fórum Goiano de Musicoterapia e I Simpósio de Musicoterapia na Saúde e Educação. , 2001.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

26. Vilela Filho O
Tratamento atual dos distúrbios do movimento In: IX Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 1999
Publicação digital do IX Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia. , 1999.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo)

1. Vilela Filho, Osvaldo, RAGAZZO, P. C., SOUZA, J. T., SILVA, Delson J., OLIVEIRA, P. M., RIBEIRO, T. M.
Bilateral GPe-DBS for thr Treatment of Refractory Tourette Syndrome In: 15th Quadrennial World Society of Stereotactic & Functional Neurosurgery Congress, 2009, Toronto, Ontário, Canadá.
WSSFN Quadrennial Meeting. , 2009. v.1. p.87 - 87
Referências adicionais : Canadá/Inglês. Meio de divulgação: Impresso

2. Vilela Filho O
DBS for Tourette's syndrome In: 8th World Congress of the International Neuromodulation Society & 11th Annual Meeting of the North American Neuromodulation Society, 2007, Acapulco.
Conference of the 8th World Congress of the International Neuromodulation Society & 11th Annual Meeting of the North American Neuromodulation Society (Neuromodulation: Technology at the Neural Interface). , 2007. p.21 - 21
Referências adicionais : México/Inglês. Meio de divulgação: Impresso

3. Vilela Filho O, RAGAZZO, P. C., SILVA, Delson J., SOUZA, Joaquim T., OLIVEIRA, P. M., RIBEIRO, T. M. C.
Bilateral globus pallidus extemus deep brain stiomulation (GPe-DBS) for the treatment of Tourette Syndrome: a ongoing prospective controlled study In: 2006 Biennal Meeting: bridiging the Future of Neurosurgery, 2006, Boston.
Abstract Book of the ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery. , 2006.
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Outro

4. VILELA FILHO, O., Ferraz, F. A. P., BARROS, B. A., NOBREGA, M. D. A., ATAYDE, I. B., SILVA, Delson J., SOUZA, J. T., LEITE, Maurício Sérgio B.
Effects of unilateral posterior striatotomy on harmaline-induced tremor in rats In: 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery, 2006, Boston.
Abstract Book of the ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery. , 2006.
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Outro

5. Vilela Filho O, CARNEIRO FILHO, O., RAGAZZO, P. C., ARRATIA, J. I. C., ARRUDA, J. B., COSTA, V., MARTINS, L. F., MELO-SOUZA, S. E., PEREIRA, A. C.
Gamma probe assisted epilepsy surgery premilinary results of a new technique In: 2006 Biennal Meeting: bridiging the Future of Neurosurgery, 2006, Boston.
Abstract Book of the ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery. , 2006.
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês.

6. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SILVA, Delson J., SOUZA, J. T., OLIVEIRA, P. M., RIBEIRO, T. M. C.
Globus Pallidus Externus Deep brain stimulation (GPe-DBS) for the treatment of Tourette syndrome: an ongoing prospective controlled study In: 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery, 2006, Boston.
Abstract Book of the ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery.. , 2006.
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês.

7. Vilela Filho O, SILVA, Delson J.

8

SES
2456
FLS.
ROBERTO
PROTOCOLO

STN lesioning for the treatment of Parkinson's disease: risks and benefits in a long-term follow-up study In: 2006 Biennial Meeting: bridging the future of neurosurgery, 2006, Boston.
Abstract Book of the ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery. , 2006.
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês.

8. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SILVA, Delson J., SOUZA, J. T., OLIVEIRA, P. M., CARNEIRO FILHO, O., RIBEIRO, T. M. C., Rodrigues Filho, S., BARROS, B. A., SANTOS, M. R., SALES, W. S., MOTHE, R. A., Ferraz, F. A. P.
Globus pallidus externus (GPe) deep brain stimulation (DBS) for the treatment of Tourette syndrome (TS): evaluation of a new target in a prospective controlled study In: 2004 Biennial Meeting – Neuromodulation: Defining the Future, 2004, Cleveland.
Abstract Book of the ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2004 Biennial Meeting – Neuromodulation: Defining the Future. , 2004.
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Outro

9. VILELA FILHO, O.
Stereotactic-guided gamma probe-assisted brain tumor microsurgical resection In: 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2003, New York.
Abstract Book of the 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2003. p.134 - 134
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Impresso

10. VILELA FILHO, O., SILVA, Delson J., SOUZA, J. T., Ferraz, F. A. P., Cavalcante, J. E. S.
STN lesioning-induced dyskinesia in patients with Parkinson's disease: what is behind it? In: 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2003, New York.
Abstract Book of the 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2003. p.198 - 198
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso

11. VILELA FILHO, O., SILVA, Delson J., Ferraz, F. A. P., Cavalcante, J. E. S.
Subthalamic nucleus lesioning for Parkinson's disease: recurrence-related factors In: 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2003, New York.
Abstract Book of the 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2003. p.112 - 112
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso

12. Vilela Filho O, ARAUJO, M. R., FLORENCIO, R. S., SILVA, M. A. C., SILVEIRA, M. T.
CT-based stereotactic subcaudate tractotomy (SST): technical note In: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Outro

13. VILELA FILHO, O., ARAUJO, M. R., FLORENCIO, R. S., SILVA, M. A. C., SILVEIRA, M. T.
CT-guided percutaneous punctate midline myelotomy for the treatment of intractable visceral pain: technical note In: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

14. Vilela Filho O, PEREIRA, C. E.
Estabilishment of a reliable landmark to guide percutaneous radiofrequency occipital neurotomy In: 13th Meeting of the World Society for Stereotatic and Function Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Outro

15. Vilela Filho O, SILVA, Delson J., FERRAZ, F.
Evidence for the involvement of the basal ganglia ikn the geneseis of essencial tremor (ET(. In: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.

SES
1457
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

16. Vilela Filho O
In vivo evaluation of cordotomy lesions by magnetic resonance imaging: a new aprroach In: 13th-Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Outro

17. VILELA FILHO, O., BOTTER JUNIOR, W., OLIVEIRA, S. B., Texeira, K. S.
OVF MRI fiducial: a new and long-lasting material for stereotactic MRI In: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Austrália/Inglês.

18. Vilela Filho O
Pathophysiology of the steady buming, dysesthetic component of neuropathic pain: a hypothesis In: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Outro

19. Vilela Filho O, SILVA, Delson J., SOUZA, Joaquim T., CAVALCANTE, José Edison
Stereotactic subthalamic nucleus (STN) lesioning for the treatment of Parkisons-s diases (PD) In: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Outro

20. Vilela Filho O, CARNEIRO FILHO, O., SOUZA, H. A. O., MACHADO, D. C., RODRIGUESFILHO, S., CAMPOS, J. A.
Tailoring of psychosurgical procedures: is it possible? In: 13th Meeting of the World Society for Stereotatic and Function Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 2001.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

21. VILELA FILHO, O., SOUZA, H. A. O., CAVALCANTE, José Edison, Dias, P. C. M., LEITE, Maurício Sérgio B.
Biópsia percutânea assistida por tomografia computadorizada de tumores intramedulares In: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997, Goiânia.
Programa Final do VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia. , 1997. v.1. p.93 - 93
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

22. VILELA FILHO, O., Faria, P. S., SILVA, Delson J., SOUZA, H. A. O.
Evidência da participação dos gânglios da base na gênese do tremor essencial In: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997, Goiânia.
Programa Final do VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia. , 1997. v.1. p.77 - 77
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

23. VILELA FILHO, O., SOUZA, H. A. O.
Higroma subdural traumático: aspectos clínicos, indicações e técnicas cirúrgicas In: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997, Goiânia.
Programa Final do VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia. , 1997. p.63 - 63
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

24. VILELA FILHO, O., Faria, P. S., SOUZA, H. A. O., LEITE, Maurício Sérgio B.
Melanocitoma meníngeo: relato de caso e revisão da literatura In: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997, Goiânia.
Programa Final do VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia. , 1997. v.1. p.82 - 82

SES
2458
FLS.
RUBRICA

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

25. VILELA FILHO, O.
Risk factors for paresthesia-producing deep brain stimulation In: III Simpósio Internacional de Dor, 1997, São Paulo.
Anais do III Simpósio Internacional de Dor. , 1997. p.19 - 20
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

26. VILELA FILHO, O., Faria, C. S. C., Faria, P. S.
Síndrome de Tourette – Definição da estratégia cirúrgica In: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997, Goiânia.
Programa Final do VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia. , 1997. p.60 - 60
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

27. VILELA FILHO, O., SILVA, Delson J., SOUZA, H. A. O., CAVALCANTE, José Edison, SOUZA, J. T., Ferraz, Fernando P., SILVA, L. G., SANTOS, L. F.
Stereotactic subthalamic nucleus (STN) lesioning for the treatment of Parkinsons's disease (PD) In: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001, Adelaide.
Final Programme and Abstract Book of the 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. , 1997.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

28. SOUZA, H. A. O., VILELA FILHO, O.
Ependimoma extradural torácico: relato de caso e revisão da literatura In: XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 1994, Belo Horizonte.
Anais do XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. , 1994.
Referências adicionais : Brasil/Português.

29. VILELA FILHO, O.
Estimulação talâmica ventrobasal para alívio da dor: prováveis mecanismos, vias e neurotransmissores In: XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 1994, Belo Horizonte.
Anais do XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. , 1994.
Referências adicionais : Brasil/Português.

30. VILELA FILHO, O., TASKER, Ronald R.
Mecanismo de alívio da dor pela estimulação talâmica ventrobasal: evidência contrária à hipótese de Tsubokawa In: XX-Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 1994, Belo Horizonte.
Anais do XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. , 1994.
Referências adicionais : Brasil/Português.

Artigos em jornal de notícias

1. VILELA FILHO, O.
Síndrome de Tourette como foco cirúrgico. Revista Neuro Ação. Goiânia - GO, p.7 - 8, 2011.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

2. VILELA FILHO, O.
Brasileiro não sabe usar analgésicos. A voz. , 2008.
Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: http://www.portalavoz.com/?pg=noticia&id=1808

3. VILELA FILHO, O.
Conselho critica intervençao da justiça. O Estado de São Paulo. São Paulo - SP, p.A13 - A13, 2008.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

4. VILELA FILHO, O.
Equipe estreante almeja pontos na abertura. F1Mania. , 2008.
Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: http://www.f1mania.net/noticias/vernoticia.php?29330

5. VILELA FILHO, O.
Marca-passo é a última esperança para quem sofre de depressão crônica. Fantástico. , 2008.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: VáriosHome page: http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL698569-15605,00.html

SES
2459
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

6. VILELA FILHO, O.
Piloto da Stock Car realiza cirurgia dos sonhos. Lancenet. , 2008.
Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: https://seguro.lancenet.com.br/noticias/08-02-20/241243.stm?piloto-da-stock-car-realiza-cirurgia-dos-sonhos

7. VILELA FILHO, O.
Esperança contra síndrome. Diário da manhã. Goiânia - GO, 2007.
Referências adicionais : Brasil/Português.

8. VILELA FILHO, O.
Goiano preside congresso internacional em Rio Quente. Goiás Agora. , 2007.
Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: http://www.noticias.goias.gov.br/index.php?idMateria=21332&tp=positivo

9. VILELA FILHO, O.
MÉDICOS DIVULGAM RESULTADOS DE UMA CIRURGIA QUE PODE ACABAR COM O TIC NERVOSO. JORNAL 24 HORAS. , 2007.
Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: http://www.clipclipping.com.br/video.php?link_id_materia=446767

10. VILELA FILHO, O.
Médico de Goiás realiza cirurgia inédita. Jornal Opção. , 2004.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: VáriosHome page: http://www.jornalopcao.com.br/index.asp?secao=Destaques1&idjornal=85

11. VILELA FILHO, O.
O Brasil comete suicídio em massa. Jornal Opção. , 2004.
Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: http://www.jornalopcao.com.br/index.asp?secao=Entrevistas&idjornal=72

12. VILELA FILHO, O.
Cirurgia que destrói parte do cérebro é feita sem controle. Folha de São Paulo. São Paulo - SP, 2003.
Referências adicionais : Brasil/Português. Home page: http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u82927.shtml

13. VILELA FILHO, O.
A psicocirurgia atual. Jornal Mineiro de Psiquiatria. Belo Horizonte, p.9 - 11, 2001.
Referências adicionais : Brasil/Português.

14. VILELA FILHO, O.
Síndrome pós-laminectomia. Âmbito Hospitalar. , p.20 - 22, 1998.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

Artigos em revistas (Magazine)

1. VILELA FILHO, O.
Cirurgia pode ser alternativa para devolver qualidade de vida a portadores da doença. Revista Neuro Noticia. Goiânia - GO, p.7 - 8, 2009.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

2. VILELA FILHO, O.
A herança da lobotomia. Galileu. , p.70 - 75, 2004.
Referências adicionais : Brasil/Português.

3. VILELA FILHO, O.
Dor: Anatomia funcional, classificação e fisiopatologia. Revista Jovem Médico. , p.125 - 132, 1998.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

4. VILELA FILHO, O.
Dor: Aspectos clínicos e estratégia cirúrgica. Revista Jovem Médico. , p.188 - 192, 1998.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

5. VILELA FILHO, O.
Dor nociceptiva x dor por injúria neural. Dor em Foco. Goiânia, p.2 - 4, 1998.
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

Apresentação de Trabalho

1. VILELA FILHO, O.

SES
2460
FLS.
60
PROTOCOLO

Cirurgia na Doença de Parkinson – Como Estamos. Palestrante no I Simpósio de Distúrbios do Movimento e II Fórum Alagoano de Parkinson, 2011. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Maceió

2. VILELA FILHO, O.
Coma Superficial: Perspectivas com Estimulação Cerebral Profunda. Palestrante no 10º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, 2011. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo

3. VILELA FILHO, O.
Comparison Between the Different Techniques Concerning the Treatment of Temporal Lobe Epilepsy. Speaker of main session: Functional – Epilepsy no 14th WFNS Interim Meeting 2011 and the 15th Congress of Continuous Education of the Brazilian Society of Neurosurgery, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Pernambuco

4. VILELA FILHO, O.
DBS for Tourette's Syndrome. Speaker of main session: Functional – Abnormal Movements Management of Non-PD Movement Disorders no 14th WFNS Interim Meeting 2011 and the 15th Congress of Continuous Education of the Brazilian Society of Neurosurgery, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Pernambuco

5. VILELA FILHO, O.
DBS no Tratamento da Síndrome de Gilles de la Tourette. Palestrante no XIV Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Natal; Inst.promotora/financiadora: Academia Brasileira de Neurocirurgia

6. VILELA FILHO, O.
Deep Brain Stimulation for Tourette's Syndrome. Palestrante no 10th World Congress of the International Neuromodulation Society, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: London

7. VILELA FILHO, O.
Estimulação Cerebral Profunda Bilateral do Globo Pálido Externo no Tratamento da Síndrome de Tourette. Palestrante no 10º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, 2011. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo

8. VILELA FILHO, O.
Estimulação Cerebral Profunda do Núcleo Subtalâmico (NTS – DBS) para o Transtorno Obsessivo Compulsivo. Palestrante no 10º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, 2011. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo

9. VILELA FILHO, O.
Gilles de la Tourette: procedimentos ablativos e neuroestimulação. Palestrante no 7º Curso Micromar Latinoamericano de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional, 2011. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo; Inst.promotora/financiadora: Micromar

10. VILELA FILHO, O.
Neuromodulação Cerebral: perspectivas futuras. Palestrante da mesa redonda: Outras aplicações da neuromodulação no 7º Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Gramado; Evento: 7º Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamento e Emoções

11. VILELA FILHO, O.
Neuromodulação na Dor Neuropática. Palestrante no 10º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, 2011. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo

12. VILELA FILHO, O.

SES 2461 FLS 19 RUBRICA PROTOCOLO

Tratamento cirúrgico da Síndrome de Tourette; Abordando a agressividade refratária; A cirurgia psiquiátrica atual. Palestrante no 9º Congresso da Sociedade de Cirurgia Neurológica do Cone Sul, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Cone Sul; Inst.promotora/financiadora: Sociedade de Cirurgia Neurológica do Cone Sul

13. VILELA FILHO, O.
Tratamento da Dor. Coordenador da Sessão Especial no 10º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, 2011. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo

14. VILELA FILHO, O.
Tratamento Neurocirúrgico da Esquizofrenia. Palestrante no XIV Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Natal; Inst.promotora/financiadora: Academia Brasileira de Neurocirurgia

15. VILELA FILHO, O.
Tratamento Neurocirúrgico da Síndrome de Tourette. Palestrante da Mesa Redonda: Neurocirurgia funcional para doenças psiquiátricas: como estamos no Brasil? 7º Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamento e Emoções, 2011. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Gramado

16. VILELA FILHO, O.
Abordagem Combinada de Múltiplos Alvos. Palestrante do Curso Pré-Congresso: Neurocirurgia Funcional, no XXVIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Salvador - Bahia - Brasil; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

17. VILELA FILHO, O.
Anatomia combinada para neurocirurgias funcionais. Palestrante do Painel 6 no XXX ENIN – Encontro Inter-Regional de Neurocirurgia, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Pirenopolis - GO

18. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C.
Are Hallucinations and Delusions in Schizophrenia Surgically Treatable? Apresentação de pôster em ASSFN 2010 Biennial Meeting, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: New York, NY; Inst.promotora/financiadora: ASSFN

19. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., COSTA, A.
Are Hallucinations and Delusions in Schizophrenia Surgically treatable? Apresentação oral no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

20. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SOUZA, J. T., SILVA, D. J., OLIVEIRA, P. M., RIBEIRO, T. M.
Bilateral GPe-DBS for Tourette Syndrome: a Double-blind Prospective Controlled Study of Eight Patients. Conferencista no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

21. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C.
Bilateral GPe-DBS for Tourette Syndrome: a Double-blind Prospective Controlled Study of Seven Patients. Apresentação oral em ASSFN 2010 Biennial Meeting, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: New York; Inst.promotora/financiadora: ASSFN

22. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C.
Bilateral GPe-DBS for Tourette Syndrome: a Double-blind Prospective Controlled Study of Seven Patients. Sessão de pôster "Doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento" no XXIV Congresso Brasileiro de Neurologia, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Rio de Janiero- RJ; Inst.promotora/financiadora: Academia Brasileira de Neurologia

SES
2462
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO

23. VILELA FILHO, O.
Coordenador do Bloco VI sobre Reabilitação em Parkinson no 1º Simpósio Multidisciplinar de Reabilitação do Instituto Movimento, 2010. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Instituto do Movimento

24. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., RAMOS, A. P.
CT-Based Stereotactic Subcaudate Tractotomy (SST): Technical Note. Apresentação oral no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

25. VILELA FILHO, O.
DBS of GPe in Gilles de la Tourette Syndrome. Speaker at the 3rd International Conference on the Neurosurgery of the Pedunculopontine Tegmental Nucleus (PPTG): new technologies and related implications, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Local: Roma

26. VILELA FILHO, O.
Desordens de Movimento: Abordagem Cirúrgica – Doenças Psiquiátricas: Abordagem Cirúrgica. Palestrante do III Curso Introdutório da Liga Acadêmica de Neurociências da Pontificia Universidade Católica de Goiás (LANCI - PUC - Goiás)., 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: LANCI - PUC - Goiás

27. VILELA FILHO, O., FERRAZ, F., BARROS, B. A., SILVA, D. J., SOUZA, J. T., LEITE, M. S. B., LOPES, R. F. S.
Effects of Unilateral Posterior Striatotomy on Harmaline-induced Tremor in Rats. Apresentação oral no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

28. VILELA FILHO, O.
Es posible tratar quirúrgicamente los síntomas positivos de la esquizofrenia? Disertante del Modulo VIII: Psicocirurgia, del Curso del Capitulo Bi-Anual de Patologia Funcional y Estereotaxia., 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Argentina

29. VILELA FILHO, O.
Estimulación del GPe en el tratamiento del síndrome de Tourette. Disertante del Modulo VIII: Psicocirurgia, del Curso del Capitulo Bi-Anual de Patologia Funcional y Estereotaxia, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Argentina

30. VILELA FILHO, O.
Estimulación Profunda en el Síndrome de Tourette. Conferencista en el 34º Congreso Latinoamericano de Neurocirugía, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Inst.promotora/financiadora: FLANC

31. VILELA FILHO, O.
Lesion del Nucleo Sub-Talamico en la Enfermedad de Parkinson. Conferencista en el 34º Congreso Latinoamericano de Neurocirugia, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: El Salvador; Inst.promotora/financiadora: FLANC

32. VILELA FILHO, O.
Moderador do Curso Pré-Congresso: Neurocirurgia Funcional, no XXVIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Salvador - Bahia - Brasil; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

33. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., ALA, V. H. E. S.
MRI-guided Stereotactic Anterior Callosotomy: Refining an Old and Underused Technique. Apresentação de pôster em ASSFN 2010 Biennial Meeting, 2010. (Conferência ou



palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: New York; Inst.promotora/financiadora: ACADEMICA

34. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., ALA, V. H. E. S.
MRI-guided Stereotactic Anterior Callosotomy: Refining an Old and Underused Technique. Apresentação oral no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

35. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C.
MRI-guided Stereotactic Anterior Callosotomy: Refining an Old and Underused Technique. Sessão de pôster "Epilepsia" no XXIV Congresso Brasileiro de Neurologia, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Rio de Janeiro - Brasil; Inst.promotora/financiadora: Academia Brasileira de Neurdlogia

36. VILELA FILHO, O.
Múltiplos alvos em transtornos agressivos. Conferencista no Congresso da ABCUR V – Reunión Conjunta de Neurocirugia Funcional y Estereotaxia., 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Punta Del Este, Uruguay; Inst.promotora/financiadora: ABCUR

37. RAGAZZO, P. C., ARRUDA, F., VILELA FILHO, O., ARRUDA, J., COSTA, V.
Padrão de Auras nas Epilepsias Refratárias do Lobo Temporal. Sessão de pôster "Epilepsia" no XXIV Congresso Brasileiro de Neurologia., 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Rio de Janeiro - RJ; Inst.promotora/financiadora: Academia Brasileira de Neurdlogia

38. VILELA FILHO, O., CAMPEDELLI, J. T.
Pathophysiology of the Steady Burning, Dysesthetic Component of Neuropathic Pain: a Hypothesis. Apresentação oral no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

39. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T., RAGAZZO, P. C., SILVA, D. J., CANEDO, D.
Pathophysiology of Tourette Syndrome: a New Hypothesis. Apresentação oral no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

40. VILELA FILHD, O.
Speaker at the WSSFN Psychiatric Surgery Forum, 2010. (Outra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Shanghai; Inst.promotora/financiadora: Wdd Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery

41. VILELA FILHO, O.
Speaker in session 701 International Stereotactic and Functional Masters no 78th Annual Scientific Meeting of the AANS, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Inst.promotora/financiadora: American Association of Neurdlogical Surgeons

42. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T., SILVA, D. J., RAGAZZO, P. C., SILVA, L. A. O.
STN Lesioning-Induced Dyskinesia in Patients with Parkinson´s Disease: what is behind it? Apresentação oral no I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

43. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C.
The Role of the Basal Ganglia in the Surgical Management of Aggressiveness. Apresentação de pôster em ASSFN 2010 Biennial Meeting, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)

SES
2464
FLS
RUBRICA

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: New York; Inst.promotora/financiadora: ASSFN

44. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., MORAIS, B. A.
The Role of the Basal Ganglia in the Surgical Management of Aggressiveness. Apresentação oral no Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Brazilian Neuromodulation Society

45. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C.
The Role of the Basal Ganglia in the Surgical Management of Aggressiveness. Sessão de pôster "Transtornos Neuropsiquiátricos" no XXIV Congresso Brasileiro de Neurologia, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Rio de Janeiro - RJ; Inst.promotora/financiadora: Academia Brasileira de Neurologia

46. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico das Desordens Psiquiátricas: Lesão ou Estimulação? Palestrante do Simpósio de Funcional II, no XXVIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Salvador - Bahia - Brasil; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

47. VILELA FILHO, O.
Tratamiento quirúrgico de la agresividad refractaria. Disertante del Modulo VIII: Psicocirurgia, del Curso del Capitulo Bi-Anual de Patologia Funcional y Estereotaxia, 2010. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidede: Argentina

48. VILELA FILHO, O.
Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad de Parkinson. Conferencista en el 34° Congreso Latinoamericano de Neurocirugía, 2010. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: El Salvador; Inst.promotora/financiadora: FLANC

49. VILELA FILHO, O.
"A escolha do alvo, baseado em evidências". Conferencista no Curso de Atualização em Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia – Doença de Parkinson, no 9° SIMBIDOR, 2009. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo - SP; Evento: 9° Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor - SIMBIDOR; Inst.promotora/financiadora: Instituto SIMBIDOR

50. VILELA FILHO, O., RAGAZZO, P. C., SOUZA, J. T., SILVA, D. J., OLIVEIRA, P. M., RIBEIRO, T. M.
Bilateral GPe-DBS for the Treatment of Refractory Tourette Syndrome. Palestrante na 15th Quadrennial World Society of Stereotactic & Functional Neurosurgery Congress, 2009. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro; Local: Fairmont Royal Hotel; Cidade: Toronto, Ontário, Canadá; Inst.promotora/financiadora: World Society of Stereotactic & Functional Neurosurgery

51. VILELA FILHO, O.
Desfazendo mitos: a Psicocirurgia nos Dias Atuais. Palestrante no Seminário de Almoço SA10 – Funcional no XIII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2009. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Curitiba, Paraná; Evento: XIII Congresso da Acadêmia Brasileira de Neurocirurgia; Inst.promotora/financiadora: Acadêmia Brasileira de Neurocirurgia

52. VILELA FILHO, O.
Estado del Arte en Psicocirugía. Palestrante na Conferência de Controvérsias no 41° Congreso Argentino de Neurocirugía, 2009. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Córdoba; Evento: 41° Congreso Argentino de Neurocirugía; Inst.promotora/financiadora: Asociación Argentina de Neurocirugía

53. VILELA FILHO, O.
Estratégias para melhorar o resultado da DBS. Palestrante na Sessão Científica Funcional no XIII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2009. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Curitiba, Parená; Evento: XIII Congresso da Acadêmia Brasileira de Neurocirurgia; Inst.promotora/financiadora: Acadêmia Brasileira de Neurocirurgia

SES
2465
FLS.
PROCESSO

54. VILELA FILHO, O.
Neuromodulação nas Doenças do Movimento. Moderador do Seminário 1 no 9º Congresso Brasileiro de Neurocirurgia Funcional, 8º Congresso Latino-americano de Neurocirurgia Funcional e 2º Simpósio Brasileiro de Neuromodulação, 2009. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Porto de Galinhas - PE; Evento: 9º Congresso Brasileiro de Neurocirugia Funcional, 8º Congresso Latino-Americano de Neurocirugia Funcional e 2º Simpósio Brasileiro de Neuromodulação; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional

55. VILELA FILHO, O.
Neuromodulação X Ablação em Cirurgia dos Transtornos Psiquiátricos. Palestrante no Encontro de Neurocirurgia do Brasil Central – Fórum do Jovem Neurocirurgião, 2009. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Evento: Encontro de Neurocirugia dop Brasil Central

56. VILELA FILHO, O.
Stimulation bilatérale du globus pallidus externe dans le traitement du Syndrome de Gilles de la Tourette. Palestrante na mesa redonda "La Neurochirurgie Fonctionnelle" na Réunion Annuelle de la Societé de Neurochirurgie de Langue Française, 2009. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Paris - França; Evento: Réunion Annuelle de la Société de NeuroChirurgie de la Langue Française; Inst.promotora/financiadora: Société de NeuroChirurgie de la Langue Française

57. VILELA FILHO, O.
Tiques e Síndrome de Gilles de la Tourette. Conferencista no Curso de Atualização em Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia – outras doenças do movimento, no 9º SIMBIDOR. 2009, 2009. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: São Paulo - SP; Evento: 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor - SIMBIDOR; Inst.promotora/financiadora: Instituto SIMBIDOR

58. VILELA FILHO, O.
Tratamendo Cirúrgico da Doença de Parkinson. Palestrante no Simpósio: "Tópicos Avançados em Doença de Parkinson e Outros Distúrbios do Movimento", 2009. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Fortaleza/CE; Evento: Simpósio: Tópicos avençados em doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Cearense de Neurologia e Nerocirurgia

59. VILELA FILHO, O.
Tratamendo Cirúrgico da Síndrome de Gilles de la Tourette. Palestrante no Simpósio: "Tópicos Avançados em Doença de Parkinson e Outros Distúrbios do Movimento, 2009. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Fortaleza - CE

60. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico para Gilles de la Tourette. Palestrante do Seminário 7: Cirurgia Psiquiátrica I no 9º Congresso Brasileiro de Neurocirurgia Funcional, 8º Congresso Latino-americano de Neurocirurgia Funcional e 2º Simpósio Brasileiro de Neuromodulação, 2009. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Porto de Galinhas - PE; Evento: 9º Congresso Brasileiro de Neurocirugia Funcional, 8º Congresso Latino-Americano de Neurocirugia Funcional e 2º Simpósio Brasileiro de Neuromodulação; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional

61. VILELA FILHO, O.
Tratamiento Quirúrgico del Síndrome de Tourette. Palestrante na Conferência de Controvérsias no 41º Congreso Argentino de Neurocirugia, 2009. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Córdoba; Evento: 41º Congreso Argentino de Neurocirugia; Inst.promotora/financiadora: Asociación Argentina de Neurocirugia

62. VILELA FILHO, O.
A Modulação e a Síndrome de Tourette. Palestrante no I Simpósio Brasileiro de Neuromodulação, 2008. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro; Cidade: Rio de Janeiro - RJ; Evento: I Simpósio Brasileiro de Neuromodulação

63. VILELA FILHO, O.
Cirurgias e Outros Procedimentos Ablativos. Palestrante da "Mesa-redonda: Qual a Evidência dos

SES
2466
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Tratamentos da Dor Neuropática?" no 8º Congresso Brasileiro de Dor – SBED. 2008, 2008. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Evento: 8º Congresso Brasileiro de Dor

64. VILELA FILHO, O.
Disquinesias Inducidas por Lesión del Núcleo Subtalámico en Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Cuál es la Causa Subyacente? Palestrante no ABCUR IV – Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia, 2008. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Mar del Plata - Argetina; Evento: IV ABCUR Reunion Conjunta de Neurocirurgia Funcional y Estereotaxia Argentina, Brasil, Chile y Uruguai

65. VILELA FILHO, O.
Estimulación Cerebral Produnda del GPe: Indicaciones, reusultados y perspectivas. Palestrante no ABCUR IV – Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia, 2008. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Mar del Plata; Evento: IV ABCUR Reunion Conjunta de Neurocirurgia Funcional y Estereotaxia Argentina, Brasil, Chile y Uruguai

66. VILELA FILHO, O.
Estimulación del GPe en Síndrome de Tourette. Palestrante no Simposio Sociedad Latinoamericana de Neurocirugía Funcional e Estereotaxia no XXXIII Congreso Latinoamericano de Neurocirugía, 2008. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Bogotá

67. VILELA FILHO, O.
Neuroestimulação Profunda para o Tratamento da Dor. Palestrante no I Simpósio Brasileiro de Neuromodulação, 2008. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Rio de Janeiro - RJ; Evento: I Simpósio Brasileiro de Neuromodulação

68. VILELA FILHO, O.
Neuromodulação. Palestrante do Curso "PC 4 – Funcional 2" no XXVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2008. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Foz do Iguaçu; Evento: XXVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Neurocirurgia

69. VILELA FILHO, O.
Nevralgia do Trigêmeo. Palestrante nos Seminários de Cefaléias – atividades complementares do Módulo V – para acadêmicos de Medicina da UCG, 2008. (Seminário,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: PUC - Goiás

70. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico das Desordens Psiquiátricas: Estimulação Cerebral Profunda x Ablação. Palestrante do Módulo de Subespecialidades "MSE 8 – Funcional" no XXVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2008. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Foz do Iguaçu - PR

71. VILELA FILHO, O.
Cirurgia em Parkinson: Hoje e Amanhã. Relator da mesa redonda: "Doença de Parkinson" no 3º Congresso Goiano de Neurologia, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio da divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia – GO; Evento: 3º Congresso Goiano de Neurologia

72. VILELA FILHO, O.
Deep Brain Stimulation for Tourette's Syndrome. Palestrante no 8th World Congress of the International Neuromodulation Society e 11th Annual Meeting of the North American Neuromodulation Society, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : México/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Acapulco; Evento: 8th World Congress of the International Neuromodulation Society & 11th Annual Meeting of the North American Neuromodulation Society

73. VILELA FILHO, O.
Doença de Parkinson. Moderador da Sessão de Neurocirurgia Funcional no XII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Inst.promotora/financiadora: Academia Brasileira de Neurocirurgia

SES
2467
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

74. VILELA FILHO, O.
Dor de Origem Central. Palestrante na mesa redonda: Abordagem Terapêutica da Dor em Situações Especiais no I Congresso da UNIMED Goiânia, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: I Congresso UNIMED Goiânia

75. VILELA FILHO, O.
Dor Neuropática: Fisiologia, Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico. Palestrante do Curso de Atualização da ABNc – Capítulo do Nordeste, 2007. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Petrolina – PE; Evento: Curso de Atualização da ABNc – Capítulo Nordeste; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Neurocirurgia

76. VILELA FILHO, O.
Estado Actual de la Psicocirugía. Palestrante da Tercera ronda de conferencias de la Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia no XVIII Congreso Argentino de Dolor, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Argentina/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Buenos Aires; Evento: XVIII Congreso Argentino de Dolor

77. VILELA FILHO, O.
Filme: Quase Deuses. Palestrante na mesa redonda no II Encontro de Atividades Extracurriculares do curso de Medicina da UCG, 2007. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: II Encontro de Atividades Extra-Curriculares do Curso de Medicina da Universidade Católica de Goiás

78. VILELA FILHO, O.
Movimentos Anormais: Ablação x Neuroestimulação. Relator no Módulo Funcional do IV Congresso da Sociedade Mineira de Neurocirurgia, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Belo Horizonte; Evento: IV Congresso Mineiro de Neurocirurgia

79. VILELA FILHO, O.
Neuralgia Trigeminal. Palestrante nas Atividades Extracurriculares do Módulo V na UCG. 2007, 2007. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Goiânia; Evento: Atividades Extracurriculares do Módulo V do Departamento de Medicina da Universidade Católica de Goiás

80. VILELA FILHO, O.
Neuroestimulação para o Tratamento das Desordens Psiquiátricas. Palestrante no XII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília; Evento: XII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia

81. VILELA FILHO, O.
Neuromodulação para Doenças Psiquiátricas. Orador/expositor do 6º Curso Micromar Latinoamericano de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e do 12º Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional, 2007. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo – SP; Evento: 6o Curso Micromar Latino-Americano de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e 12o Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional

82. VILELA FILHO, O.
Surgical Treatment of Tourette Syndrome: Past and Present. Conferencista no 1st International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery & 8th Congress of the Brazilian Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery: "The Future Today!", 2007. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários; Cidade: Caldes Novas - GO; Evento: 1st International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery & 8th Congress of the Brazilian Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

83. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Doença de Parkinson. Palestrante do Curso de Atualização da ABNc – Capítulo do Nordeste, 2007. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Petrolina – PE; Evento: Curso de Atualização da ABNc – Capítulo Nordeste

SES
2468
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

84. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico das Desordens Psiquiátricas. Palestrante do Curso de Atualização da ABNc Capítulo do Nordeste. 2007, 2007. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Petrolina – PE; Evento: Curso de Atualização da ABNc – Capítulo Nordeste

85. VILELA FILHO, O.
Tratamento da Síndrome de Gilles de la Tourette. Conferencista do Módulo de Neurocirurgia Funcional: Dor no XII Congresso da Sociedade Nordestina de Neurocirurgia, 2007. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: João Pessoa – PB; Evento: XII Congresso da Sociedade Nordestina de Neurocirurgia

86. VILELA FILHO, O.
Tratamento Estereotáxico dos Tiques e da Síndrome de Gilles de la Tourette. Palestrante no Curso de Atualização em Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia no 8º SIMBIDOR, 2007. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo – SP; Evento: 8o SIMBiDOR - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor

87. VILELA FILHO, O.
A Evolução da Técnica de Microregistro na Cirurgia para a Doença de Parkinson. Conferencista no Curso Pré-Congresso "Neurocirurgia Funcional – PC4" no XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2006. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Florianópolis - SC; Evento: XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

88. VILELA FILHO, O.
Abordagem Cirúrgica das Neuralgias Cranianas. Palestrante no 7º Congresso Brasileiro de Dor, 2006. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Gramado - RS; Evento: 7º Congresso Brasileiro de Dor

89. VILELA FILHO, O.
Alvos, técnicas, resultados. Conferencista no Seminário de Almoço "Psicocirurgia" no XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2006. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Florianópolis - SC; Evento: XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

90. VILELA FILHO, O.
Bilateral Globus Pallidus Externus Deep Brain Stimulation (GPe-DBS) for the Treatment of Tourette Syndrome: an Ongoing Prospective Controlled Study. Apresentação oral na ASSFN, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Boston

91. VILELA FILHO, O.
Bilateral Globus Pallidus Externus Deep Brain Stimulation (GPe-DBS) for the Treatment of Tourette Syndrome (TS): Prospective Controlled Study. Apresentação oral na "I Reunião Nacional de Pesquisadores em Distúrbios do Movimento e Gânglios da Base", 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Ribeirão Preto; Inst.promotora/finenciadora: Academia Brasileira de Neurdogia

92. VILELA FILHO, O.
Bilateral Globus Pallidus Externus Deep Brain Stimulation (GPe-DBS) for the Treatment of Tourette Syndrome TS: Prospective Controlled Study. Disertante na III Reunión Bianual da Sociedad Latinoamericana de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Buenos Aires; Evento: III Reunión Bianual de la Sociedad Latinoamericana de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia

93. VILELA FILHO, O.
Cirurgia de Parkinson. Palestrante do Curso de Educação Continuada da ABNc – Capítulo Norte, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Tucuruí; Evento: Curso de Educação Continuada da ABNc – Capítulo Norte

SES
2469
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

94. VILELA FILHO, O.
Dor Visceral: Quando a Mielotomia Percutânea é a Opção? Conferencista no Curso Pré-Congresso "Neurocirurgia Funcional – PC4" no XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2006. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Florianópolis - SC; Evento: XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

95. VILELA FILHO, O.
Efeitos da Estriatotomia Posterior Estereotáxica Unilateral em um Modelo Experimental de Tremor Essencial. Apresentação oral na "I Reunião Nacional de Pesquisadores em Distúrbios do Movimento e Gânglios da Base", 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Ribeirão Preto – SP; Evento: I Reunião do Departamento Científico de Transtornos do Movimento da Academia Brasileira de Neurologia

96. VILELA FILHO, O.
Effects of Unilateral Posterior Striatotomy on Harmaline-induced Tremor in Rats. Apresentação oral na ASSFN, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Boston – EUA; Evento: ASSFN Boston 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery

97. VILELA FILHO, O.
Estado del Arte en el Módulo de Dolor. Conferencista na III Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia ABCUR, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Santiago - Chile; Evento: III Reunion Conjunta de Neurocirurgia Funcional y Estereotaxia ABCUR

98. VILELA FILHO, O.
Existe um Papel para os Gânglios da Base na Gênese do Tremor Essencial? Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2006. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

99. VILELA FILHO, O.
Gamma Probe Assisted Epilepsy Surgery: Preliminary Results of a New Technique. Apresentação oral na ASSFN, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Boston - EUA; Evento: ASSFN Boston 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery

100. VILELA FILHO, O.
Integrante Mesa de Expertos del Módulo de Dolor na III Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia ABCUR, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Santiago - Chile

101. VILELA FILHO, O.
Integrante Mesa de Expertos del Módulo Movimientos Anormales na III Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia ABCUR, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Santiago - Boston

102. VILELA FILHO, O.
Long-term Follow-up Study of Unilateral Subthalamic Nucleus Lesioning for the Treatment of Parkinson's Disease. Apresentação oral na "I Reunião Nacional de Pesquisadores em Distúrbios do Movimento e Gânglios da Base", 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Ribeirão Preto – SP; Evento: I Reunião do Departamento Científico de Transtornos do Movimento da Academia Brasileira de Neurologia

103. VILELA FILHO, O.
MRI-based Frameless Technique to Determine Target Coordinates. Apresentação oral na ASSFN, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Boston - EUA

104. VILELA FILHO, O.
Psicocirurgia. Palestrante do Curso de Educação Continuada da ABNc – Capítulo Norte, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Tucurui; Evento: Curso de Educação Continuada da ABNc – Capítulo Norte

SES
3470
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

105. VILELA FILHO, O.
Recentes Aquisições no Entendimento do Mecanismo da Dor. Palestrante no Sábado da Dor, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: Sábado de Dor - edição 2006

106. VILELA FILHO, O.
Subthalamic Nucleus Lesioning for the Treatment of Parkinson's Disease: Risks and Benefits in a Long-term Follow-up Study. Apresentação oral na ASSFN, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Boston - EUA

107. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Doença de Parkinson. Palestrante no I Curso de Educação Continuada da ABNc Capítulo Norte e I Congresso Médico do Sul e Sudeste do Pará, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Tucurui – PA; Evento: I Curso de Educação Continuada da ABNc Capítulo Norte e I Congresso Médico do Sul e Sudeste do Pará; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Neurocirurgia

108. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Dor. Palestrante no I Curso de Educação Continuada da ABNc Capítulo Norte e I Congresso Médico do Sul e Sudeste do Pará. 2006, 2006. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Tucurui – PA; Evento: I Curso de Educação Continuada da ABNc Capítulo Norte e I Congresso Médico do Sul e Sudeste do Pará; Inst.promotora/financiadora: Associação Brasileira de Neurocirurgia

109. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico. Palestrante da mesa redonda Tratamento Multidisciplinar da Dor no XV Congresso da Associação Médica de Goiás e XVIII ECAM – Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina, 2006. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Florianópolis - SC; Evento: XV Congresso da Associação Médica de Goiás e XVIII ECAM – Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina

110. VILELA FILHO, O.
Tratamento Neurocirúrgico da Dor: Quando Indicar. Palestrante no 7º Congresso Brasileiro de Dor, 2006. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Gramado - RS; Evento: 7º Congresso Brasileiro de Dor

111. VILELA FILHO, O.
Alvo: Núcleo Subtalâmico. Palestrante no XI Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2005. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Campos do Jordão - SP; Evento: XI Congresso da Academia Bresileira de Neurocirurgia

112. VILELA FILHO, O.
Cirurgia das Desordens Psiquiátricas. Relator no XII Congresso Brasileiro de Atualização em Neurocirurgia da SBN, 2005. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Belo Horizonte; Evento: XII Congresso Brasileiro de Atualização em Neurocirurgia da SBN

113. VILELA FILHO, O.
Fisiopatología del dolor neuropático y su estrategia quirúrgica. Disertante en Primeras Jornadas Interdisciplinarias de Dolor, 2005. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Mendoza - Argentina; Evento: Primeras Jornadas Interdisciplinarias de Dolor

114. VILELA FILHO, O.
Moderador da mesa redonda Dor no 2º Workshop de Neurociências, 2005. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

115. VILELA FILHO, O.
Neurocirugía Funcional. Disertante en Primeras Jornadas Interdisciplinarias de Dolor, 2005.

2471
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

(Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Mendoza - Argentina; Evento: Primeras Jornadas Interdisciplinarias de Dolor

116. VILELA FILHO, O.
Neurocirurgia. Palestrante na mesa Delimitação da Área de Atuação Médica em Dor no 7º SIMBIDOR, 2005. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo; Evento: 7º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor

117. VILELA FILHO, O.
Neurocirurgia Psiquiátrica nos Transtornos de Humor e Ansiedade. Palestrante da mesa redonda Funcional no 2º Workshop de Neurociências, 2005. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Bresil/Português; Cidade: Goiânia; Evento: 2º Workshop de Neurociências

118. ALCANTARA-SILVA, T. R. M., SA, L. C., VILELA FILHO, O., BARSOTI, D. L., SILVA, D. J.
Papel da Musicoterapia como Coadjuvante no Tratamento do Paciente com Doença de Parkinson. Apresentação de pôster no IV Encontro Brasileiro de Distúrbios de Movimentos, 2005. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Costa do Sauipe - Ba

119. VILELA FILHO, O.
Stereotactic Posterior Putamenotomy Reduces Ipsilateral Harmaline-induced Tremor in Rats. Apresentação oral no 14th Meeting of the WSSFN, 2005. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Itália/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Roma – Itália; Evento: 14th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

120. VILELA FILHO, O.
Transtornos do Humor e Ansiedade. Expositor do Painel: Cirurgia dos Transtornos Psico-comportamentais no XXV Encontro Inter-regional de Neurocirurgia, 2005. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Recife; Evento: XXV Encontro Inter-Regional de Neurocirurgia

121. VILELA FILHO, O.
A Indicação Cirúrgica para o Tratamento da Dor. Participante da mesa redonda no 6º Congresso Brasileiro de Dor, 2004. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Florianópolis; Evento: 6º Congresso Brasileiro de Dor

122. VILELA FILHO, O.
Casos Clínicos. Relator da mesa redonda de Neurocirurgia no I Congresso de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Lifecenter e XVIII Congresso do Centro de Estudos da Clínica Neurológica e Neurocirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte, 2004. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Belo Horizonte; Evento: I Congresso de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Lifecenter, XVIII Congresso do Centro de Estudos da Clínica Neurológica e Neurocirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte

123. VILELA FILHO, O.
Globus Pallidus Externus Deep Brain Stimulation for the Treatment of Tourette Syndrome: Evaluation of a New Target in a Prospective Controlled Study. Apresentação oral na ASSFN 2004 Bienniel Meeting, 2004. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Cleveland – OH – EUA; Evento: ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2004 Biennial Meeting – Neuromodulation: Defining the Future

124. VILELA FILHO, O.
Globus Pallidus Internus Deep Brain Stimulation for the Treatment of Tourette Syndrome. Palestrante na II Reunião Conjunta de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia – ABCUR, 2004. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo – SP; Evento: II Reunião Conjunta de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica – Argentina, Brasil, Chile e Uruguai

125. VILELA FILHO, O.
Métodos Intervencionais Invasivos. Conferencista no 6º Congresso Brasileiro de Dor, 2004. (Congresso,Apresentação de Trabalho)

SES
2472
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Evento: 6º Congresso Brasileiro de Dor

126. VILELA FILHO, O.
Moderador do Seminário: "D3 S21 Distonias" no XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia, 2004. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO

127. ALCANTARA-SILVA, T. R. M., SA, L. C., VILELA FILHO, O., BARSOTTI, D. L., SILVA, D. J.
O Papel da Musicoterapia como Coadjuvante no Tratamento do Paciente com Doença de Parkinson. Apresentação oral no V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 2004. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários
Co-autor do tema livre "Papel da Musicoterapia como Coadjuvante no Tratamento do Paciente com Doença de Parkinson"; Cidade: Rio de Janeiro; Evento: V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia

128. VILELA FILHO, O.
Psicocirurgia Atual. Palestrante no 16º ECAM – Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina, 3º Encontro das Ligas Acadêmicas da Faculdade de Medicina e 2ª Ação Integradora dos Acadêmicos da Área de Saúde, 2004. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia – GO; Evento: 16º ECAM – Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina

129. PEREIRA, M. A., VILELA FILHO, O., NASCIMENTO, E., Reimer, C., BARROS, B. A., VIVELA, H., JUNIOR, H.
Abordagem Psicocirúrgica Baseada no SPECT do Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) Refratário ao Tratamento Clínico – Relato de caso. Apresentação de pôster no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

130. VILELA FILHO, O., BARROS, B. A., SANTOS, M. R.
Avaliação de Lesão Produzida pela Cordotomia Cervical Alta Percutânea por Radiofrequência através da Ressonância Nuclear Magnética. Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

131. VILELA FILHO, O.
Coordenador de mesa em Apresentação de "Temas Livres" no 6º SIMBIDOR, 2003. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo

132. VILELA FILHO, O.
Estratégia para o Tratamento Cirúrgico da Dor Neuropática. Palestrante no XI Congresso Brasileiro de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 2003. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Uberlândia; Evento: XI Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia

133. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., FERRAZ, F. P, BARROS, B. A., SANTOS, M. R., CARDOSO, E. S.
Existe um Papel para os Gânglios da Base na Gênese do Tremor Essencial? Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

134. VILELA FILHO, O.
Fisiopatologia do Elemento Constante Disestético da Dor Neuropática: uma nova proposta. Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Goiânia - GO

135. VILELA FILHO, O.
Fisiopatologia e Tratamento da Dor Neuropática. Palestrante no Sábado de Dor, 2003. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia – GO; Evento: Sábado da Dor – edição 2003

136. VILELA FILHO, O.
Individualização e Lateralização dos Alvos Cirúrgicos Baseados no SPECT. Relator da mesa redonda

SES 2473 FLS. 10 RUBRICA PROTOCOLO

"Cirurgia dos Distúrbios do Comportamento" no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria

137. VILELA FILHO, O.
Lesão do Núcleo Subtalâmico no Tratamento da Doença de Parkinson: Indicações e Resultados. Expositor no X Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia e no V Congresso da Sociedade Pernambucana de Neurocirurgia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Pernambuco; Evento: X Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia e V Congresso da Sociedade Pernambucana de Neurocirurgia

138. ALCANTARA-SILVA, T. R. M., SA, L. C., SILVA, D. J., VILELA FILHO, O.
Prováveis Mecanismos Envolvidos na Discinesia Induzida pela Lesão do Núcleo Subtalâmico para o Tratamento da Doença de Parkinson. Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

139. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., SOUZA, J. T., FERRAZ, F. P, CAVALCANTE, J. E., CARDOSO, E. S., BARROS, B. A.
Prováveis Mecanismos Envolvidos na Discinesia Induzida pela Lesão do Núcleo Subtalâmico para o Tratamento da Doença de Parkinson. Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

140. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., FERRAZ, F. P., CAVALCANTE, J. E., SANTOS, M. R.
Relacionados à Recorrência em Pacientes com Doença de Parkinson Submetidos a Nucleotomia Subtalâmica. Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

141. VILELA FILHO, O., CARNEIRO FILHO, O.
Stereotactic-guided Gamma Probe-assisted Brain Tumor Microsurgical Resection. Palestrante no 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2003. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: New York – EUA; Evento: 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

142. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., SOUZA, J. T., FERRAZ, F. P, CAVALCANTE, J. E.
STN Lesioning-induced Dyskinesia in Patients Witn Parkinson's Disease: What is Behind IT? Palestrante no 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2003. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: New York - EUA

143. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., FERRAZ, F. P, CAVALCANTE, J. E.
Subthalamic Nucleus Lesioning for Parkinson's Disease: Recurrence-related Factors. Palestrante no 2003 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2003. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: New York - EUA

144. VILELA FILHO, O.
Técnicas Ablativas. Palestrante do Curso de Educação Continuada da Soc. Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia no 6º SIMBIDOR, 2003. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo – SP; Evento: 6º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor

145. VILELA FILHO, O.
The Computer Workplace. Apresentação oral no XI Congresso Brasileiro de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Uberlândia – MG; Evento: A Transformação Socioeconômica da Neurocirurgia – O Futuro da Neurocirurgia

146. MIRANDA, G. Q., RIBEIRO, F. L. M., ARAUJO, I. R. S., SILVA, D. J., VILELA FILHO, O., CAVALCANTE, J. E.
Transtorno Dissociativo da Motricidade x Movimentos Anormais Psicogênicos: relato de caso com

SES
Fls. 2475
RUBRICA
PROTOCOLO

157. VILELA FILHO, O.
Psicocirugía basada en el SPECT: individualización y lateralizatión de los blancos quirúrgicos. Disertante no 1° Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotáxia, 2002. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Argentina/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Buenos Aires – Argentina; Evento: 1ª Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotáxia

158. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Dor Neuropática. Palestrante no XIII Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central, 2002. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Chapada dos Guimarães - MT; Evento: XIII Congresso de Neurocirurgiões do Bresil Central

159. SILVA, D. J., CAVALCANTE, J. E., VILELA FILHO, O.
Tratamento de Discinesia Bucoorolingual Tardia com Toxina Botulínica Tipo A (TOXBA) – Registro de caso com vídeo. Apresentação de pôster no XX Congresso Brasileiro de Neurologia, 2002. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Florianópolis - SC

160. ALCANTARA-SILVA, T. R. M., SILVA, D. J., CAVALCANTE, J. E., VILELA FILHO, O.
Aplicação da Musicoterapia no Portador de Doença de Parkinson. Apresentação de pôster no III Fórum Goiano de Musicoterapia e I Simpósio de Musicoterapia na Saúde e Educação, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

161. VILELA FILHO, O.
Cirurgia do Núcleo Subtalâmico Luys para Movimentos Anormais. Conferencista no IX Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 2001. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Belém - Pará; Evento: IX Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia

162. VILELA FILHO, O.
CT-based Stereotactic Subcaudate Tractotomy (SST): Technical Note. Apresentação de pôster no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide - Australia

163. VILELA FILHO, O.
CT-guided Percutaneous Punctate Midline Myelotomy for the Treatment of Intractable Visceral Pain: Technical Note. Apresentação oral no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide – Austrália; Evento: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, (Current management of intractable pain; Can STN stimulation/lesioning be made easier? What are the minimum requirements?; and Spasticity)

164. VILELA FILHO, O.
Desordens do Movimento. Conferencista no X Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 2001. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO

165. VILELA FILHO, O.
Doença de Parkinson e Psicocirurgia. Conferencista na mesa redonda - Funcional no I Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia e I Joint Meeting Brasil-Canadá, 2001. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: I Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia & I Joint Meeting Brasil-Canadá de Neurocirurgia

166. VILELA FILHO, O.
Dor Neuropática. Palestrante no XI Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central, 2001. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São José do Rio Preto - SP; Evento: XI Congresso de Neurocirurgia do Brasil Central

167. VILELA FILHO, O.
Dor. Palestrante na mesa redonda Qualidade de Vida no XIII ECAM e IV Jornada dos Médicos Residentes do HC/UFG, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)

SES
2474
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

vídeo. Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO

147. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Doença de Parkinson. Palestrante no X Congresso da Sociedade Nordestina de Neurocirurgia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Maceió- AL; Evento: X Congresso da Sociedade Nordestina de Neurocirurgia

148. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Doença de Parkinson: Subtalamotomia. Palestrante no III Encontro Brasileiro de Distúrbios do Movimento, 2003. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Foz do Iguaçu – PR; Evento: III Encontro Brasileiro de Distúrbios do Movimento

149. VILELA FILHO, O., PEREIRA, C. E., BARROS, B. A., CARDOSO, E. S.
Utilização da Artéria Occipital Identificada por Doppler como Guia para a Neurotomia Occipital Percutânea por Radiofrequência. Apresentação de pôster no I Congresso Goiano de Neurologia, 2003. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia

150. VILELA FILHO, O.
Fisiopatología del elemento discestésico constante del dolor neuropático: nueva hipótesis. Disertante no 1° Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotáxia, 2002. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Argentina/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Buenos Aires – Argentina; Evento: 1ª Reunión Conjunta de Neurocirurgia Funcional y Estereotáxia

151. VILELA FILHO, O.
Lesão do Núcleo Subtalâmico. Expositor do Simpósio "Doença de Parkinson" no XXIV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2002. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Fortaleza; Evento: XXIV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

152. VILELA FILHO, O.
Lesión del núcleo subtalámico para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Disertante no 1° Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotáxia, 2002. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Argentina/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Buenos Aires – Argentina; Evento: 1ª Reunión Conjunta de Neurocirurgia Funcional y Estereotáxia

153. VILELA FILHO, O.
Mielotomía mediana puntiforme percutánea guiada por tomografia: una nueva técnica para el tratamiento del dolor visceral. Disertante no 1° Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotáxia, 2002. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Argentina/Espanhol. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Buenos Aires – Argentina; Evento: 1ª Reunión Conjunta de Neurocirurgia Funcional y Estereotáxia

154. VILELA FILHO, O.
Neurocirurgia no Tratamento da Dor Oncológica. Palestrante no 1° Simpósio sobre Dor Oncológica, 2002. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Maringá; Evento: 1o Simpósio sobre Dor Oncológica

155. VILELA FILHO, O.
Opióides no Tratamento da Dor - Mitos e Realidade. Palestrante no XIII Congresso da Associação Médica de Goiás, 2002. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: XIII Congresso da Associação Médica de Goiás

156. VILELA FILHO, O.
Perspectivas no Tratamento Neurocirúrgico da Dor. Ministrador do Workshop: Difusão Temporo Mandibular no 5° Congresso Brasileiro de Dor, 2002. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Porto de Galinhas; Evento: 5° Congresso Brasileiro de Dor e VII SINDOR

SES
2476
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Conferencista da mesa redonda "Qualidade de Vida", Cidade: Rio Quente – GO; Evento: XIII ECAM e IV Jornada dos Médicos Residentes do Hospital das Clínicas/UFG

168. VILELA FILHO, O.
Dor. Palestrante no III Fórum Goiano de Musicoterapia e I Simpósio de Musicoterapia na Saúde e Educação, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia – GO; Evento: III Fórum Goiano de Musicoterapia e I Simpósio de Musicoterapia na Saúde e Educação

169. VILELA FILHO, O., PEREIRA, C. E.
Establishment of a Reliable Landmark to Guide Percutaneous Radiofrequency Occipital Neurotomy. Apresentação de pôster no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide - Australia

170. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., FERRAZ, F.
Evidence for the Involvement of the Basal Ganglia in the Genesis of Essential Tremor (ET). Apresentação de pôster no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide - Austrália

171. Bizzetto R., BARROS, L. T., SILVA, D. J., VILELA FILHO, O.
Hallervorden – Spatz: apresentação de um caso. Apresentação de poster no XIII ECAM e IV Jornada dos Médicos Residentes do HC/UFG, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Rio Quente - GO

172. VILELA FILHO, O.
In Vivo Evaluation of Cordotomy Lesions by Magnetic Resonance Imaging: A New Approach. Apresentação de pôster no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide - Austrália

173. VILELA FILHO, O., BOTTER JUNIOR, W., OLIVEIRA, S. B., TEIXEIRA, K.
OVF MRI Fiducial: A New and long-lasting Material for Stereotactic MRI. Apresentação de pôster no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide - Australia

174. VILELA FILHO, O.
Pathophysiology of the Steady Burning, Dysesthetic Component of Neuropathic Pain: A Hypothesis. Apresentação de pôster no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide - Australia

175. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., SOUZA, H. A. O., CAVALCANTE, J. E., SOUZA, J. T., FERRAZ, F. P., SILVA, L., SANTOS, L.
Stereotactic Subthalamic Nucleus (STN) Lesioning for the Treatment of Parkinson's Disease. Apresentação oral no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Comunicação,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Austrália/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Adelaide – Austrália; Evento: 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

176. VILELA FILHO, O.
Subthalamic Nucleus Lesioning: A Safe and Efficient Means for the Treatment of Parkinson's Disease. Palestrante no 2000 Botterell Professorship in Neurosurgery Symposium, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Toronto - Ontário

177. VILELA FILHO, O., CARNEIRO FILHO, O., SOUZA, H. A. O., MACHADO, D. C., RODRIGUES FILHO S., CAMPOS, J. A.
Tailoring of Psychosurgical Procedures: Is it Possible? Apresentação oral no 13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2001. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Australia

SES
2477
FLS.
12
RUBRICA

178. VILELA FILHO, O.
Anatomia e Fisiologia - Mecanismos Centrais de Transmissão da Dor - Modulação da Dor. Ministrou aula na Programação Científica do Hospital Araújo Jorge no Serviço de Anestesiologia e Dor, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia- GO; Inst.promotora/financiadora: Serviço de Anestesidogia e Dor do Hospital Araújo Jorge – Associação de Combate ao Câncer em Goiás

179. VILELA FILHO, O.
Avanços em Psicocirurgia. Avanços em Psicocirurgia. Conferencista no 1º Simpósio Novos Avanços em Psiquiatria, 2000. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia- GO; Evento: 1º Simpósio Novos Avanços em Psiquiatria

180. VILELA FILHO, O.
Estratégias para o Tratamento Cirúrgico da Dor: Overview. Conferencista no XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia, 2000. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Fortaleza; Evento: XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia

181. VILELA FILHO, O.
Individualização do Tratamento Psicocirúrgico. Conferencista no Workshop "Psicocirurgia" da Sociedade Goiana de Neurocirurgia, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: IV Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia

182. VILELA FILHO, O.
Lesão do Núcleo Subtalâmico no Tratamento do Mal de Parkinson – Análise crítica e experiência pessoal. Palestrante da Sessão Plenária Funcional II – Dor e Comportamento, no XXIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2000. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo

183. VILELA FILHO, O.
Lesão do Núcleo Subtalâmico para o Tratamento da Doença de Parkinson. Conferencista no XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia, 2000. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Fortaleza; Evento: XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia

184. VILELA FILHO, O.
Lombociatalgias - Tratamento e Complicações. Palestrante na Jornada Internacional de Dor, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Uberaba- MG; Evento: Jornada Internacional de Dor

185. VILELA FILHO, O.
Moderador do Curso Pré-congresso Estereotaxia e Cirurgia Funcional – Noções, no XXIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2000. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo - SP

186. VILELA FILHO, O.
Moderador do Módulo I na Jornada de Atualização em Dor no Aparelho Locomotor, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO

187. VILELA FILHO, O.
Movimentos Anormais. Conferencista no XI Encontro Regional de Neurocirurgia do Brasil Central, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Rio Quente - GO; Evento: XI Encontro Regional de Neurocirurgia do Brasil Central

188. Vilela Filho O
Subthalamic Nucleus Lesioning: A Safe and Efficient Means for the Treatment of Parkinson's Disease, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Canadá/Inglês; Cidade: Toronto – ON – Canadá; Evento: 2000 E. Harry Botterell Professorship in Neurosurgery Symposium

189. VILELA FILHO, O.
Técnica em Instrumentação Estereotáxica. Apresentador do Workshop 09 no I Congresso Gaúcho de

SES
2478
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Neurologia e Neurocirurgia, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Porto Alegre- RS; Evento: I Congresso Gaúcho de Neurologia e Neurocirurgia

190. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Dor. Conferencista no XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia, 2000. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Fortaleza; Evento: Curso Pré-Congresso de Estereotaxia com Prática Hands on, XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia

191. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Dor Neoplásica. Palestrante na Jornada Internacional de Dor, 2000. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Uberaba - MG; Evento: Jornada Internacional de Dor

192. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Dor. Palestrante da mesa redonda: Quase tudo sobre dor, no XII Congresso da Associação Médica de Goiás, III Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás e XII ECAM, 2000. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia- GO

193. VILELA FILHO, O.
Tratamento da Doença de Parkinson: Métodos Ablativos. Palestrante da mesa redonda: "Tratamento Neurocirúrgico dos Distúrbios do Movimento" no I Congresso Gaúcho de Neurologia e Neurocirurgia, 2000. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Porto Alegre- RS; Evento: I Congresso Gaúcho de Neurologia e Neurocirurgia

194. VILELA FILHO, O.
Tratamento da Dor por Desaferentação. Palestrante da mesa redonda: Neurocirurgia em Dor no VI SINDOR – Simpósio Norte/Nordeste de Dor, 2000. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Recife – PE; Evento: VI SINDOR – VI Simpósio Norte/Nordeste de Dor

195. VILELA FILHO, O.
Tratamento Invasivo da Dor Oncológica - Justifica-se? Palestrante da mesa redonda: Neurocirurgia em Dor no VI SINDOR – Simpósio Norte/Nordeste de Dor, 2000. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Recife – PE; Evento: VI SINDOR – VI Simpósio Norte/Nordeste de Dor

196. VILELA FILHO, O.
Vias Moduladoras da Dor. Conferencista no I Seminário Centro-Oeste de Acupuntura, 2000. (Seminário,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: I Seminário Centro-Oeste de Acupuntura

197. VILELA FILHO, O.
Clínicas de Dor no Brasil (Centro-Oeste). Palestrante da Plenária 2 no 4º SIMBIDOR, 1999. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo – SP; Evento: 4º Simbidor– Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor

198. VILELA FILHO, O.
Cordotomias e Mielotomias. Palestrante do Curso Procedimentos Neurocirúrgicos para o Tratamento da Dor no 4º SIMBIDOR, 1999. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo – SP; Evento: 4º Simbidor– Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor

199. Vilela Filho O
II Curso de Atualização em Terapia Intensiva da SOTIEGO – Módulo VI – Neurologia, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidede: Goiânia - GO

200. VILELA FILHO, O.
Neurocirurgia Funcional. Moderador no Seminário de Almoço no VIII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1999. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Porto Alegre

S.C. 2479 FLS. 0 RUBRICA PROTOCOLO

201. VILELA FILHO, O.
Neurocirurgia para o Tratamento da Dor: Perspectivas Atuais e Futuras. Palestrante da Plenária Dr. 4º SIMBIDOR, 1999. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo - SP; Evento: 4º Simbidor – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor

202. VILELA FILHO, O.
Procedimentos Estereotáxicos para Tratamento da Dor. Palestrante do 1º Curso Micromar de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e do VII Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo; Evento: 1º Curso Micromar de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e VII Curso de Educação Continuada; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional

203. VILELA FILHO, O.
Psicocirurgia: Lateralizando e Definindo os Alvos Cirúrgicos. Conferencista no II INDOR, 1999. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: II INDOR

204. VILELA FILHO, O.
Sistemas Modulatórios da Dor. Conferencista no II INDOR – Congresso Internacional de Atualização em Dor, 1999. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: II INDOR

205. VILELA FILHO, O.
Tratamento Atual da Doença de Parkinson. Palestrante no 10º Encontro Regional de Neurocirurgiões do Brasil Central, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Araxá - MG; Evento: 10º Encontro Regional de Neurocirurgiões do Brasil Central

206. VILELA FILHO, O.
Tratamento Atual dos Distúrbios do Movimento. Ministrou aula no IX Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 1999. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília-DF; Evento: IX Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia

207. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Doença de Parkinson, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Evento: VI Reunião do Capítulo Regional do DF da Academia Brasileira de Neurologia

208. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico de Epilepsia. Palestrante no Centro de Estudos da Clínica Santa Mônica, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Inst.promotora/financiadora: Centro de Estudos da Clínica Santa Mônica

209. VILELA FILHO, O.
Tratamento do Paciente com Dor. Conferencista no 2º Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás, 1999. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: 2º Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás

210. VILELA FILHO, O.
Traumatismo Crânio Encefálico. Palestrante no II Curso de Atualização em Terapia Intensiva da SOTIEGO, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia – GO; Evento: II Curso de Atualização em Terapia Intensiva da SOTIEGO – Módulo VI – Neurologia

211. Vilela Filho O
V Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: São Paulo – SP; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia

SES
2480
FLS.
RUBRICA
APENSO

212. Vilela Filho O
1° Curso Micromar de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e VII Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional, 1999. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: São Paulo – SP

213. REZAI, A. R., FRANCISCO, A. N., VILELA FILHO, O., LOZANO, A. M., TASKER, R. R.
Deep Brain Stimulation for Intractable Neuropathic Pain: Contemporary Management and Outcome in 80 Patients. Palestrante no Annual Meeting of the American Association of Neurological Surgeons, 1998. (Comunicação,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso
Co-autor de um tema livre; Cidade: Philadelphia, USA; Evento: The 66Ih Annual Meeting of the AANS

214. VILELA FILHO, O.
Desaferentação: Fisiopatologia. Conferencista no 1° Congresso Latino-americano de Dor e 3° Congresso Brasileiro de Dor, 1998. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo - SP; Evento: 1° Congresso Latino-Americano de Dor e 3° Congresso Brasileiro de Dor

215. VILELA FILHO, O.
Doença de Parkinson - Tratamento Cirúrgico. Palestrante na Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal, 1998. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Inst.promotora/financiadora: Unidade de Neurocirurgia do HBDF

216. VILELA FILHO, O.
Dor em Membros Inferiores: Visão do Neurocirurgião. Palestrante de mesa redonda: Dor no VIII Congresso Médico de Anápolis e Região, I Encontro de Enfermagem e I Fórum de Medicina Ocupacional, 1998. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Anápolis - GO; Evento: VIII Congresso Médico de Anápolis e Região

217. VILELA FILHO, O.
Dor Neuropática. Palestrante da mesa redonda: "Como eu Faço: Abordagem e Tratamento" no V SINDOR – Simpósio Nordestino da Dor, 1998. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Salvador - BA; Evento: V Sindor

218. VILELA FILHO, O.
Dor Neuropática. Palestrante no I Congresso da Sociedade de Neurocirurgia do Distrito Federal, 1998. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Conferencista da mesa-redonda "Como eu Faço: Abordagem e Tratamento"; Cidade: Brasília - DF; Evento: I Congresso da Sociedade de Neurocirurgia do Distrito Federal e II Encontro dos Ex-residentes de Neurocirurgia do Hospital de Base do DF

219. VILELA FILHO, O.
Dor Nociceptiva x Dor Neuropática. Palestrante da mesa redonda Dor: Aspectos Gerais, no I INDOR – Curso Internacional de Atualização em Dor, 1998. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: I Indor

220. VILELA FILHO, O.
Estimulação Central. Palestrante da mesa redonda: "Neurocirurgia e Dor" no V SINDOR – Simpósio Nordestino da Dor, 1998. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Salvedor - BA; Evento: V Sindor

221. VILELA FILHO, O.
Síndrome Pós Laminectomia. Conferencista no XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 1998. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Rio de Janeiro - RJ; Evento: XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

222. VILELA FILHO, O.
Terapia Neurocirúrgica. Palestrante no V Fórum de Debates: Mama e Dor, 1998. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia – GO; Evento: V Fórum de Debates: Mama e Dor

9

SES 2481 FLS. 52 RUBRICA PROTOCOLO

223. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Doença de Parkinson. Palestrante no Centro de Estudos da Clínica Santa Mônica, 1998. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Inst.promotora/financiadora: Centro de Estudos da Clínica Santa Mônica

224. VILELA FILHO, O., SOUZA, H. A. O., CAVALCANTE, J. E., DIAS, P. C. M., LEITE, M. S. B.
Biópsia Percutânea Assistida por Tomografia Computadorizada de Tumores Intramedulares. Apresentação oral de tema livre no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

225. VILELA FILHO, O.
Coordenador do Módulo III "Neurocirurgia Funcional" no VIII Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Belo Horizonte-MG

226. VILELA FILHO, O.
Determinação Anatômica do Alvo. Palestrante no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

227. VILELA FILHO, O.
Dor Neuropática. Debatedor da mesa redonda na I Jornada da Associação Goiana para o Estudo da Dor, 1997. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: I Jornada da Associação Goiana para o Estudo da Dor

228. VILELA FILHO, O.
Dor. Palestrante no IX ECAM e III Jornada dos Médicos Residentes, 1997. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: IX ECAM e III Jornada dos Médicos Residentes

229. VILELA FILHO, O.
Epilepsias. Debatedor na mesa redonda no Simpósio de Neuropsiquiatria na Infância e Adolescência, 1997. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: Simpósio de Neuropsiquiatria na Infância e Adolescência

230. VILELA FILHO, O.
Estimulação Cerebral Profunda. Palestrante do Seminário: "Funcional II" no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

231. VILELA FILHO, O., SILVA, D. J., FARIA, P. S.
Evidência da Participação dos Gânglios da Base na Gênese do Tremor Essencial. Apresentação oral de tema livre no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

232. VILELA FILHO, O.
Filosofia do Tratamento Cirúrgico da Dor Crônica. Palestrante no I Simpósio Leste Centro-Oeste Brasileiro da Dor, 1997. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Uberaba - MG; Evento: I Simpósio Leste Centro-Oeste Brasileiro de Dor

233. VILELA FILHO, O., SOUZA, H. A. O.
Higroma Subdural Traumático: aspectos clínicos, indicações e técnicas cirúrgicas. Apresentação oral de tema livre no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

SES
2482
FLS
6
RUBRICA

234. VILELA FILHO, O., FARIA, P. S., SOUZA, H. A. O., LEITE, M. S. B., ALVARENGA, J. A.
Melanocitoma Meningeo: relato de caso e revisão da literatura. Apresentação oral de tema livre no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

235. VILELA FILHO, O.
Risk Factors for Paresthesiae - Producing Deep Brain Stimulation. Apresentação de poster no 3º SIMBIDOR, 1997. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Participante e presidente de uma sassão plenária; Cidade: São Paulo - SP; Evento: III Simbidor – Simpósio Internacional de Dor

236. VILELA FILHO, O., FARIA, C. S. C., FARIA, P. S.
Síndrome de Tourette: Definição da Estratégia Cirúrgica. Apresentação oral de tema livre no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Premiado em 1º lugar, dentre 166 tema livres inscritos; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgi

237. VILELA FILHO, O.
Síndrome de Tourette: Definição da Estratégia Cirúrgica. Autor do Trabalho vencedor do Prêmio Feliciano Pinto no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO

238. VILELA FILHO, O.
Tomografia Computadorizada de Crânio na Determinação Anatômica do Alvo. Palestrante no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio da divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

239. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico da Dor Neuropática. Palestrante no VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia

240. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico. Debatedor na mesa redonda: "Epilepsia" no IX ECAM e III Jornada dos Médicos Residentes, 1997. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia- GO; Evento: IX ECAM e III Jornada dos Médicos Residantes

241. VILELA FILHO, O.
Traumatismo Cranioencefálico - Aspectos Gerais. Apresentador de tema em mesa redonda no II Curso de Atualização em Clínica Médica – Módulo VIII, 1997. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: II Curso de Atualização em Clínica Médica – Módulo VIII – Neurologia

242. VILELA FILHO, O.
Tratamento Cirúrgico. Debatedor da mesa redonda: "Doença de Parkinson" na IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 1996. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Rio Quente - GO; Evento: IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia

243. VILELA FILHO, O.
. Tratamento de Desordens dos Movimentos. Palestrante no Hospital de Base do Distrito Federal, 1995. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Inst.promotora/financiadora: Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal

244. TASKER, R. R., VILELA FILHO, O.

SES
2483
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Deep brain stimulation for neuropathic pain, 1995. (Comunicação,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Estados Unidos/Inglês. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Marina del Rey, California - USA; Evento: 1995 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

245. VILELA FILHO, O.
Doença de Parkinson: Abordagem Atual. Palestrante no VII ECAM e I Jornada dos Médicos Residentes do H. C, 1995. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: VII Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina e I Jornada dos Médicos Residentes do HC

246. VILELA FILHO, O., DIAS, K. R. S., TEIXEIRA, M. C., QUIRINO, L. M., LEITE, M. S. B., QUEIROZ, B. B., ALMEIDA, W. C.
Granulomas do Sistema Nervoso Central: incidência e diagnóstico diferencial com os tumores cerebrais. Apresentação oral no XI Congresso da Associação Médica de Goiás, 1995. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: XI Congresso da Associação Médica de Goiás

247. Vilela Filho O
II Curso de Atualização em Clínica Médica – Módulo VIII – Neurologia, 1995. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Goiânia - GO

248. VILELA FILHO, O.
Introdução à Neurocirurgia Funcional. Conferencista do I Curso de Neuroanatomia Funcional, 1995. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: Curso da Neuroanatomia Funcional

249. VILELA FILHO, O., DIAS, K. R. S., TEIXEIRA, M. C., VASCONCELOS, C. C., QUIRINO, L. M., QUEIROZ, B. B., LEITE, M. S. B., ALMEIDA, W. C.
Manifestação Pseudotumoral das Doenças Granulomatosas Cerebrais. Apresentação oral no XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Parasitologia, 1995. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: XIV Congresso Brasilairo de Parasitologia; Inst.promotora/financiadora: Sociedade Brasileira de Parasitologia

250. VILELA FILHO, O., SOUZA, J. T.
Síndrome de Tourette: uma decorrência da hiperatividade do pálido lateral? Apresentação de pôster no Simpósio Internacional sobre "Neuropsiquiatria dos Gânglios da Base", 1995. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: São Paulo - SP; Evento: Simpósio Internacional sobre Neuropsiquiatria dos Gânglios de Base

251. VILELA FILHO, O.
What use is chronic stimulation for pain?, 1995. (Comunicação,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Canadá/Inglês.
Co-autor do tema livre "What use is chronic stimulation for pain?"; Cidade: Victoria, British Columbia - Canadá; Evento: 30th Meeting of the Canadian Congress of Neurological Sciences

252. VILELA FILHO, O.
Ependimoma Extradural Torácico: relato de caso e revisão da literatura. Apresentação oral no XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 1994. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Co-autor do tema; Cidade: Belo Horizonte - MG; Evento: XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

253. VILELA FILHO, O.
Estimulação Talâmica Ventrobasal para Alívio da Dor: prováveis mecanismos, vias e neurotransmissores. Apresentação oral no XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 1994. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Belo Horizonte - MG

254. Vilela Filho O
II Curso Goiano de Traumatologia, 1994. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Goiânia - GO

255. VILELA FILHO, O.
Mecanismo de Alívio da Dor pela Estimulação Talâmica Ventrobasal: evidência contrária à hipótese

2484
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

de Tsubokawa. Apresentação oral no XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 1994. (Congresso,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Belo Horizonte - MG; Evento: XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

256. VILELA FILHO, O.
Traumatismo Craniano. Palestrante no II Curso Goiano de Traumatologia, 1994. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia; Evento: II Curso Goiano de Traumatologia

257. VILELA FILHO, O.
Cirurgia de Comportamento nos Dias Atuais. Palestrante no Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, 1993. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: Jornada de Educação Continuada de Sociedade Goiana de Psiquietria

258. VILELA FILHO, O.
Lesão Estereotáxica do Núcleo Ventral Anterior do Tálamo no Tratamento da Discinesia Tardia Provocada pelo Haloperidol em Ratos. Apresentação oral apresentado na II Jornada Científica do ICB, 1993. (Seminário,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: II Jornada do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federel de Goiás

259. VILELA FILHO, O.
Neurocirurgia Funcional Aplicada ao Alívio da Dor, Parkinsonismo e Epilepsia. Conferencista no V ECAM, 1993. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: V Encontro Cientifico do Acadêmico de Medicina

260. VILELA FILHO, O.
Vias Envolvidas no Alívio da Dor pela Estimulação Talâmica Ventrobasal. Evidência contra a hipótese: Estimulação Ventrobasal - Excitação do Bulbo Rostroventral - Inibição do Corno Dorsal. Apresentação de pôster no Simpósio Internacional de Neurociências, 1993. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Belize/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: Simpósio Internacional de Neurociências

261. VILELA FILHO, O.
Tumores em Áreas Nobres. Palestrante no III Encontro Regional de Neurocirurgiões. 1992, 1992. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: III Encontro Regional de Neurocirurgiões

262. VILELA FILHO, O., FARAGE FILHO, M., MOTA, L. A. A. C. R.
Abscesso Cerebral: a experiência da Unidade de Neurocirurgia do HBDF, de 1984 a 1987. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1988. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: IX Jornada de Médicos Residentes do HBDF

263. HERMES JUNIOR, M. N., VILELA FILHO, O.
Aneurismas Intracranianos. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1988. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: IX Jornada de Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal –HBDF

264. VILELA FILHO, O.
Cirurgia Precoce dos Aneurismas Intracranianos. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1988. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Co-autor do tema livre; Cidade: Brasília - GO; Evento: IX Jornada de Médicos Residentes do HBDF

265. MOTA, L. A. A. C. R., VILELA FILHO, O.
Diabetis Insipidus: Alterações Adenohipofisárias Precedendo Manifestação Tumoral Radiológica. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal,

SES
2485
FLS
8
RUBRICA
PROTOCOLO

1988. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Co-autor do tema livre; Cidade: Brasília - DF; Evento: VIII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

266. VILELA FILHO, O., MOTA, L. A. A. C. R., FARAGE FILHO, M.
Doenças Granulomatosas do Sistema Nervoso Central Simulando Tumor. Apresentação oral do trabalho finalista – 4º lugar na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1988. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Quarto colocado dentre os 75 tema livres apresentados; Cidade: Brasília - DF; Evento: IX Jornada de Médicos residentes do HBDF

267. VILELA FILHO, O.
Estratégia para a Abordagem de Lesões Intracranianas Supratentoriais I. Apresentação oral do trabalho vencedor na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1988. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: VIII Jornada de Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF

268. VILELA FILHO, O.
Estratégia para a Abordagem de Lesões Intracranianas Supratentoriais-II. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1988. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português; Cidade: Brasília - DF; Evento: VIII Jornada de Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF

269. VILELA FILHO, O., MOTA, L. A. A. C. R.
Acromegalia. Apresentação oral na VII Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1987. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências edicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: VII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

270. VILELA FILHO, O.
Estratégia para a Abordagem de Lesões Intracranianas. Palestrante em Jornada de Educação Continuada do Instituto de Neurologia de Goiânia, 1987. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Goiânia - GO; Evento: Jorneda de Educação Continuada do Instituto de Neurdogia de Goiânia

271. PEREIRA, R. S. S., VILELA FILHO, O.
Fístula Arterio-venosa Intradural: relato de um caso. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1987. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Co-autor do tema livre; Cidade: Brasília - DF; Evento: VIII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

272. VILELA FILHO, O., MOTA, L. A. A. C. R.
Prolactinoma: avaliação clínica, laboratorial e terapêutica. Apresentação oral na VII Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1987. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: VII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

273. DIOGO, H. G. S., VILELA FILHO, O.
Síndrome do Digitador: uma nova proposta fisiopatológica. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1987. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: VIII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

274. VILELA FILHO, O.
Tumores de Hipófise e Craniofaringiomas: análise de 94 casos. Apresentação de pôster no IV Simpósio Internacional de Neuroendocrinologia, 1987. (Simpósio,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: IV Simpósio Internacional de Neuroendocrinologia

275. LIMA, B. O., VILELA FILHO, O.

SES
2486
FLS.
10
RUBRICA

Tumores Intracranianos na Infância: a experiência do Serviço de Neurocirurgia do HBDF no período 1977/1986. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1987. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Co-autor do tema livre "Tumores intracranianos na infância: a experiência do Serviço de Neurocirurgia do HBDF no período 1977/1986", tendo sido o 5º colocado dentre 53 tema livres apresentados; Cidade: Brasília - DF; Evento: VIII Jornada de Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF

276. VILELA FILHO, O.
Tumores Paraselares e Secreção Hipofisária Anterior. Apresentação oral na IX Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Feder, 1987. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: VIII Jornada de Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF

277. VILELA FILHO, O.
Craniofaringeorna: avaliação clínica, laboratorial e terapêutica. Apresentação oral na VII Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1986. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: VII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

278. MOTA, L. A. A. C. R., VILELA FILHO, O.
Síndrome de Kallmann e Gaba: evidência de ação gabaérgica sobre o LH é medida pelo LHRH. Apresentação oral apresentado na VII Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal, 1986. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Co-autor do tema livre; Cidade: Brasília - DF; Evento: VII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

279. VILELA FILHO, O., MOTA, L. A. A. C. R.
Tumores Não Funcionantes de Hipófise: avaliação clínica, laboratorial e terapêutica. Apresentação oral na VII Jornada dos Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federa, 1986. (Conferência ou palestra,Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Cidade: Brasília - DF; Evento: VII Jornada de Médicos Residentes do HBDF

Demais produções bibliográficas

1. Vilela Filho, Osvaldo
Prefácio. São Paulo:Summus, 1999. (Prefácio, Prefácio, Posfácio)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

Produção Técnica

Demais produções técnicas

1. Vilela Filho O
Fundamentals of Neuromodulation, 2007. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
Referências adicionais : Brasil/Português. 1 dia.

2. Vilela Filho O
1st International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery & 8th Congress of the Brazilian Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2007. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Presidente de uma conferência, Presidente do Congresso, Membro da Comissão Científica, Membro da Comissão Organizadora e palestrante

3. Vilela Filho O
6º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, 2003. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.

4. Vilela Filho O
I Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: "Neurotrauma e Terapia Intensiva", 2000. (Outra

SES
2497
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

[redacted] *sil/Português.*
missão Científica e participante

Sociedade Goiana de Neurocirurgia: "Gliomas de Baixo Grau", 2000. (Outra
)
ais : Brasil/Português.
o da Comissão Científica e participante

O
p da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: "Aneurismas Intracranianos", 2000. (Outra
écnica)
adicionais : Brasil/Português.
membro da Comissão Científica e participante

Filho O
kshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: "Psicocirurgia", 2000. (Outra produção técnica)
ncias adicionais : Brasil/Português.
dente, membro da Comissão Científica, palestrante e participante

3. Vilela Filho O
XI Encontro Regional de Neurocirurgia do Brasil Central, 2000. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Membro da Comissão Científica, palestrante e participante

9. Vilela Filho O
XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia, 2000. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.

10. Vilela Filho O
1º Curso Micromar de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e VII Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional, 1999. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.

11. Vilela Filho O
I Jornada da Associação Goiana para o Estudo da Dor, 1997. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Presidente, debatedor e participante

12. Vilela Filho O
I Reunião Técnico-científica da COMNEURO - GO; 1996. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.

13. Vilela Filho O
Curso de Neuroanatomia Funcional, 1995. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
Referências adicionais : Brasil/Português. 5 dias.

14. Vilela Filho O
I Encontro de Ex-residentes da Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal, 1992. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Presidente da mesa-redonda

15. Vilela Filho O
IX Jornada de Médicos Residentes do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, 1988. (Outra produção técnica)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Participante, vice-presidente da Jornada, secretário da mesa

Orientações e Supervisões

Orientações e Supervisões concluídas

Dissertações de mestrado : co-orientador

1. Tereza Raquel de Melo Alcântra-Silva. **O papel da musicoterapia como cadjuvante no tratamento do paciente com doença de Parkinson**. 2005. Dissertação (Escola de Música e Artes Cênicas) - Universidade Federal de Goiás
Referências adicionais : Brasil/Português.



Orientações e Supervisões em andamento

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1. Stefano Teixeira Queiroz e Victor Hugo Espíndola Soares Ala. **Desenvolvimengto de modelo experimental em ratos de síndrome de Tourette**. 2010. Curso (Medicina) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais : Brasil/Português.

2. Luciana Alves Oliveira Silva e Suzana Ferreira da Anunciação. **"Resultado da lesão estereotáxica em globo pálido em ratos copm transtorno obsessivo compulsivo induzido por "X"""**. 2010. Curso (Medicina) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais : Brasil/Português.

Eventos

Participação em eventos

1. **10º Simbidor – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre Dor**, 2011. (Seminário)

2. **XIV Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Presidente das Conferências com o Tema: Funcional**, 2011. (Congresso)

3. **III Congresso Goiano de Neurocirurgia, CREMEGO**, 2011. (Congresso)

4. **7º Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamental e Emoções**, 2011. (Congresso)

5. **7º Curso Micromar Latinoamericano de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional**, 2011. (Outra)

6. **14th WFNS Interim Meeting 2011 and the 15th Congress of Continuous Education of the Brazilian Society of Neurosurgery**, 2011. (Encontro)

7. **9º Congresso da Sociedade de Cirurgia Neurológica do Cone Sul**, 2011. (Congresso)

8. **10th World Congress of the International Neuromodulation Society**, 2011. (Congresso)

9. **I Simpósio de Distúrbios do Movimento II Fórum Alagoano de Parkinson**, 2011. (Simpósio)

10. **WSSFN Psychiatric Surgery Forum**, 2011. (Encontro)

11. **V ABCUR – Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional Y Estereotaxia**, 2010. (Outra)

SES
2489
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

12. **Capitulo Bi-Anual de Patologia Funcional Y Estereotaxia de la Asociación Argentina de Neurocirurgia**, 2010. (Outra)

13. **III Curso Introdutório de Liga Acadêmica de Neurociências da PUCGOIAS**, 2010. (Outra)

14. **3rd International Conference on the Neurosurgery of the Pedunculopontyine Tegmental Nucleus**, 2010. (Outra)

15. **XXX Encontro Inter-Regional de Neurocirurgia**, 2010. (Encontro)

16. **78th AANS Annual Meeting**, 2010. (Encontro)

17. **1º Simpósio Multidisciplinar de Reabilitação do Instituto Movimento**, 2010. (Simpósio)

18. **XXVIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Presidente do Seminário de Funcional: Doença de Parkinson - Alvos Cirúrgicos**, 2010. (Congresso)

19. **34º Congresso Latinoamericano de Neurocirurgia**, 2010. (Congresso)

20. **American Society for Stereotatic and Functional Neurosurgery Biennial Meeting**, 2010. (Congresso)

21. **I Joint Meeting Brazil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotatic and Functional Neurosurgery**, 2010. (Congresso)

22. **XXIV Congresso Brasileiro de Neurologia**, 2010. (Congresso)

23. Apresentação (Outras Formas) no(a)**XIII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia**, 2009. (Congresso)
Presidente de Mesa no Programa Científico SC24 Funcional.

24. **15th Quadrennial World Society of Stereotactic & Functional Neurosurgery Congress**, 2009. (Congresso)

25. **9º SIMBIDOR - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor**, 2009. (Simpósio)

26. **Simpósio: Tópicos avançados em doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento**, 2009. (Simpósio)

27. **Encontro de Neurocirurgia do Brasil Central - Fórum do Jovem Neurocirurgião**, 2009. (Encontro)

28. **Société de NeuroChirurgie de la Langue Française**, 2009. (Congresso)

SES
1430
FLS. 6
RUBRICA
PROTOCOLO

29. **II Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia**, 2009. (Congresso)

.

30. **XIV Congresso Brasileiro de Atualização em Neurocirurgia da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia**, 2009. (Congresso)

.

31. **9º Congresso Brasileiro de Neurocirurgia Funcional, 8º Congresso Latino-Americano de Neurocirurgia Funcional e 2º Simpósio Brasileiro de Neuromodulação**, 2009. (Congresso)

.

32. **Presidente de Mesa no Programa Científico SC24 Funcional**, 2009. (Congresso)

.

33. **XXXIII Congreso Latinoamericano de Neurocirugia**, 2008. (Congresso)

.

34. **IV ABCUR Reunión Conjunta de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia**, 2008. (Encontro)

.

35. **I Simpósio Brasileiro de Neuromodulação**, 2008. (Simpósio)

.

36. **8º Congresso Brasileiro de Dor**, 2008. (Congresso)

.

37. **XXVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia**, 2008. (Congresso)

.

38. **8º SIMBIDOR - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor**, 2007. (Simpósio)

.

39. **XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Seminário de Almoço "Psicocirurgia"**, 2007. (Congresso)

.

40. **3º Congresso Goiano de Neurologia**, 2007. (Congresso)

.

41. **I Congresso UNIMED Goiânia**, 2007. (Congresso)

.

42. **XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Curso Pré-Congresso "Neurocirurgia Funcional – PC4"**, 2007. (Congresso)

.

43. **IV Congresso Mineiro de Neurocirurgia**, 2007. (Congresso)

.

44. **8th World Congress of the International Neuromodulation Society & 11th Annual Meeting of the North American Neuromodulation Society**, 2007. (Congresso)

.

45. **XVIII Congreso Argentino de Dolor**, 2007. (Congresso)

.

46. **XII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia**, 2007. (Congresso)

.

47. **XII Congresso da Sociedade Nordestina de Neurocirurgia**, 2007. (Congresso)

SES
1491
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

48. **6º Curso Micromar Latinoamericano de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e 12º Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional**, 2007. (Outra)

49. **Revisitando a Proposta Metodológica do Curso e Avaliando a Avaliação. Curso de Medicina da Universidade Católica de Goiás**, 2007. (Outra)

50. **Curso de Atualização da ABNc – Capítulo Nordeste**, 2007. (Outra)

51. **I Amostra Goiana Interinstitucional de Musicoterapia**, 2007. (Encontro)

52. **II Encontro de Atividades Extra-Curriculares do Curso de Medicina da Universidade Católica de Goiás**, 2007. (Encontro)

53. **Workshop de Coluna Vertebral**, 2007. (Encontro)

54. **Atividades Extracurriculares do Módulo V do Departamento de Medicina da Universidade Católica de Goiás**, 2007. (Encontro)

55. **1st International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery & 8th Congress of the Brazilian Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. Presidente da Conferência – Stereotactic Space**, 2007. (Encontro)

56. **XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia**, 2006. (Congresso)

57. **Curso de Atualização da ABNc – Capítulo Norte**, 2006. (Outra)

58. **IV Congresso de Cirurgia Espinhal de São Paulo e VI Jornada de Cirurgia Espinhal**, 2006. (Congresso)

59. **III Reunión Bianual de la Sociedad Latinoamericana de Neurocirugia Funcional y Estereotaxia**, 2006. (Encontro)

60. **Sábado da Dor 2006**, 2006. (Encontro)

61. **XXVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Seminário de Almoço "Distúrbio de Movimento"**, 2006. (Congresso)

62. **III Reunion Conjunta de Neurocirurgia Funcional y Estereotaxia ABCUR**, 2006. (Encontro)

63. **I Reunião do Departamento Cientifico de Transtornos do Movimento da Academia Brasileira de Neurologia**, 2006. (Encontro)

SES
2492
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

64. **XV Congresso da Associação Médica de Goiás e XVIII ECAM – Encontro Científico Acadêmicos de Medicina**, 2006. (Congresso)

65. **7º Congresso Brasileiro de Dor**, 2006. (Congresso)

66. **ASSFN Boston 2006 Biennial Meeting: Bridging the Future of Neurosurgery**, 2006. (Encontro)

67. **XI Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia**, 2005. (Congresso)

68. **XII Congresso Brasileiro de Atualização em Neurocirurgia**, 2005. (Congresso)

69. **7º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor**, 2005. (Simpósio)

70. **2º Workshop de Neurociências**, 2005. (Encontro)

71. **XXV Encontro Inter-Regional de Neurocirurgia**, 2005. (Encontro)

72. **Primeras Jornadas Interdisciplinarias de Dolor**, 2005. (Encontro)

73. **14th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery**, 2005. (Encontro)

74. **IV Encontro Brasileiro de Distúrbio de Movimentos**, 2005. (Encontro)

75. **V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**, 2004. (Encontro)

76. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Seminário de Almoço: "Cirurgia Psiquiátrica"**, 2004. (Congresso)

77. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Seminário de Almoço: "Espasticidade"**, 2004. (Congresso)

78. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Seminário de Almoço: "Neuralgia do Trigêmio"**, 2004. (Congresso)

79. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Seminário de Almoço: "Distonias"**, 2004. (Congresso)

80. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Pré-Congresso: "Funcional/Desordens do Movimento"**, 2004. (Congresso)

SES
2493
FLS.
6
RUBRICA

81. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Pré-Congresso: "Funcional/Epilepsia"**, 2004. (Congresso)

82. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Pré-Congresso: "Jovem Neurocirurgião"**, 2004. (Congresso)

83. **6º Congresso Brasileiro de Dor**, 2004. (Congresso)

84. **XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia**, 2004. (Congresso)

85. **I Congresso de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Lifecenter, XVIII Congresso do Centro de Estudos da Clínica Neurológica e Neurocirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte**, 2004. (Congresso)

86. **II Reunião Conjunta de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica – Argentina, Brasil, Chile e Uruguai (ABCUR)**, 2004. (Encontro)

87. **16º ECAM – Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina**, 2004. (Encontro)

88. **ASSFN (American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery) 2004 Biennial Meeting – Neuromodulation: Defining the Future**, 2004. (Encontro)

89. **III Encontro Brasileiro de Distúrbios do Movimento**, 2003. (Encontro)

90. **XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria**, 2003. (Congresso)

91. **I Congresso Goiano de Neurologia – Opinião Nacional em Neurologia**, 2003. (Congresso)

92. **X Congresso da Sociedade Nordestina de Neurocirurgia**, 2003. (Congresso)

93. **6º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor**, 2003. (Simpósio)

94. **Quadrennial Meeting of the ASSFN**, 2003. (Encontro)

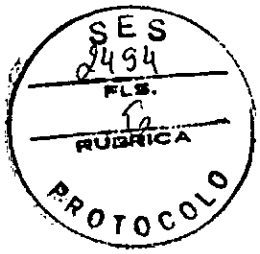
95. **Sábado da Dor – edição 2003**, 2003. (Encontro)

96. **XI Congresso Brasileiro de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia**, 2003. (Congresso)

97. **Simpósio "A Transformação Socioeconômica da Neurocirurgia – O Futuro da Neurocirurgia"**, 2003. (Simpósio)

98. **X Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia e V Congresso da Sociedade Pernambucana de Neurocirurgia**, 2003. (Congresso)

99. **XXIV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Presidente da Sessão de Temas Livres "Funcional"**, 2002. (Congresso)



100. **XIII Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central**, 2002. (Congresso)

101. **5º Congresso Brasileiro de Dor e VII SINDOR**, 2002. (Congresso)

102. **1º Simpósio sobre Dor Oncológica**, 2002. (Simpósio)

103. **XX Congresso Brasileiro de Neurologia e 3º Encontro Luso-Brasileiro de Neurologia**, 2002. (Congresso)

104. **XIII Congresso da Associação Médica de Goiás**, 2002. (Congresso)

105. **III Jornada dos Ex-Residentes do Hospital Araújo Jorge e I Jornada Internacional de Radiocirurgia**, 2002. (Encontro)

106. **1ª Reunión Conjunta de Neurocirurgía Funcional y Estereotáxia**, 2002. (Encontro)

107. **IX Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Seminário de Almoço: Neurocirurgia Funcional I**, 2001. (Congresso)

108. **13th Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery**, 2001. (Encontro)

109. **5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor**, 2001. (Simpósio)

110. **I Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia & I Joint Meeting Brasil-Canadá. Presidente da Conferência Magna "Tratamento Cirúrgico do Torcicolo Espasmódico e Outras Distonias"**, 2001. (Congresso)

111. **III Fórum Goiano de Musicoterapia e I Simpósio de Musicoterapia na Saúde e Educação**, 2001. (Encontro)

112. **XI Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central**, 2001. (Congresso)

113. **XIII ECAM e IV Jornada dos Médicos Residentes do Hospital das Clínicas/UFG**, 2001. (Encontro)

114. **VIth World Meeting on "Microelectrode Techniques during Functional and Stereotactic Neurosur-gery"**, 2001. (Encontro)

115. **X Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia**, 2001. (Congresso)

116. **Jornada de Atualização em Dor no Aparelho Locomotor**, 2000. (Outra)

117. **Programa de Educação Médica para Líderes de Opinião: Conceitos Atuais no Tratamento da Dor Crônica**, 2000. (Encontro)

118. **Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: "Gliomas de Baixo Grau"**, 2000. (Encontro)

119. **Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: "Psicocirurgia"**, 2000. (Encontro)

120. **XI Encontro Regional de Neurocirurgia do Brasil Central**, 2000. (Encontro)

121. **Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: "Aneurismas Intracranianos"**, 2000. (Encontro)

122. **Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: Neurotrauma e Terapia Intensiva**, 2000. (Encontro)

123. **1º Simpósio Novos Avanços em Psiquiatria**, 2000. (Simpósio)

124. **The 2000 E. Harry Botterell Professorship in Neurosurgery Symposium**, 2000. (Simpósio)

125. **VI SINDOR – VI Simpósio Norte/Nordeste de Dor**, 2000. (Simpósio)

126. **I Seminário Centro-Oeste de Acupuntura**, 2000. (Seminário)

127. **XII Congresso da Associação Médica de Goiás**, 2000. (Congresso)

128. **I Congresso Gaúcho de Neurologia e Neurocirurgia. Membro efetivo**, 2000. (Congresso)

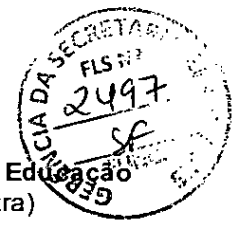
129. **Jornada Internacional de Dor**, 2000. (Outra)

130. **XXIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Curso Pré-Congresso Cirurgia Funcional para Anormalidades dos Movimentos e Dor**, 2000. (Congresso)

131. **XXIX Congresso Latino Americano de Neurocirurgia. Assistente no Seminário – Trigeminalgia. Qual Método de Tratamento?**, 2000. (Congresso)

132. **Simpósio Internacional "Doenças Músculo-Esqueléticas – Perspectivas Terapêuticas Emergentes"**, 1999. (Simpósio)

133. **Curso de Doença Cerebrovascular (I Módulo): Isquemia Cerebral**, 1999. (Outra)



134. **1º Curso Micromar de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional e VII Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional**, 1999. (Outra)

135. **IX Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia**, 1999. (Congresso)

136. **II INDOR – Congresso Internacional de Atualização em Dor e VI Curso de Educação Continuada em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica**, 1999. (Congresso)

137. **2º Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás**, 1999. (Congresso)

138. **4º SIMBIDOR – Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor**, 1999. (Simpósio)

139. **V Curso de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional**, 1999. (Outra)

140. **II Curso de Atualização em Terapia Intensiva da SOTIEGO – Módulo VI – Neurologia**, 1999. (Outra)

141. **VI Reunião do Capítulo Regional do DF da Academia Brasileira de Neurologia**, 1999. (Encontro)

142. **10º Encontro Regional de Neurocirurgiões do Brasil Central**, 1999. (Encontro)

143. **Workshop de Radiocirurgia Estereotáxica**, 1999. (Encontro)

144. **VIII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia**, 1999. (Congresso)

145. **V SINDOR. Simpósio Nordestino de Dor. Presidente "Dor Neuropática: Diagnóstico e Manuseio"**, 1998. (Simpósio)

146. **Simpósio sobre Cefaléias**, 1998. (Simpósio)

147. **XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, II Congresso da Sociedade de Cirurgia Neurológica do Cone Sul e VI Congresso da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional. Seminário de Almoço "Neurocirurgia Funcional"**, 1998. (Congresso)

148. **XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, II Congresso da Sociedade de Cirurgia Neurológica do Cone Sul e VI Congresso da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional. Seminário de Almoço "Neurocirurgia Funcional III"**, 1998. (Congresso)

149. **I Congresso da Sociedade de Neurocirurgia do Distrito Federal e II Encontro dos Ex-residentes**

de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal, 1998. (Congresso)

150. 1º Congresso Latino-Americano de Dor e 3º Congresso Brasileiro de Dor, 1998. (Congresso)

151. XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, II Congresso da Sociedade de Cirurgia Neurológica do Cone Sul e VI Congresso da Sociedade Brasileira de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional. Seminário de Almoço "Neurocirurgia Funcional I", 1998. (Congresso)

152. VIII Congresso Médico de Anápolis e Região, I Encontro de Enfermagem e I Fórum de Medicina Ocupacional, 1998. (Congresso)

153. Conferência sobre "Doença de Parkinson – Tratamento Cirúrgico". Hospital de Base do Distrito Federal, 1998. (Outra)

154. Curso Internacional de Neurorradiologia, 1998. (Outra)

155. I INDOR - Curso Internacional de Atualização em Dor, 1998. (Outra)

156. VII Jornada Médica de Itumbiara, 1998. (Outra)

157. V Fórum de Debates: Mama e Dor, 1998. (Encontro)

158. The 66th Annual Meeting of the AANS, 1998. (Encontro)

159. IX ECAM – Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina e III Jornada dos Médicos Residentes, 1997. (Encontro)

160. 1º Simpósio de Neurociência do Hospital Santa Helena e 2º Jornada da Cooperativa de Médicos em Neurociência de Goiás, 1997. (Outra)

161. I Jornada da Associação Goiana para o Estudo da Dor, 1997. (Outra)

162. II Curso de Atualização em Clínica Médica – Módulo VIII – Neurologia, 1997. (Outra)

163. VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, 1997. (Congresso)

164. VIII Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 1997. (Congresso)

165. III SIMBIDOR. Simpósio Internacional de Dor. Presidente da Sessão Plenária, 1997. (Simpósio)

166. I Simpósio Leste Centro-Oeste Brasileiro de Dor, 1997. (Simpósio)

167. **Simpósio de Neuropsiquiatria na Infância e Adolescência**, 1997. (Simpósio)

.

168. **IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 1996. (Outra)

.

169. **XXI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Seminários: Dor- Estado do Tratamento, Cirurgia de Epilepsia, Tumores de Hipófise**, 1996. (Congresso)

.

170. **I Reunião Técnico-científica da COMNEURO - GO**, 1996. (Encontro)

.

171. **Curso de Treinamento de Integração da UFG**, 1995. (Outra)

.

172. **Conferência "Tratamento de Desordens dos Movimentos" Hospital de Base do Distrito Federal**, 1995. (Outra)

.

173. **I Curso de Neuroanatomia Funcional**, 1995. (Outra)

.

174. **VII Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina e I Jornada dos Médicos Residentes do HC**, 1995. (Encontro)

.

175. **Simpósio Internacional de Neurologia Intervencionista**, 1995. (Simpósio)

.

176. **Simpósio Internacional sobre Neuropsiquiatria dos Gânglios da Base**, 1995. (Simpósio)

.

177. **Simpósio sobre Doença de Parkinson**, 1995. (Simpósio)

.

178. **30th Meeting of the Canadian Congress of Neurological Sciences**, 1995. (Encontro)

.

179. **1995 Quadrennial Meeting of the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery**, 1995. (Encontro)

.

180. **VI Encontro Regional de Neurocirurgiões**, 1995. (Encontro)

.

181. **XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Parasitologia**, 1995. (Congresso)

.

182. **XI Congresso da Associação Médica de Goiás**, 1995. (Congresso)

.

183. **I Jornada de Educação Continuada do INCER - IOG**, 1994. (Outra)

.

184. **I Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional de Dor da APM (Simbidor)**, 1994. (Simpósio)

.

185. **XIV Encontro Inter-Regional de Neurocirurgia**, 1994. (Encontro)

.

186. **XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Secretário da Conferencia Plenária**, 1994. (Congresso)

.

187. **XX Congresso Brasileiro de Neurologia Curso de Aspectos Modernos em Neurocirurgia, no curso de Aspectos Modernos em Neurocirurgia**, 1994. (Congresso)

.

188. **XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia. Seminário Matinal: "Epilepsia". Seminário Almoço: "Gliomas" "Parkinson"**, 1994. (Congresso)

.

189. **II Curso Goiano de Traumatologia**, 1994. (Outra)

.

190. **Simpósio Internacional de Neurociências**, 1993. (Seminário)

.

191. **Fórum de Epilepsia**, 1993. (Outra)

.

192. **II Jornada Científica do Instituto de Ciências Biológicas da UFG**, 1993. (Outra)

.

193. **XIth Meeting of the World Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery**, 1993. (Encontro)

.

194. **III Meeting on Microelectrode Techniques During Functional and Stereotatic Surgery**, 1993. (Encontro)

.

195. **V Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina**, 1993. (Encontro)

.

196. **III Encontro Regional de Neurocirurgiões**, 1992. (Encontro)

.

197. **Simpósio de Neuro & Psicofarmacologia**, 1992. (Simpósio)

.

198. **William Keith Visiting Professorship in Neurosurgery**, 1992. (Simpósio)

.

199. **I Encontro de Ex-residentes da Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal. Presidente da mesa de Doenças Vasculares**, 1992. (Encontro)

.

200. **Harry Botterell Visiting Professorship in Neurosurgery**, 1991. (Outra)

.

201. **I Simpósio Goiano de Dor**, 1991. (Simpósio)

.

202. **XVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e IV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia Funcional, nos cursos: de Neurotrauma, ministrado pelo Prof. Dr. T. Gennerelli; e no de Neurocirurgia Pediátrica, ministrado pelo Prof. Dr. H. J. Hoffman**, 1988. (Congresso)

.

203. **IX Jornada de Médicos Residentes do HBDF. Secretário da Mesa Redonda: Epilepsia**, 1988. (Outra)

.

204. **Jornada de Educação Continuada do Instituto de Neurologia de Goiânia**, 1987. (Outra)

.

205. **I Curso de Educação Continuada do Centro-Oeste**, 1987. (Outra)

.

206. **IV Simpósio Internacional de Neuroendocrinologia**, 1987. (Simpósio)

.

207. **VIII Jornada de Médicos Residentes do HBDF. Secretário da Conferência: Atendimento do Politraumatizado**, 1987. (Outra)

.

208. **VII Jornada de Médicos Residentes do HBDF**, 1986. (Outra)

.

209. **I Simpósio de Atualização em Neurotraumatologia**, 1986. (Simpósio)

.

210. **II Congresso Centro-Oeste de Médicos Residentes**, 1985. (Congresso)

.

211. **IX Encontro Regional de Neurocirurgia**, 1985. (Encontro)

.

212. **XI Congresso Brasileiro de Neurologia e IX Reunião da Liga Brasileira de Epilepsia**, 1984. (Congresso)

.

213. **4º Congresso da Associação Médica de Goiás, nos cursos de "Urgências Cirúrgicas" e no "Alergia em otorrinolaringologia"**, 1981. (Congresso)

.

214. **XII Encontro Científico de Estudantes de Medicina**, 1981. (Encontro)

.

215. **II Semana Ecológica**, 1981. (Outra)

.

216. **III Jornada de Cardiologia do Estado de Goiás**, 1981. (Outra)

.

217. **XII Encontro Científico de Estudantes de Medicina, no Curso de Choque Circulatório**, 1980. (Encontro)

.

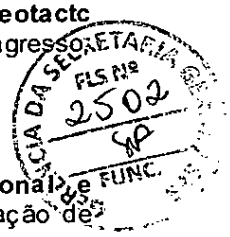
218. **Semana Nacional do Meio Ambiente**, 1979. (Outra)

.

Organização de evento

1. VILELA FILHO, O.
I Joint Meeting Brasil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactc and Functional Neurosurgery. President Meeting (Brasil), 2010. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

2. VILELA FILHO, O.
I Joint Meeting Brasil/Argentina on Neuromodulation & II International Joint Meeting on Stereotactc and Functional Neurosurgery. Member of the Organizing/Scientific Committee, 2010. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários



3. VILELA FILHO, O.
V ABCUR - Reunião Conjunta Argentina/Brasil/Chile/Uruguai de neurocirurgia Funcional e Estereotáxica. Miembro de la Comisión Científica e Secretario, 2010. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

4. VILELA FILHO, O.
XXVIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, 2010. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

5. VILELA FILHO, O.
Encontro de Neurocirurgia do Brasil Central - Fórum Jovem Neurocirugião. Membro da Comissão Científica, 2009. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

6. VILELA FILHO, O.
II Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia, 2009. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro

7. VILELA FILHO, O.
9º Congresso Brasileiro de Neurocirurgia Funcional, 8º Congresso Latino-Americano de Neurocirurgia Funcional e 2º Simpósio Brasileiro de Neuromodulação. Representante oficial da Word Society for Stereotactic and Funcional Neurosurgery, 2009. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

8. MARTINS, L. F., BARRETO, E., BRAINER-LIMA, P. T., Vilela Filho O
9º Congresso Brasileiro de Neurocirurgia Funcional, 8º Congresso Latino-Americano de Neurocirurgia Funcional e 2º Simpósio Brasileiro de Neuromodulação. Secretário do seminário 3: Experimental, 2009. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários
REPRESENTANTE OFICIAL DA WORLD SOCIETY FOR STEREOTACTIC AND FUNCTIONAL NEUROSURGERY

9. VILELA FILHO, O.
IV ABCUR Reunion Conjunta de Neurocirurgía Funcional y Estereotaxia Argentina, Brasil, Chile y Uruguai. Membro comité científico, Secretario ABCUR IV e Coordinador, 2008. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Argentina/Espanhol. Meio de divulgação: Vários
Como secretário da Comissão Organizadora, membro da Comissão Científica, Coordenador Brasileiro e Coordenador do Módulo Psicocirurgia.

10. VILELA FILHO, O.
8º Congresso Brasileiro de Dor. Membro da Comissão Científica, 2008. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Como membro da Comissão Científica e membro da Comissão Organizadora.

11. VILELA FILHO, O.
XII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Gerente do Módulo de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia., 2007. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

12. VILELA FILHO, O.
XII Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Membro da Comissão Científica, 2007. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Como membro da Comissão Científica, Gerente do Módulo de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica e Moderador de uma Sessão de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica ("Doença de Parkinson").

13. VILELA FILHO, O.
1st International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery & 8th Congress of the

Brazilian Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. Member of the Scientific Committee, 2007. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

14. VILELA FILHO, O.
1st International Joint Meeting on Stereotactic and Functional Neurosurgery & 8th Congress of the Brazilian Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery. Presidente Meeting, 2007. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Como Presidente do Congresso, membro da Comissão Científica e membro da Comissão Organizadora.

15. VILELA FILHO, O.
III Reunion Conjunta de Neurocirurgía Funcional y Estereotaxia ABCUR. Comité Científico, 2006. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Como secretário da Comissão Organizadora, membro da Comissão Científica e membro de duas mesa de experts.

16. VILELA FILHO, O.
2º Workshop de Neurociências. Membro da Comissão Científica e Co-coordenador, 2005. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como co-coordenador, membro da Comissão Científica e moderador de uma mesa redonda.

17. VILELA FILHO, O.
XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neuroci-rurgia Funcional e Estereotaxia. Coordenador da Comissão Científica, 2004. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como Coordenador da Comissão Científica, Coordenador de trêsCursos Pré-Congresso e Moderador de um Seminário de Almoço.

18. VILELA FILHO, O.
XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Coordenador do Curso Pré-Congresso: "Funcional/Desordens do Movimento", 2004. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.

19. VILELA FILHO, O.
XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Coordenador do Curso Pré-Congresso: "Funcional/Epilepsia", 2004. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.

20. VILELA FILHO, O.
XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia e VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia. Coordenador do Curso Pré-Congresso: "Jovem Neurocirurgião", 2004. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.

21. VILELA FILHO, O.
6º Congresso Brasileiro de Dor. Presidente da Sessão: "Neurocirurgia", 2004. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como debatedor e presidente de uma sessão.

22. VILELA FILHO, O.
X Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia e V Congresso da Sociedade Pernambucana de Neurocirurgia. Comissão Científica, 2003. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como Membro da Comissão Científica.

23. VILELA FILHO, O.
III Jornada dos Ex-Residentes do Hospital Araújo Jorge e I Jornada Internacional de Radiocirurgia, participação no Programa Científico, 2002. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como presidente de uma sessão de temas livres.

24. VILELA FILHO, O.
I Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia & I Joint Meeting Brasil-Canadá. Comissão Científica, 2001. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.



25. VILELA FILHO, O.
I Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia & I Joint Meeting Brasil-Canadá de Neurocirurgia. Presidente do Evento, 2001. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como presidente, membro da comissão científica, membro da comissão organizadora e presidente de uma conferência magna.

26. VILELA FILHO, O.
Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: Aneurismas Intracranianos. Presidente do Evento e Membro da Comissão Científica, 2000. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
Como presidente e membro da Comissão Científica.

27. VILELA FILHO, O.
Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: Gliomas de Baixo Grau. Presidente do Evento e Membro da Comissão Científica, 2000. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
Como presidente e membro da Comissão Científica.

28. VILELA FILHO, O.
Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: Neurotrauma e Terapia Intensiva. Presidente do Evento, 2000. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como presidente.

29. VILELA FILHO, O.
Workshop da Sociedade Goiana de Neurocirurgia: Psicocirurgia . Presidente do Evento e Membro da Comissão Científica, 2000. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
Como presidente e membro da Comissão Científica.

30. VILELA FILHO, O.
II INDOR – Congresso Internacional de Atualização em Dor e VI Curso de Educação Continuada em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica. Presidente do Congresso, 1999. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como presidente, membro da Comissão Organizadora e membro da Comissão Científica.

31. VILELA FILHO, O.
II INDOR Congresso Internacional de Atualização em Dor e VI Curso de Educação Continuada em Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica. Membro da Comissão Científica, 1999. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.

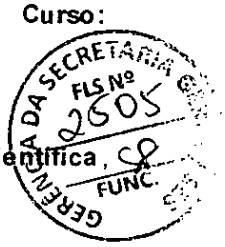
32. VILELA FILHO, O.
IX Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, 1999. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como membro da Comissão Organizadora.

33. VILELA FILHO, O.
I INDOR - Curso Internacional de Atualização em Dor. Presidente do Evento, 1998. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como Presidente.

34. VILELA FILHO, O.
I Jornada da Associação Goiana para o Estudo da Dor. Presidente, 1997. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como presidente e debatedor.

35. VILELA FILHO, O.

VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Coordenador do Curso: "Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica", 1997. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso



36. VILELA FILHO, O.
VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia. Presidente da Comissão Científica, 1997. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como presidente da Comissão Científica, membro da Comissão Organizadora, coordenador do curso pré-congresso

37. VILELA FILHO, O.
I Jornada de Educação Continuada do INCER - IOG, 1994. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como organizador do encontro.

38. VILELA FILHO, O.
IX Jornada de Médicos Residentes do HBDF. Membro da Comissão Julgadores de Temas Livres, 1988. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como vice-presidente da Jornada e secretário da mesa "Epilepsia".

39. VILELA FILHO, O.
IX Jornada de Médicos Residentes do HBDF. Vice Presidente da Comissão Organizadora, 1988. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.

40. VILELA FILHO, O.
VIII Jornada de Médicos Residentes do HBDF, 1987. (Outro, Organização de evento)
Referências adicionais : Brasil/Português.
Como membro da Comissão Organizadora e secretário da mesa "Atendimento do Politraumatizado".

Bancas

Participação em banca de comissões julgadoras

Outra

1. **I Salão Nacional de Fotografia Ecológica (Goiânia - GO)**, 1981

Referências adicionais : Brasil/Português.
Membro do júri

Totais de produção

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódico	38
Capitulos de livros publicados	19
Jornais de Notícias	14
Revistas (Magazines)	5
Trabalhos publicados em anais de eventos	56
Apresentações de Trabalhos (Comunicação)	4
Apresentações de Trabalhos (Conferência ou palestra)	133
Apresentações de Trabalhos (Congresso)	105
Apresentações de Trabalhos (Seminário)	3
Apresentações de Trabalhos (Simpósio)	32
Apresentações de Trabalhos (Outra)	2
Prefácios(Livro)	1

Produção Técnica

Curso de curta duração ministrado (outro) 2
Outra produção técnica 13

Orientações
Orientação concluída (dissertação de mestrado - co-orientador) .....
Orientação em andamento (trabalho de conclusão de curso de graduação) .....

Eventos
Participações em eventos (congresso) .....
Participações em eventos (seminário) .....
Participações em eventos (simpósio) 30
Participações em eventos (encontro) 60
Participações em eventos (outra) 39
Organização de evento (congresso) 29
Organização de evento (outro) 11
Participação em banca de comissões julgadoras (outra) 1

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2506
86-UNC

1. Cargo: Diretor Administrativo e Finaceiro

Nome: Marcelo Martins Teixeira	CPF: 823.380.941-15

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Medicina
Instituição: Universidade de Alfenas – MG
Período: 1993 – 1998

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Neurocirurgia
Instituição: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Período: Set 2005
Carga Horaria

Curso: Neurocirurgia
Instituição: Sociedade Alemã de Neurocirurgia
Período: Nov 2001
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

Curso/Programa
Instituição
Período

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Clinica Neurocirúrgica do Hospital Evangélico de Bielefeld da Alemanha
Período: 1999 - 2004
Cargos ocupados, funções exercidas: Neurocirurgião
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações:

Instituição onde trabalhou: Instituto de Neurologia de Goiânia
Período: 2007 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Neurocirurgião Chefe
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Neurocirurgia

Marcelo Martins Teixeira

Instituição onde trabalhou: Instituto de Neurologia de Goiânia
Período: 2004 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Neurocirúrgico
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Cirurgias Neurológicas.

Instituição onde trabalhou: Serviço de Neuropatologia de Berlim - Alemanha
Período: 1999 a 2000
Cargos ocupados, funções exercidas: Neurologista
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Técnicas de dissecção anatômica e analise histopatológica.
Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos):

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Bielefeld (Alemanha) 6 anos.
Experiência profissional na Administração Publica (anos):

Universidade de Alfenas

O Reitor da Universidade de Alfenas,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina
em 04 de dezembro de 1998, confere o título de

Médico a

Marcelo Martins Teixeira

alemão, natural de Berlim - Linchterfelde,
nascido a 05 de novembro de 1973, RG 3250360-3167704-SSP-GO

e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Alfenas, 04 de dezembro de 1998

Pró Reitor de Graduação

Reitor

Diplomado

Secretário Geral

Diretor

2º Tabelionato de Notas
Goiânia - GO
21 ABR. 2006
Confere com o original. Dou fé.

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

2º Tabelionato de Notas
Marilda Batista Teixeira
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

UNIVERSIDADE DE ALFENAS

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 605 de 13-12-88
publicada no Diário Oficial da União em 15-12-88

Curso de

MEDICINA

Reconhecido pela Portaria n.º 985, de 29-06-94,
publicada no D.O.U. em 30-06-94

Este diploma está registrado nesta Secretaria no livro n.º ...01.D.. folha ...063.V.. sob o n.º ...251...
Alfenas (MG), 09. de ...Março..... de 19.99.

.....
Secretaria Geral

CRM/GO
Conselho Regional de Medicina do
Estado de Goiás
Registrado sob nº 8287
fls 087 do livro nº 21
em 12 de Março de 1999.
Dra. Elvia Barros Garcão
Presidenta

UNIVERSIDADE DE ALFEI
REGISTRADO - LEI 9.394/9

REITORIA

Diploma registrado sob o núr
1188
no livro 6-03 folha 1
processo nº 23005669218
em 09 de Março de

MARIA HELENA SANTOS BRA
Chefe do Departamento de Registro de Dip
ALEXANDRE BELLINI ANUNCIA
Funcionário Responsável

2º. Tabelionato de Notas
Rua Antônio de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: 62) 3215-8998
ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral de Justiça
AUTENTICADO
MAR/ 2012
Confere com a fotocópia
apresentada dou fé
Em Cavalcante de Assunção
Escrevente
1050B61

Academia Brasileira de Neurologia

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA

MCMLXXXIII

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-1098

ESTADO DE GOIÁS
PODER JUDICIÁRIO
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
1050B612082

02 MAR. 2012

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

Certificamos que **DR. MARCELO MARTINS TEIXEIRA** participou da campanha do ***"DIA NACIONAL DO AVC"*** realizado em 24 de junho de 2005.

São Paulo, 24 de junho de 2005.

DR. SÉRGIO ROBERTO HAUSSEN
Presidente

2º Tabelionato de Notas
Goiânia - GO
27 ABR. 2006
Confere com o original, dou fé
2º. Tabelionato de Notas
Marilda Batista Teixeira
Escrevente
Rua João de Abreu Nº. 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

DR. ACARY SOUZA BULLE OLIVEIRA
Secretário Geral

GERÊNCIA DA SEC
FL. 25

Bethel

Gilead
Krankenanstalten
Gilead
gemeinnützige Gesellschaft mbH

Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universität Münster

Neurochirurgische Klinik
Chefarzt Prof. Dr. F. Oppel
Burgsteig 4
33617 Bielefeld
Telefon (0521) 144-09
Telefax (0521) 144-4522

Gilead gGmbH – Neurochirurgie
Postfach 13 03 09 33546 Bielefeld

Bethel, den 09.02.2004

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 251
FUNC.

Arbeitsbescheinigung

Marcelo Martins-Teixeira, geb. 05.11.1973

Herr Marcelo Martins-Teixeira ist seit dem 14.07.1999 als Assistenzarzt in der Neurochirurgischen Klinik der Krankenanstalten Gilead in Bielefeld/Behtel tätig.

Das Arbeitsverhältnis endet zum 15.02.2004 aus beruflichen Gründen (Arbeitsantritt in Brasilien) auf beiderseitigem Einverständnis.

Prof. Dr. Falk Oppel

2º Tabelionato de Notas
Av. Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
1050B612017
02 MAR 2012
Confere com o original.
Dou fé.
Artur Cavalcante de Assunção
Escrevente

Zertifikat

Die **Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie,**
vertreten durch den Vorsitzenden der Kommission Weiterbildung und Fortbildung,
bescheinigt die Teilnahme von

Dr. med. Marcelo Martins

an der **20. Fortbildungstagung** in Seeheim-Jugenheim **vom 21. bis 24. November 2001.**

Dr. med. Gerhard Marquardt
Lokaler Organisator

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
02 MAR. 2012
Confere com o original.
Em fé
Escrevente

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2512

2º Tabelionato de Notas
Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 2[illegible]98
02 MAR 2012
Confere com a cópia apresentada. Dou fé
Artal Cavalcanti de Assunção
Escrevente
1050B612028

SBN

Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia confere o presente certificado a

MARCELO MARTINS TEIXEIRA

pela participação no

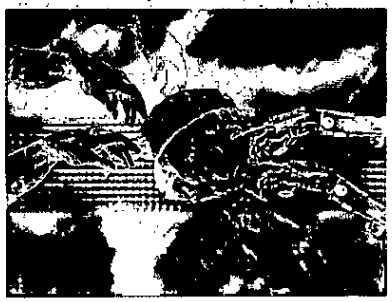
Curso de Atualização no Tratamento de Doenças Cérebro-vasculares

24 e 25/03/2006 – Rio de Janeiro / RJ

2º Tabelionato de Notas
Goiânia - GO
27 ABR. 2006
Confere com o original, dou fé.
2º Tabelionato de Notas
Marilda Thitista Teixeira
Escrevente
Rua João de Abreu Nº. 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

Dr. José Alberto Landeiro
Presidente da SBN

Dr. Orlando Maia
Comitê Científico



XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia
VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia



04 a 09 de setembro de 2004
Centro de Convenções de Goiânia
Goiânia - Goiás - Brasil

CERTIFICADO

Certificamos que,

Marcelo Martins Teixeira

participou do ***XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia*** e ***VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia***, realizado no período de 04 a 09 de setembro de 2004, na qualidade de Palestrante da Programação Pense Bem.

Tabelionato de Notas
Goiás - Goiás
ESTADO DE GOIÁS PODER JUDICIÁRIO
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
1050B612032
02 MAR. 2012
Confere com o original.
Boa fé
Escrevente

Goiânia, 09 de setembro de 2004.

REALIZAÇÃO

SBN
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Marcos Masini
Presidente da SBN

Valter da Costa
Presidente do Congresso

Osvaldo Vilela Filho
Coordenador da Comissão Científica



XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia
VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia



04 a 09 de setembro de 2004
Centro de Convenções de Goiânia
Goiânia - Goiás - Brasil

CERTIFICADO

Certificamos que,

MARCELO MARTINS TEIXEIRA

participou do ***XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia*** e ***VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia***, realizado no período de 04 a 09 de setembro de 2004, na qualidade de **Membro da Comissão Organizadora.**

2º Tabelionato de Notas
Rua João da Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
0 2 MAR. 2012
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1050B612024
Confere com o original.
Dou fé.
Artaí Carneiro de Assunção
Escrevente

Goiânia, 09 de setembro de 2004.

REALIZAÇÃO

SBN
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Marcos Masini
Presidente da SBN

Valter da Costa
Presidente do Congresso

Osvaldo Vilela Filho
Coordenador da Comissão Científica

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2515



XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia
VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia



04 a 09 de setembro de 2004
Centro de Convenções de Goiânia
Goiânia - Goiás - Brasil

CERTIFICADO

Estado de Goiás Poder Judiciário Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO 1050B612025
8º Tabelionato de Notas
02 MAR. 2012
Confere com o original.
Fé pública
Anal Cardoso de Assunção

Certificamos que,

Marcelo Martins

participou do ***XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia*** e ***VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia***, realizado no período de 04 a 09 de setembro de 2004, na qualidade de **Conferencista do Curso Pré-Congresso: 'JOVEM NEUROCIRURGIÃO', com o tema: 'Monitorização do Traumatizado Cranioencefálico Grave'.**

Goiânia, 09 de setembro de 2004.

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 2516

REALIZAÇÃO

SBN
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Marcos Masini
Presidente da SBN

Valter da Costa
Presidente do Congresso

Osvaldo Vilela Filho
Coordenador da Comissão Científica

XV Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA
ARAÇATUBA-SP

Certificado

Certificamos que **Dr. Marcelo Martins**
Participou do XV Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central,
Realizado em Araçatuba, nos dias 11, 12 e 13 de novembro de 2004,
Na qualidade de **Participante.**

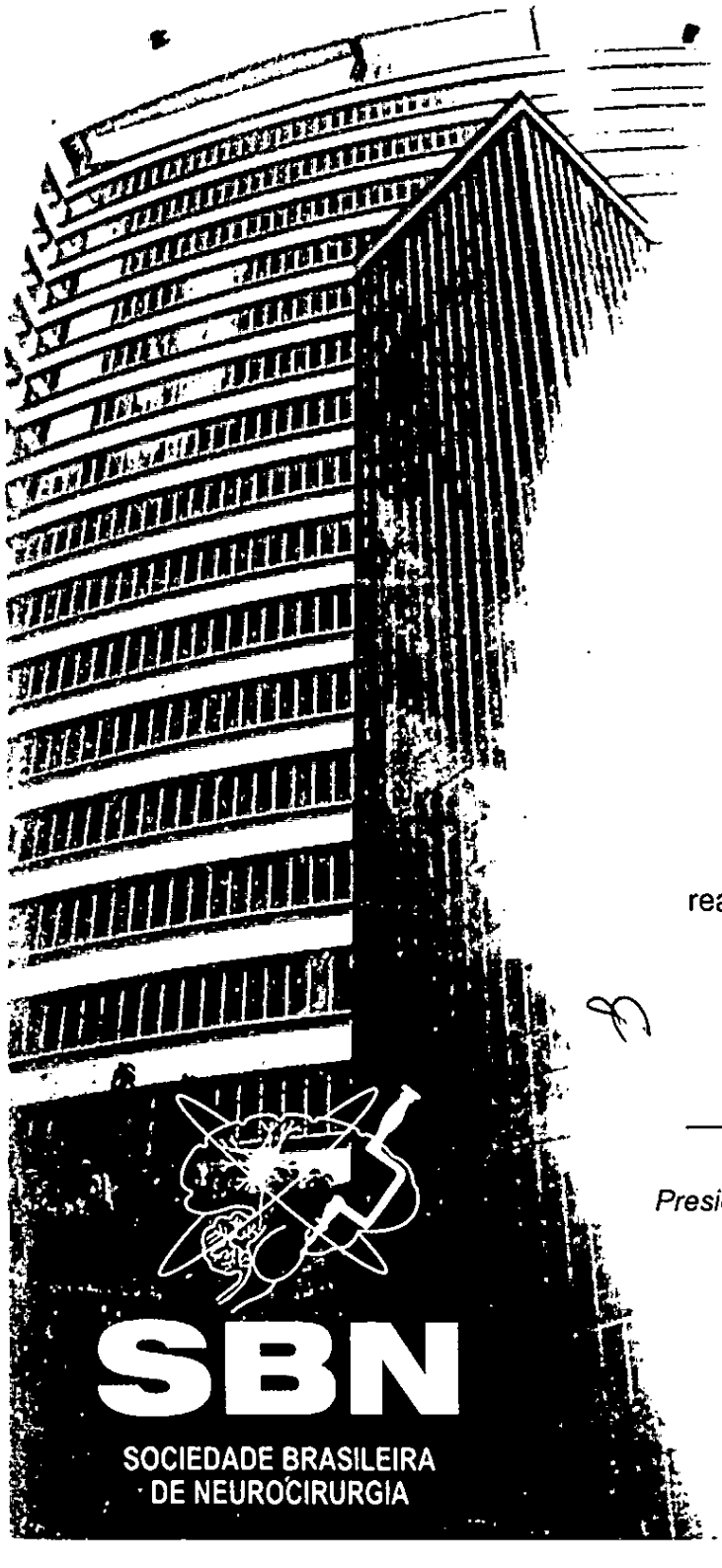
Tabelionato de Notas
Av. Deputado Jamel Cecílio nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1050B612039
02 MAR 2012
Confere com o original.
Dou fé.
Escrevente

Dr. José do Carmo Sartori
Presidente APM-Araçatuba

Dr. Antônio Fontanelli
Diretor Científico

Dr. Marco Túlio França
Coordenador

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2517
FUNC.



SBN

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Certificado

Certificamos que

Marcelo Martins Teixeira

Participou do **XII Congresso Brasileiro de Atualização em Neurocirurgia da SBN**

realizado no período de 18 a 21 de setembro de 2005 em Belo Horizonte - MG na qualidade de

CONGRESSISTA

Dr. José Alberto Landeiro
Presidente da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Dr. Átos Alves de Sousa
Presidente do Congresso

Tabelionato de Notas
De Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
02 MAR 2012
AUTENTICAÇÃO
10S0B612048
Confere com o original.
Escrevente

GERÊNCIA DA SECRETARIA DE FLS Nº 2518

Promoção: SBN

Patrocinio: Lifecenter · unimed-bh · Schering-Plough



XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia
VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia



04 a 09 de setembro de 2004
Centro de Convenções de Goiânia
Goiânia - Goiás - Brasil

CERTIFICADO

2º Tabelionato de Notas
02 MAR 2012
Confere com o original.
Dou fé.
Arta Cavalcante de Assunção
Escrevente
AUTENTICAÇÃO
1050B612042

Certificamos que,

Marcelo Martins

participou do ***XXV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia*** e ***VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia*** realizado no período de 04 a 09 de setembro de 2004, na qualidade de Secretário da Conferência: "Monitorização Encefálica no Paciente Grave: do Mínimo ao Estudo da Arte".

Goiânia, 09 de setembro de 2004.

REALIZAÇÃO

SBN
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Marcos Masini
Presidente da SBN

Valter da Costa
Presidente do Congresso

Osvaldo Vilela Filho
Coordenador da Comissão Científica

2 . Tabelionato de Notas
Gois
02/MAR. 2012

CERTIFICADO

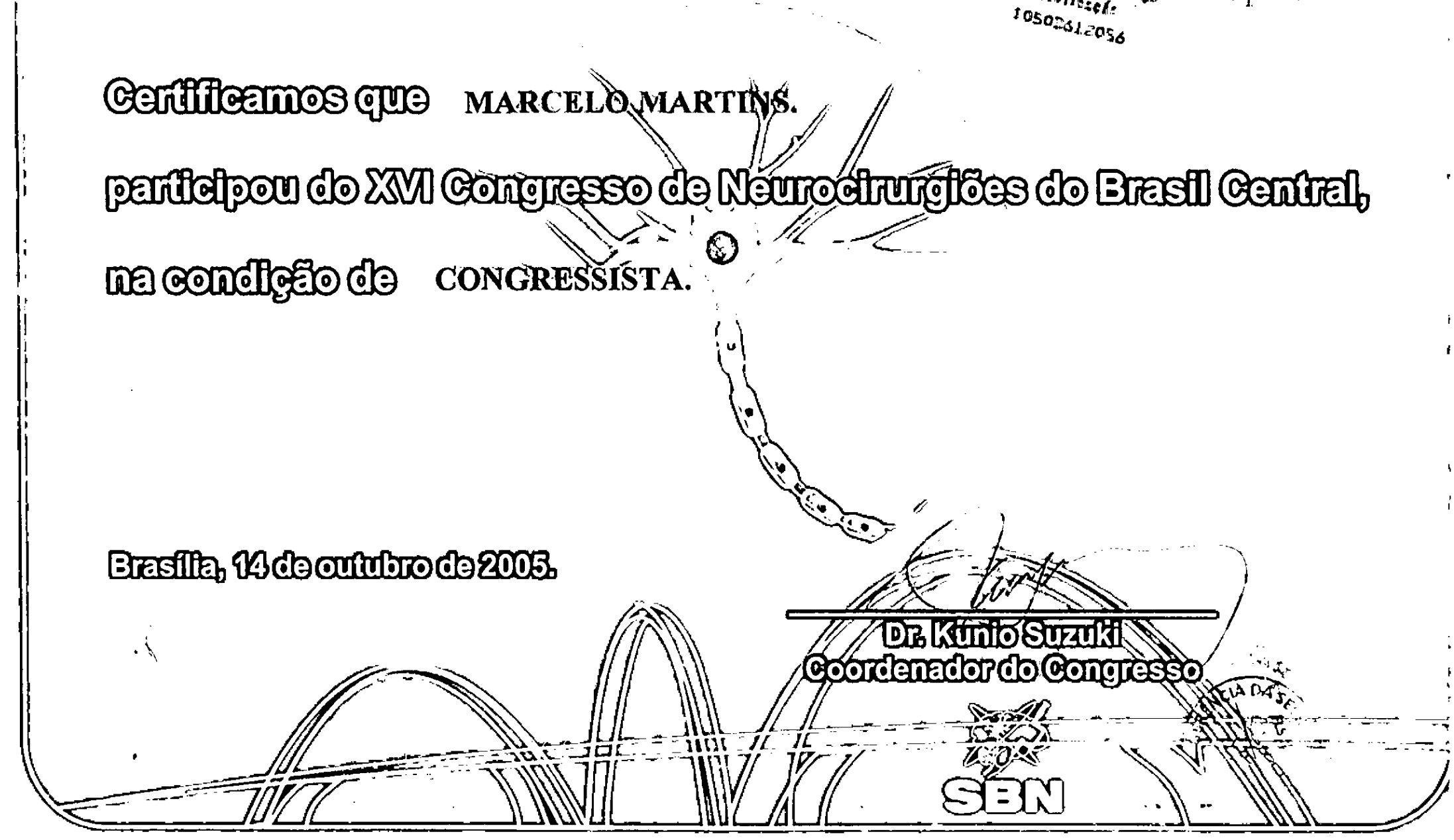
Certificamos que MARCELO MARTINS.

participou do XVI Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central,

na condição de CONGRESSISTA.

Brasília, 14 de outubro de 2005.

Dr. Kunio Suzuki
Coordenador do Congresso



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CERTIFICADO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás de acordo com as Resoluções CFM nº 1666/2003 e 1763/2005, certifica que registrou no livro nº 16 sob nº5873 a qualificação do médico.

MARCELO MARTINS TEIXEIRA

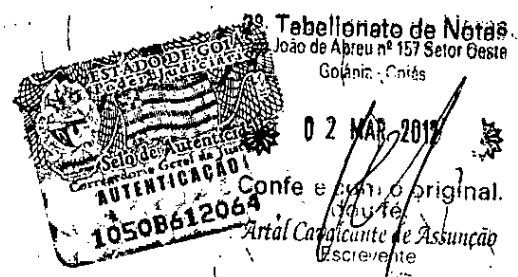
CRM nº 8287

na especialidade de

NEUROCIRURGIA

com area de atuação em:

Não Informada



Com validade em todo Território Nacional.

Goiânia, 5 de maio de 2006

DR. ILIAM CARDOSO DOS SANTOS
Presidente

DR. ADRIANO ALFREDO BROCOS AUAD
Primeiro Secretário



CERTIFICADO

Certificamos que,

Marcelo Martins Teixeira

participou do **2º Workshop de Neurociências** - *"Instituto de Neurologia de Goiânia 30 Anos"*, realizado no período de 25 a 27 de novembro de 2005, no San Marino Suíte Hotel, em Goiânia - Goiás, na qualidade de ***Palestrante*** da Mesa Redonda **Traumas** abordando o tema: ***Monotorização invasiva no TCE.***

2º Tabelionato de Notas
Sobre nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1050B612066
2 MAR 2012
Confere com o original.
dou fé.
Analcandre de Assunção
Escrevente

Goiânia, 27 de novembro de 2005.

Luiz Fernando Martins
Coordenador

Osvaldo Vilela Filho
Coordenador

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2390

CERTIFICADO

Certificamos que MARCELO MARTINS

participou do XVI Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central,

na condição de PALESTRANTE COM O TEMA "DISTÚRBIO METABÓLICO DO SÓDIO-SECREÇÃO INAPROPRIADA, DIABETES INSIPIDUS E SÍNDROME PERDEDORA DE SAL"

Brasília, 14 de outubro de 2005.

Dr. Kunio Suzuki
Coordenador do Congresso

SBN

Associação Médica Brasileira

Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

SBN

2º Tabelionato de Notas
Arial Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA

ao

Dr. Marcelo Martins Teixeira

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.

São Paulo, 22 de setembro de 2005

Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Presidente da AMB

Dr. Edmund Chada Baracat
Secretário Geral da AMB

Dr. José Alberto Bandeira
Presidente da SBN

Dr. José Antonio Guaiti
Secretário Geral da SBN

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO 15/01/06
SOLICITAÇÃO CONFECÇÃO 18/01/06
SAÍDA P/ SOCIEDADE 10/02/06
RETORNO DA SOCIEDADE 21/03/06
CADASTRAMENTO 22/03/06
SAÍDA P/ FEDERADA 03/04/06
REGISTRO 085363

Katia D'Amico
SECRETARIA DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA

(ASSINARAM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás
A especialidade do requerente foi registrada no livro 16, sob o nº 6873, às folhas 15.
Goiânia, 05/05/2006
Adriano Alfredo Brocos Auad
Secretário
Nº 002243

2º Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 - Setor Oeste
Goiânia - Goiás

2º Tabelionato de Notas
Marilda Batista Teixeira
Escrevente
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS
ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
13 ABR. 2011
AUTENTICAÇÃO
10508468887
Confere com o original, dou fé.
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

CARTÓRIO DO 12º TABELIÃO DE NOTAS
Alameda Santos, 1.470 - São Paulo - SP - Cep 01418-100
DEL. HOMERO SANTI - TABELIÃO - Tel. (11) 3288-8277 - Fax (11) 3284-0303
Reconheço por semelhança as firmas: JOSE LUIZ GOMES DO A
RAVAL, EDILAINE CHADA BARACAT, as quais confere com os pa
drões depositados em Cartório.
São Paulo, 10 de Abril de 2006
Em testemunho da verdade.
Dulce Bernardes Perico - Esc. Autorizado
0604101126485 Firma: R$ 2,60 Total: R$ 5,20
CARTÓRIO DO 12º TABELIÃO
AL. SANTOS,
Dulce Bernardes
Escrevente Aut
FIRMA 2
1W2AA139654

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - G
Fone: (62) 3
ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
02 MAR. 2012
AUTENTICAÇÃO
10508612058
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

Marcelo Martins Teixeira

Formação Acadêmica / Títulos:

Membro Titular da Academia Brasileira de Neurocirurgia, filiada a World Federation of Neurosurgical Societies e a Federacion Latinoamericana de Sociedades de Neurocirurgia – Outubro de 2007.

Membro Honorário do Centro de Estudos da Clinica Neurológica e Neurocirúrgica Santa Casa de Belo Horizonte – Junho 2007

Titulo de especialista em Neurocirurgia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) – Setembro 2005

Participação no Curso de Formação de Neurocirurgiões, realizado pela Sociedade Alemã de Neurocirurgia – Novembro 2001.

Residência medica na Clinica Neurocirúrgica do Hospital Evangélico de Bielefeld – Alemanha, unidade Gilead – Setembro 1999 a Fevereiro 2004.

Conclusão do curso de Medicina pela Universidade de Alfenas – Dezembro 1998

Experiência Profissional:

Chefe do Centro Cirúrgico do Instituto de Neurologia de Goiânia (ING) – desde Dezembro 2007

Integrante da equipe medica/neurocirúrgica do ING – desde abril 2004.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 2525 FUNEC

1. Cargo: Diretor de Departamento Médico

Nome: José Mário Meira Teles	CPF: 643.900.715-72

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Medicina
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica.
Período: 1986 a 1991

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Medicina Intensiva.
Instituição: Associação Medica Intensivista Brasileira.
Período: 1997
Carga Horaria: 360 horas.

Curso: Cirurgia Geral
Instituição: Universidade Federal da Bahia
Período: 1992 a 1995
Carga Horária: 840 horas

Curso: MBA em Gestão em Saúde.
Instituição: Fundação Getúlio Vargas - FGV
Período: 2010 a 2011
Carga Horária: 360 horas

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Hospital da Bahia
Período: 2009 a 2011
Cargos ocupados, funções exercidas: Coordenador Médico de UTI.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Coordenador Geral de UTI.

Instituição onde trabalhou: Hospital da Bahia
Período: 1995 a 2009
Cargos ocupados, funções exercidas: Vice-Coordernador Médico de UTI.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Vice-Coordenador Geral de UTI – Supervisor Médico de UTI.

SECRETARIA GERAL DA MESA FLS Nº 2526 FUNC

Dr. Jose Mario Meira Teles

Instituição onde trabalhou: Hospital da Bahia
Período: 2002 a 2009
Cargos ocupados, funções exercidas: Serviço Técnico Especializado, Terapia Intensiva, UTI Geral.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Médico Supervisor de Terapia Geral, Determinação de Consultas, Retiradas ou Manutenção de Tratamento, Determinação de Exames, Procedimentos, Altas e Admissões.

Instituição onde trabalhou: Hospital da Bahia
Período: 2004 a 2006
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Pesquisador.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Pneumonia Comunitária Grave – CAPTIVATE (Community Acquired Pneumonia Tifacogin Intra Venous Administration Trial for Efficacy).

Instituição onde trabalhou: Hospital da Bahia
Período: 2003 a 2006
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Professor.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Temas Básicos de Terapia Intensiva. Protocolo de Controle Glicêmico reduz mortalidade hospitalar em pacientes neurológicos criticamente enfermos. SAPS III (Simplified Acute Physiology Score). COSTS (Costs of Sepsis Treatment Study). Medicina Intensiva (teórico e pratica) via aéreas difícil. ADDRESS (Drotrecogin Alfa (Activated) in Adult Patients with Early Stage Severe Sepsis). BASES II (Registro Nacional de Sepse).

Instituição onde trabalhou: Hospital da Bahia
Período: 1995 a 2002
Cargos ocupados, funções exercidas: Serviços Técnicos Especializados, Plantonista da UTI Geral.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: UTI

Instituição onde trabalhou: Hospital da Bahia.
Período: 1995 a 1999
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Professor
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Temas básicos em Terapia Intensiva.

Instituição onde trabalhou: Hospital Salvador
Período: 2005 a 2009
Cargos ocupados, funções exercidas: Coordenador de UTI Adulto.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Coordenação de UTI Adulto.

Instituição onde trabalhou: Santa Casa de Misericórdia da Bahia.
Período: 2002 a 2004.
Cargos ocupados, funções exercidas: Vice-Coordenador de UTI Cirúrgica.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Vice-Coordenação de UTI Cirúrgica.

Instituição onde trabalhou: Santa Casa de Misericórdia da Bahia.
Período: 2002 a 2004
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Professor.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Atualização em Terapia Intensiva, Descrição de Casos Clínicos, Abordagem das Vias Aéreas Difícil, Unidade de Dor Torácica.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2527
FUNC.

Dr. Jose Mario Meira Teles

SECRETARIA FLS Nº 2528 FUNC.

Instituição onde trabalhou: Santa Casa de Misericórdia da Bahia.
Período: 2002 a 2004
Cargos ocupados, funções exercidas: Direção e Administração.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Vice-Coordenação de UTI Cirúrgica.

Instituição onde trabalhou: Hospital Santo Amaro.
Período: 2011 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Coordenação de UTI Adulto..
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Coordenação Médica de UTI Adulto.

Instituição onde trabalhou: Hospital Espanhol.
Período: 1992 a 1994
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Intensivista.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Plantonista de Emergência.

Instituição onde trabalhou: Hospital Ana Neri.
Período: 1992 a 1994
Cargos ocupados, funções exercidas: Direção e Administração.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Coordenação de UTI.

Instituição onde trabalhou: Hospital Ana Neri.
Período: 2001 a 2005
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Professor.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Via Aérea Difícil, Implementação de Protocolo de Controle Glicêmico Rigoroso, Atualização em Terapia Intensiva, Sessão de morbi-mortalidade – procedimento médico de UTI

Instituição onde trabalhou: Vitalino Atendimento de Urgência.
Período: 1993 a 1994
Cargos ocupados, funções exercidas: Plantonista de Unidade Móvel..
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Atendimento de Emergência e Pré-Hospitalar.

Instituição onde trabalhou: Club Mediterraneé do Brasil
Período: 1997 a 2004
Cargos ocupados, funções exercidas: Direção e Administração – Coordenador Médico.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Recursos Humanos e Pronto Atendimento.

Instituição onde trabalhou: Club Mediterraneé do Brasil
Período: 1997 a 2004
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Professor.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Suporte Básico de Vida (BLS + AED).

Dr. Jose Mario Meira Teles

SECRETARIA
FLS Nº 2529
FUNC.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Hospital da Bahia, Coordenador e Vice-Coordenador Médico de UTI. 18 anos.
Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Hospital Salvador, Coordenador de UTI Adulto, 5 anos.
Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Hospital Ana Neri, 3 anos.
Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Club Mediterraneé do Brasil, Direção e Administração – Coordenador Médico, 8 anos.
Experiência profissional na Administração Publica (anos): Hospital da Bahia, Coordenador e Vice-Coordenador Médico de UTI. 18 anos.
Experiência profissional na Administração Publica (anos): Hospital Salvador, Coordenador de UTI Adulto, 5 anos.

Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira

Associação de Medicina Intensiva Brasileira

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

TABELIONATO DE OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 06 de Março de 2014
Em Testº da verdade
FABIO GONÇALVES DE SANTANA ESCREVENTE
009

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

ao

Dr. José Mario Meira Teles

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

São Paulo, 5 de outubro de 1997

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente da AMB

Dr. Edmund Chada Baracat
Secretário Geral da AMB

Dr. Jose Maria da Costa Orlando
Presidente da AMIB

Dr. Marcelo Mocck
Secretário Geral da AMIB

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO 29/06/05

SOLICITAÇÃO CONFECÇÃO 30/06/05

SAÍDA P/ SOCIEDADE 09/08/05

RETORNO DA SOCIEDADE 22/08/05

CADASTRAMENTO 22/08/05

SAÍDA P/ FEDERADA 29/08/05

REGISTRO 080650

Katia D'Amico
SECRETARIA DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA

(ASSINARAM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)

TABELIONATO DO 10º OFICIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado.
Salvador, 06 de Março de 2012.
Em Teste
da Verdade.
FABIO GONÇALVES DE SANTANA - ESCREVENTE
009

CARTÓRIO DO 12º TABELIÃO DE NOTAS
Alameda Santos, 1.470 - São Paulo - SP - Cep 01418-100
DEL. HOMERO SANTI - TABELIÃO - Tel. (11) 3288-6277 - Fax (11) 3284-6362

Reconheco por semelhança as firmas: ELEUSES VIEIRA DE PA
IVA, EDFUND CHADA BARACAT, as quais confere com os padr
ões depositados em Cartório.
São Paulo, 24 de Agosto de 200
Em testemunho da verdade.
Dulce Bernardes Perico - Escr autorizado
0508241150455 Firma:R$ 2,50 Total:R$ 5,00

Dulce Bernardes Perico
Escrevente Aut

FIRMA 2
1042AA119995

FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

TABELIONATO DO 10º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado.
Salvador, 28 de fevereiro de 2012.
Em Testº da Verdade.
JOÃO TARCÍZIO PEREIRA SOUZA - ESCREVENTE
1011

EU, PROFESSOR DOUTOR CELSO LUIZ SANTIAGO FIGUEIROA, DIRETOR DA ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, TENDO EM VISTA A CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA, EM 03 DE DEZEMBRO DE 1991, CONFIRO O TÍTULO DE MÉDICO A

JOSÉ MARIO MEIRA TELES

FILHO DE JOSÉ MENDONÇA TELES E ATALA MEIRA TELES, BRASILEIRO, NASCIDO A 05 DE NOVEMBRO DE 1966, NATURAL DE SALVADOR, ESTADO DA BAHIA, E OUTORGO-LHE O PRESENTE DIPLOMA, A FIM DE QUE POSSA GOZAR DE TODOS OS DIREITOS E PRERROGATIVAS LEGAIS.

Salvador, 03 de dezembro de 1991

Lourdes Hummel - Secretário

Celso Luiz Santiago Figueiroa - Diretor

Formando - Identidade n.º 03263217 72

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 2534 FUNC. SES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ORDEM E PROGRESSO

Curso de Medicina
Reconhecido pelo Decreto n.º 43.559
de 23.04.58 — D. O. U. 23.04.58

UFBA - SUPERINTENDENCIA ACADÊMICA
SECRETARIA GERAL DE CURSOS

LUCIANO DE SOUZA CERQUEIRA
Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

Por delegação de competência do Ministério da Educação: portarias MEC/DAU n.º 726/77 e 71/77
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
REITORIA
Diploma registrado em 09/01/92 às fls 75
no livro de registro n.º J8-F da Universidade
Federal da Bahia, registro n.º 4.959
Salvador, 09 de Janeiro de 1992
ASSINATURA

José Rogerio da Costa Vargens
Reitor

Conselho Regional de Medicina do
Estado da Bahia
O presente diploma de médico
corresponde à inscrição n.º 10643
Carteira n.º 10.643 deste Conselho, ora registrado.
Salvador, BA, 05/02/1992
Presidente
Secretário

TABELIONATO DO 100 OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original à mim apresentado.
Salvador, 28 de fevereiro de 2012.
Em Testº da Verdade.
JOÃO TARCIZIO PEREIRA DA SILVA - ESCREVENTE
6011

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-BA

Certificado

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 22/02/2011, no livro nº 28, sob nº 9926, folha nº 56, a qualificação do médico,
JOSE MARIO MEIRA TELES, CRM nº 10643,

na especialidade de
MEDICINA INTENSIVA

Com validade em todo o território nacional.

Salvador - BA, 23 de fevereiro de 2011.

JORGE R. DE CERQUEIRA E SILVA
PRESIDENTE

NEDY MARIA BRANCO CERQUEIRA NEVES
1ª SECRETARIA

José Mário Meira Teles

Médico, graduado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 1991. Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB em 1997. Atualmente é Coordenador médico da UTI adulto do Hospital Santo Amaro-BA. Presidente da AMIB (Gestao 2012 – 2013). Coordenador Regional do Curso de Pos-Graduacao em Medicina Intensiva da AMIB-Faculdade Redentor;
Membro do Comitê Coordenador do BRICnet; Sócio Fundador do Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em controle endócrino metabólico do doente critico, atuando principalmente nos seguintes temas: delirium, sedação e analgesia, controle glicêmico, microcirculação, reposição volêmica, sepse, gestão em UTI, cultura de segurança, indicadores de qualidade.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2533
FUNC.
SES

1. Cargo: Diretora de Departamento de Enfermagem

Nome: Sirlei Messias da Silva	CPF: 517.204.501-53

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Enfermagem
Instituição: Universidade Católica de Goiás.
Período: 1996 a 1999

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Enfermagem em unidade de Terapia Intensiva.
Instituição: Universidade Católica de Goiás.
Período: 2003
Carga Horaria: 582 horas.

Curso
Instituição
Período
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

Curso/Programa
Instituição
Período

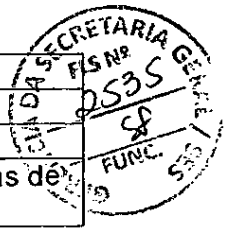
Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO).
Período: 2000 a 2011
Cargos ocupados, funções exercidas: Enfermeira Supervisora da UTI.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Supervisora de UTI.

Instituição onde trabalhou: Hospital de Acidentados
Período: 1999 a 2000
Cargos ocupados, funções exercidas: Enfermeira Supervisora da UTI.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Supervisora de UTI.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 2534 FUNC.

Sirlei Messias da Silva



Instituição onde trabalhou: Costa e Silva
Período: 1999 a 2000
Cargos ocupados, funções exercidas: Professora de Enfermagem.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Praticas de Enfermagem, Praticas de Enfermagem em UTI.

Instituição onde trabalhou: Instituto Ortopédico de Goiânia.
Período: 2009 a 2010
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente de Enfermagem.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gerencia de Enfermagem em Ortopedia.

Instituição onde trabalhou: Grupo Master de Nefrologia.
Período: 2010 a 2011
Cargos ocupados, funções exercidas: Supervisora de Enfermagem.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Supervisão de Enfermagem em Nefrologia.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Instituto Ortopédico de Goiânia, Gerencia, 8 anos.

Experiência profissional na Administração Publica (anos): HUGO, Supervisora/Gerente, 12 anos.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

A REITORA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de

ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA

e a outorga do grau de ENFERMEIRA, em 19 de agosto de 1999, a

Sirlei Messias da Silva,

brasileira, nascida em Goiânia – Estado de Goiás, em 02 de junho de 1970,

cédula de identidade n.2.075.052-SSP/GO,

confere-lhe o presente diploma.

Goiânia, 10 de janeiro de 2000.

Profª. Célia Brandão Alvarenga Craveiro
Reitora

Prof. Wolmir Therezio Amado
Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos

Sirlei Messias da Silva
Diplomada

CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
Tabelião de Notas
Nº 928
GOIÂNIA - GO
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM ORIGINAL
Ângela Nunes da Silva
Escrevente
CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
Kacimayra Parentes de Sousa
Escrevente

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2536
SF
FUNC.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GDIÁS - UCG
Reconhecida pelo Decreto n. 47.041 de 17/10/59
Secretaria Geral

Diploma registrado nos termos do § 1. do art. 48 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Registro n. 1.913

Livro n. 08-Enf. Folha n. 070-v

Processo n. 2.422/99-SEDDC/SG

Data do Registro: 10/01/2000.

Rosival Barbosa Lagares
Secretário Geral

Curso de Enfermagem e Obstetrícia - Habilitação em **Enfermagem de Saúde Pública**. Reconhecido pelo Decreto n. 15.495 de 09/05/1944.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
Registro N.º 89689
Nome Sirlei Nascimento da Silva
Quadro I Categoria Enfermeiro
Livro 89 Pag. 199 Em 04/06/01

URE PRESIDENTE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GDIÁS - UCG
Secretaria Geral

APOSTILA

LICENCIATURA PLENA

Colação de Grau, 19/08/1999.

Livro n. 08-Enf. Folha n. 070-v

Data da Apostila: 10/01/2000.

Rosival Barbosa Lagares
Secretário Geral

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
2º Reg. Civil e Tabelionato de Notas
AV. 24 DE OUTUBRO, Nº 928
CAMPINAS - GOIÂNIA-GO
Tabelia [illegible] 3233-0055
Goiânia [illegible]
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Ângela [illegible] da Silva
Escrevente
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Kacimayra Parentes de Sousa
Escrevente

Nº : 018445

UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE GOIÁS

Utilidade Pública Decreto 27/05/92
CGC (MF) 01587609/0001-71
Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Certificado

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
2º Reg. Civil e Tabelionato de Notas
AV. 24 DE OUTUBRO Nº 928
CAMPINAS - GOIÂNIA
Telefone: 3241-5535
Confere com o original apresentado
Autenticação
Angela Nunes da Silva
Escrevente
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Kaclmayra Parentes de Sousa
Escrevente

O Vice-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa certifica que SIRLEI MESSIAS DA SILVA ***

concluiu o Curso de ESPECIALIZAÇÃO em ENFERMAGEM – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA********** promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado nos termos da Resolução Nº 1/2001, de 03/04/2001, do CNE-CES/MEC, no período de Fevereiro de 2002 a Fevereiro de 2003*** ********** com carga horária de 582 horas/aula.

Goiânia, 15 de agosto de 2.003

Coordenador da PG-Lato Sensu

Vice-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

Aluno

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS. 20

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
SECRETARIA SETORIAL DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
CONVÊNIO: UCG/CENTRO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO LTDA

HISTÓRICO ESCOLAR

Curso: Especialização em Enfermagem **Período de Realização:** Fevereiro de 2002 a fevereiro de 2003

Área de Concentração: ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nível: Especialização

Nome: SIRLEI MESSIAS DA SILVA

Número de Matrícula: 20021.2404.036-9

Documento de Identidade: 2.075.052 **Órgão:** DGPC **Estado:** GO

Naturalidade: Goiânia – GO **Data de Nascimento:** 02/06/1970

DISCIPLINAS CURSADAS	CH	FREQ	CONCEITO	DOCENTE	Titulação
- Sistema Cardiovascular	60	60	B	Rita Simone Lopes	M
				Grace Maria Pereira Lima	M
- Metodologia da Pesquisa	30	30	C	Marcela Maria Faria Peres	E
- Sistematização da Assistência de Enfermagem	30	30	B	Vera Lucia Regina Maria	D
- Gerenciamento da Assistência de Enfermagem	30	30	C	Sueli Fátima Sampaio	D
- Sistema Respiratório	60	50	C	Ana Rita de Cássia Bittencourt	D
- Sistema Neurológico	30	30	A	Solange Diccini	D
- Sistema Hematológico e Renal	30	30	B	Selma Montosa da Fonseca	M
- Sistema Gastro-intestinal, Metabólico e Suporte Nutricional	30	30	C	Valterli Conceição S. Gonçalves	M
- Especificidade e Politrauma	30	30	A	Kátia Grillo Padilha	D
				Valterli Conceição S. Gonçalves	M
- U.T.I. Pediátrica	30	30	C	Fernanda A. O. P. Guimarães	E
- U.T.I. – Infecção Hospitalar	20	20	A	Sinaida Teixeira Martins	M
- Prática/Estágio	152	152	A	Jane Mary Rosa Azevedo	E
				Valdenes Aparecida Dourado	E
- TCC*: "Além da Lâmpada: transpondo limites do indivíduo profissional/usuário de Unidade de Terapia Intensiva "	50	37	C	Marcela Maria Faria Peres	E
Curso Concluído.					

EQUIVALÊNCIA DOS CONCEITOS:
A - 9.0 a 10.0
B - 8,0 a 8,9
C - 7,0 a 7,9
D - Insuficiente

TITULAÇÃO:
LD - Livre Docente E - Especialista
D - Doutor AP- Aperfeiçoamento
M - Mestre Gr - Graduado

O Curso foi realizado atendendo integralmente as orientações preconizadas pela Resolução nº 1/2001 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

*TCC: Trabalho de Conclusão de Curso (Elaboração de Artigo Científico)

Prof. Ms. Antônio José Porto Bandeira
Coordenador da CPGLS

Goiânia(GO), 15 de agosto de 2003.

Secretaria Setorial de Pós-Graduação UCG SSPG LATO SENSU

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Secretaria Setorial de Pós-Graduação Lato Sensu
Registro nº 03 Fls. 68 Livro 01
Aluizete Chaves dos Santos
Secretária da CPGLS

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
2º Reg. Civil e Tabelionato de Notas
AV. 24 DE OUTUBRO, Nº 928
CAMPINAS - GOIÂNIA-GO
Telefax: 62 3233-0055
CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Kacimayra Parentes de Sousa
Escrevente

Comarca de Goiânia 02 MAR 2012
CONFERE COM O ORIGINAL
Angela Maria da Silva
Escrevente

Sirlei Messias da Silva

Rua C-103 Qd. 208 Lt. 10
Setor Sudoeste – Goiânia – GO
Telefone: (62)32875036/ 99888814/81489412
messiassirlei@hotmail.com
DN:02/06/1970

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 2538
FUNC.

Objetivo
Atuar na área de enfermagem.

Formação Acadêmica

Enfermeira pela Universidade Católica de Goiás – conclusão 1999

Experiência Profissional

- Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO)

Função: Enfermeira Supervisora da UTI

Período: 2.000 até a janeiro de 2011

- Ox UTI

Função: Gerencia de Enfermagem da UTI

Período: 2003 à 2009

- Hospital de Acidentados

Função: Enfermeira Supervisora da UTI

Período: 1999 à 2000

- Costa e Silva (COLU)

Função: Professora

Período: 1999 à 2000

- Instituto Ortopédico de Goiânia

Função: Gerente de Enfermagem

Período: Agosto de 2009 até março de 2010

-Grupo Master de Nefrologia

Função:supervisora

Período:Março de 2010 ate junho de 2011

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 2539
FUNC.

cursos e Eventos Extracurriculares

- Pós Graduada em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem em unidade de terapia intensiva, conclusão em fevereiro de 2003 – (582 horas)
-Curso de Formação de Coordenadores de Transplantes em 2002 (40 horas)
- Palestras – Feridas em 1996 (3 horas)
- Palestra – O envelhecimento Humano: Causas e conseqüências – o papel da enfermagem com o idoso. Em 1997 (4 horas)
- Palestra – Profissional de Sucesso. Em 2004.
- Mini Curso – Reprodução Assistida e Bioética. Em 1998 (2 horas)
- Curso - 2ª Jornada de Pesquisa em Enfermagem no Âmbito de Graduação – ENF/UCG

3ª Jornada de Pesquisa em Enfermagem no Âmbito de Graduação – ENF/UCG

5ª Jornada de Pesquisa em Enfermagem no Âmbito de Graduação – ENF/UCG

- Cursos – *Fisiologia Renal. Em 1997 (6 horas)

*A microbiologia e a CCIH e Antibiograma e Biologia Molecular aplicada ao controle de infecção. 2008 (3 horas)

*Tratamento de Feridas. 2007 (10 horas)

*Sensibilização sobre AIDS. 1996 (12 horas)

*Primeiros Socorros. 1997 (4 horas)

*Humanização do nascer. 1998 (16 horas)

* Atualização de Medicamentos de Urgência e Emergência. 2001 (6 horas)

* Emergência Medica, Clinica e Traumáticas. 2002 (20 horas)

* XXXII Congresso Brasileiro de Medicina Tropical. 1996

* I Seminário Goiano sobre Complexo Teníase – Cisticercose. 1997

* Dia Nacional de Combate ao Fumo. 1997 (10 horas)

* Palestra sobre Hipertensão Arterial (Doenças Crônica – Degenerativas). 1998

* Palestra sobre Doenças Ocupacionais – LER/DORT, EPC/EPI. 1998

* Seminário Sociedade, Meio Ambiente e Saúde. 1998

* VII Encontro cientifico da AGECIH – Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. 2000

* 1ª Semana de controle de infecção hospitalar. 2002

* IV Fórum de Pesquisa da UCG. 1995

* Dia Mundial de Luta contra AIDS

* II Jornada de Enfermagem de Oncologia

* 2º Workshop – Enfermagem Dignificando e Resgatando o Compromisso com a Vida. 2000

SES/GO SECRETARIA GERAL DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 2540 DOC.

Monitoria

- Universidade Católica de Goiás – Conclusão. 1999

Sirlei Messias da Silva

1. Cargo: Diretor Administrativo

Nome: Daniel Morais Vieira	CPF: 888.237.501-30

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Administração com habilidade em Comercio Exterior.
Instituição: Universidade de Salgado de Oliveira – GO.
Período: 1999 a 2002

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Gerencia Empresarial
Instituição: Universidade de Salgado de Oliveira – GO.
Período: 2003 a 2004.
Carga Horaria

Curso: Coach Profissional
Instituição: Academia Brasileira de Coach
Período: 2011
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

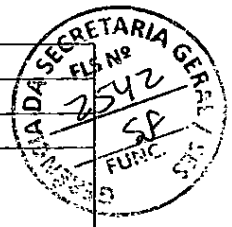
Curso/Programa
Instituição
Período

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Exerceu as funções de Professor nas faculdades: Faculdade Ávila – 2011, Faculdade Camburi – 2008, IEPEX – 2009, Faculdade Objetivo – 2007 a 2008, Universidade Estadual de Goiânia – 2006, Fundação Bradesco – 2005 a 2007.
Período: 2005 a 2011
Cargos ocupados, funções exercidas: Professor.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Planejamento Estratégico e Tópicos Avançados de RH, Gestão de Produtos e Serviços, Gestão de Marcas, Gestão de Processos, Introdução ao Comercio Exterior, marketing e negociação, Mercadologia, Gerenciamento de Pessoas, Fundamentos de Administração, Gerenciamento de Projetos, Plano de Negócios, Cadeia de Decisão na Gestão de Negócios, Mercadologia. Gerenciamento de Produtos, serviços e marcas, Gestão Publica, Finanças Publicas, Gestão Organizacional.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 254 FUNC.

Daniel Morais Vieira



Instituição onde trabalhou: Ox UTI
Período: 2011 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente Administrativo.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gerenciamento de pessoal, Controle de Estoque, Condomínio e manutenções, desenvolvimento do departamento de marketing e novos negócios e apoio a Diretoria.

Instituição onde trabalhou: Poolcor Corretor e Administradora de Seguros Ltda.
Período: 2009 a 2011
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente Administrativo.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gerenciamento de pessoal e processos (administrativos, vendas, financeiro, técnico, marketing e RH).

Instituição onde trabalhou: Ox UTI
Período: 2007 a 2008
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente Administrativo.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gerenciamento de pessoal, manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e predial, criação de fluxograma e rotinas administrativas.

Instituição onde trabalhou: Hospital Santa Genoveva
Período: 2007
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente Administrativo.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gerenciamento de pessoal, manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e predial, segurança do trabalho, rouparia, almoxarifado e TI.

Instituição onde trabalhou: Strategia Consultoria
Período: 2005 a 2008
Cargos ocupados, funções exercidas: Consultor.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Consultoria nas áreas de marketing.

Instituição onde trabalhou: SEBRAE – GO
Período: 2006 a 2008
Cargos ocupados, funções exercidas: Consultor.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Atendimento a empresas e acompanhamento do projeto Metrópole.

Instituição onde trabalhou: Sindicato da Industria da Construção de Goiás.
Período: 2005.
Cargos ocupados, funções exercidas: Representante da Direção.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Manutenção e Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Daniel Morais Vieira



Instituição onde trabalhou: Agencia Goiana de Administração e Negócios Públicos – Gerencia Executiva de Vapt Vupt's.
Período: 2003 a 2005
Cargos ocupados, funções exercidas: Coordenador de Projetos.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Elaboração de Projetos para Desenvolvimento de novos serviços, implantação de novos postos de Atendimento. Planejamento e Controle de gestão da qualidade nas unidades fixas do Vapt Vupt e implantação da ISSO 9001:2000, nos postos ainda não certificados, elaboração de projetos para o Vapt Vupt Móvel, implantação do Padrão Vapt Vupt de atendimento nos órgãos e entidades que prestam serviços de utilidade publica.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Ox UTI - Gerente Administrativo, Poolcor Corretor e Administradora de Seguros Ltda – Gerente Administrativo, Hospital Santa Genoveva – Gerente Administrativo, 4 anos.

Experiência profissional na Administração Publica (anos):

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
UNIVERSO

Reconhecida pela Portaria n.º 1283 de 08-09-1993 do Ministério da Educação e do Desporto, publicada no D.O.U. de 09-09-1993 mantida pela Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura

O Reitor da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração no 2.º semestre de 2002, confere o título de

BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃD a

Daniel Morais Vieira

brasileiro, natural do Estado de Goiás, nascido a 31 de julho de 1980, Cédula de Identidade n.º 3680694, expedida pela Secretaria de Estado da Segurança Pública - GO e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogetivas legais.

São Gonçalo, 04 de abril de 2003

Reitor

Secretário Geral

Diplomado

AUTENTICAÇÃO 0894C028944 AUTENTICAÇÃO Confere com o Original

MEC - UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
UNIVERSO

Diploma registrado sob n.º 2004.04.23/0635
De acordo com o artigo 048 § 1.º da Lei n.º 9.394 de
20 de dezembro de 1996.

S.R.D. 26 / 03 / 2004

.....
Diretor do S.R.D. da Universo

Visto: .....
Secretário Geral da Universidade Salgado de Oliveira
UNIVERSO

Curso de

ADMINISTRAÇÃO

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 1.037 de 09-04-2002
publicada no Diário Oficial da União em 10-04-2002 e
Portaria Ministerial n.º 3.486 de 12-12-2002
publicada no Diário Oficial da União em 13-12-2002

APOSTILA

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

O Diplomado concluiu nesta Universidade
a Habilitação em

COMÉRCIO EXTERIOR

São Gonçalo, 04 de abril de 2003

Marlene Salgado de Oliveira
Reitor

2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
Centro
5 MAR 2012
AUTENTICAÇÃO
Confere com o Original
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0894C028945

Tel.: (11) 3034-3001
São Paulo – Brasil – 03/2004

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1283 de 08/09/93, publicada no D.O.U. de 09/09/93
Mantida pela Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura (ASOEC)

www.universo.br

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2545
SF
FUNEC

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Lato-Sensu

DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO

Declaro para devidos fins, que ***DANIEL MORAIS VIEIRA*** concluiu o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em ***GERÊNCIA EMPRESARIAL*** no período de 03/05/2003 a 24/04/2004 com Carga Horária de 740h.

Este curso, está devidamente autorizado e reconhecido, respectivamente, pelo Parecer 11/2001-CONSEPE e Resolução 14/2001-CONSUN. Cumprindo também todas as disposições da Resolução nº01/01 do Conselho Nacional de Educação.

São Gonçalo, RJ, Quarta-feira, 13 de Abril de 2005.

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
2º Reg. Civil e Tabelionato de Notas
AV. 24 DE OUTUBRO, Nº 928
CAMPINAS - GOIÂNIA-GO
Telefax: 62* 3233-0055

Goiânia, 06 MAR. 2012

AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Ângelo Nunes da Silva
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral de Justiça
AUTENTICAÇÃO
0303C369251

Profª Maria Alice C. Ribeiro
Coord. de Pós Graduação

academia
BRASILEIRA DE COACHING

GOVERNADORIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2546
FUNC.

DECLARAÇÃO

Declaro que **DANIEL MORAIS VIEIRA**, encontra-se em formação Professional and Dynamic Coaching, pela Academia Brasileira de Coaching, o mesmo teve inicío em 12 de Fevereiro 2012 e a ser concluído em 18 de Março de 2012.

Dou fé como verídico e assino em duas vias de igual teor.

Karla Christina dos Santos Souza

Karla Christina dos Santos Souza

Gerente-geral

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
Reg. Civil e Tabelionato de Notas
AV. 24 DE OUTUBRO Nº 156
CAMPINAS - GOIÂNIA - GO
Telefax: 62 3233-0055
Goiânia, 05 MAR 2012
AUTENTICAÇÃO
0303C366540

[21] 3619.8897 | [21] 3619.8895 – Niterói – RJ
62 – 8204-6651/9139-1374 – Goiânia - GO
karlachristina@abracoaching.com.br
www.abracoaching.com.br
Academia Brasileira de Coaching Ltda. | CNPJ: 13.141.505/0001-18

Behavioral Coaching INSTITUTE CERTIFIED COACHING COURSES
CONDUZIDO POR FACILITADORES LICENCIADOS AUTORIZADOS PELO BCI

Rua CP23 Qd CP21 Lt07 Celina Park
fones: (62) – **9971 3422/ 8159 0171** -
recado: 3287 5322
E-mail: danielvieira235@hotmail.com

DANIEL MORAIS VIEIRA

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2547
FURG

Informações pessoais

- Nacionalidade: Brasileira
- 30 anos
- Casado
- Naturalidade: Goiânia – Go

Formação

2011 – Coach Profissional – Academia Brasileira de Coach.

2003 – 2004 Pós-graduação: Gerência Empresarial
Universidade Salgado de Oliveira Goiânia – Go.

1997 – 2002 Administração com habilitação em Comércio Exterior
Universidade Salgado de Oliveira Goiânia – Go.

Cursos Extracurriculares

- Informática (windows, Word e excel, power point, Corel draw)
- Excelência em atendimento.
- Gestão e Liderança.
- Motivação e trabalho em equipe.
- Técnicas de falar em público.
- Como sensibilizar e motivar equipes.
- A arte de Lidar com as Adversidades.
- Competência em Comunicação Empresarial.
- Gerenciamento de Projetos utilizando MS Project.
- Auditor Interno (NBR ISO 9001: 2000).
- Metodologia Metaplan (consultoria).

Idiomas:

- Inglês – Intermediário.
- Italiano – Avançado.

Experiência Acadêmica

Faculdade Ávila 2011

Professor do curso de administração. Matérias lecionadas: Planejamento Estratégico, Tópicos Avançados em RH.

Faculdade Cambury 2008 - atual

Professor dos cursos tecnológicos em Marketing e Gestão Executiva de Negócios.

Matérias Lecionadas: Gestão de Produtos e Serviços, Gestão de Marcas e Gestão de Processos.

Professor dos cursos de Pós graduação nas áreas de Gestão.

IEPEX - 2009

Professor do curso de Pós graduação em Gestão Empresarial.

Matéria Lecionada: Introdução ao Comércio Exterior. Marketing. Negociação

Faculdade Objetivo 02/2007 – 07/2008

Professor dos cursos tecnológicos em Gestão e **Coordenador** do curso Tecnológico de Comércio Exterior.

Matérias Lecionadas: Mercadologia, Gerenciamento de Pessoas, Comunicação Empresarial, Sistemática de Importação e Exportação, Gerenciamento de Pessoas, Fundamentos de Administração, Gerenciamento de Projetos, Plano de Negócios, Cadeia de Decisão na Gestão de Negócios, Mercadologia. Gerenciamento de produtos, serviços e marcas.

UEG – Unidade Itapuranga 07/2006 – 12/2006

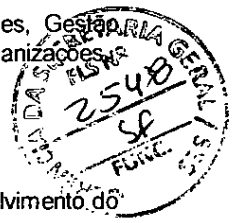
Professor do curso superior em Gestão Pública

Matérias Lecionadas: Finanças Públicas.

Fundação Bradesco 09/2005 – 12/2007

Professor do curso técnico em Gestão Organizacional e Programa Jovem Aprendiz.

Matérias lecionadas: Introdução a Administração Financeira, Gestão e Organizações, Gestão Administrativa, Gestão em marketing, Inovação, aprendizagem e conhecimento nas Organizações.



Experiência profissional

01/2011 – Atual Ox UTI

Gerente administrativo.

Gerenciamento de pessoal, Controle de estoque, condomínio e manutenções,desenvolvimento do departamento de marketing e novos negócios e apoio a Diretoria.

07/2009 – 01/2011 Poolcor Corretora e Administradora de Seguros Ltda.

Gerente Administrativo

Gerenciamento de pessoal e processos (administrativos, vendas, financeiro, técnico, marketing e RH)

12/2007 – 07/2008 Ox UTI

Gerente Administrativo

Gerenciamento de pessoal, manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e predial, criação de fluxograma e rotinas administrativas.

07/2007 – 12/2007 Hospital Santa Genoveva

Gerente Administrativo

Gerenciamento de pessoal, manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e predial, segurança do trabalho, rouparia, almoxarifado e TI.

01/2005 – 01/2008 Strategia Consultoria

Consultor

Consultorias nas áreas de marketing, reestruturação administrativa e qualidade.

Serviços prestados nas seguintes empresas:

- Zootrack
- Plumatex – GO
- ÉTICA engenharia
- Sinduscon-go
- Magnnificat
- Condor Calçados
- Construtora São Cristóvão
- Decisão Informática
- Construtora Gilberti
- CAMBURY
- Grupo Quinzote
- Pit Bull Jeans

01/2006 - 01/2008 SEBRAE GO

Consultor

Atendimento a empresas e acompanhamento do projeto Metrópole.

01/2005 – 07/2005 Sindicato da Indústria da Construção de Goiás

Representante da Direção nos processos de implantação e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade baseado na norma NBR ISO 9001:2000. Orientação aos clientes quanto aos programas de qualidade existentes e exigidos pelo governo (ISO9001: 2000 e PBQP-H)

09/2003 – 03/2005 Agência Goiana de Administração e Negócios Públicos – Gerência Executiva de Vapt Vupt´s

Coordenador de Projetos

Elaboração de projetos para desenvolvimento de novos serviços e/ou implantação de novos postos de atendimento. Planejamento e controle da gestão da qualidade nas unidades fixas do Vapt Vupt e implantação da ISO 9001:2000, nos postos ainda não certificados, elaboração de projetos para o Vapt Vupt Móvel, implantação do Padrão Vapt Vupt de atendimento nos órgãos e entidades que prestam serviços de utilidade pública.

Estágios

04/2002 – 10/2002 Najo Artisans Importação Exportação e Assessoria Ltda..

Assistente de Comércio Exterior

Contatos com clientes em território nacional e internacional. Administração de documentos para importação e exportação e implantação do SISCOMEX no escritório.



01/2002– 12/2002 Banco do Brasil S/A – Goiânia – Go.

Atendente – setor de Câmbio – pessoa física

Atendimento a clientes para troca de moedas internacionais, liquidação de ordem de pagamento e registro no sistema do banco central. Realização de estágio para elaboração do projeto de fim de curso.

02/2001– 12/2001 AmBev – Goiânia - GO.

Supervisor de Marketing – auto –serviço

Visitas a supermercados de grande porte para inspeção e planejamento de merchandising, contatos com gerentes e donos de supermercado para negociar promoções de vendas. Coordenação da equipe de promotores

Trabalhos voluntários:

Escola Municipal Deushaydes Rodrigues de Oliveira – projeto amigos da escola

Projeto Junior Achievement – Mini empresa

Ação Voluntária – Fundação Bradesco

Referências

Profª Cacilda (Fundação Bradesco) (62) 3284 7711

Marcelo (Faculdade Cambury) (62) 3236 3013 – 9215 0266

Dr. Marciano de Sousa Nobrega (OX UTI) (62) 8159 2230

1. Cargo: Diretor Financeiro

Nome: Fabio Galvão	CPF: 171.911.348-36

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Ciências da Computação
Instituição: Fundação Pinhalense de Ensino
Período: 1989 a 1992

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso:
Instituição:
Período
Carga Horaria

Curso
Instituição
Período
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

Curso/Programa
Instituição
Período

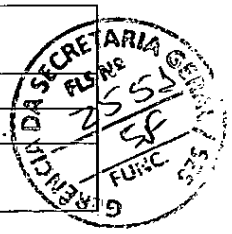
Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Distribuidora de Piso Pinhalense Ltda.
Período: 1988 a 1992
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Programação de Software, Gerenciamento de Redes da área de Administração.

Instituição onde trabalhou: Irmandade do Hospital Francisco Rosas
Período: 1992 a 1994
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente Administrativo e de Informática
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Planejamento e implantação de software de gerenciamento hospitalar e gerenciamento de redes novell5.0 na área de Administração.

SECRETARIA GERAL DE GERÊNCIA FLS Nº 2550 FUNC.

Instituição onde trabalhou: Wareline do Brasil – Desenvolvimento de Software Limitada.
Período: 1994 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Coordenador Administrativo e de Suporte.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Implantacao de Software de Administração Hospitalar



Instituição onde trabalhou: Instituto de Neurologia de Goiânia.
Período: 1998 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Gerente Administrativo de TI.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gerenciamento e Administração de TI e cálculos exteriotaxicos e recursos humanos.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos):
Experiência profissional na Administração Publica (anos):

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº
2552
SE
FUNC.

CURRICULUM

VITAE

FABIO GALVÃO

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2553
SF
FUNC.

DADOS PESSOAIS

Nome.: Fabio Galvão Idade.: 40 Anos

Nascido.: Espírito Santo do Pinhal – São Paulo

CPF .: 171.911.348-36 R.G 19.949.316 – S.S.P - SP

Cargo .: Analista de Sistemas

Residência.: Rua C-0160 Quadra 415 Lote 13 – Jardim America

Goiânia - Goiás CEP 74255-130

Telefone: (62) 3274-1300 Celular (62) 8402-2985

Formação Acadêmica

Ciência da Computação: Fundação Pinhalense de Ensino
Conclusão: Dezembro 1992

Administração de Empresas: Fundação Pinhalense de Ensino
Conclusão : Incompleto em Julho 1995

Informática

Windows XP , Windows 7 , Windows Server 2003-2008, Linux Fedora , Microsoft Office 2003-2007-2010 , Novell 5.0 , Internet .

Experiência Profissional



Empresa.....: Distribuidora de Pisos Pinhalense Ltda. – Espírito Santo do Pinhal - SP
Cargo.....: Gerente de Informática - Programador
Período.....: 1988 a 1992
Atividades..: Programação de Software Especifico e Gerenciamento de Redes

Empresa....: Prefeitura Municipal de Espírito Santo do Pinhal
Cargo.....: Estagiário de Desenvolvimento de Software Recursos Humanos
Período.....: 1990 a 1992 – 2500 horas de Estagio não Remunerado
Atividades.: Desenvolvimento em Clipper de Software de Gerenciamento para Recursos Humanos e Folha de Pagamento

Empresa....: Irmandade do Hospital Francisco Rosas – Espírito Santo do Pinhal - SP
Cargo.....: Gerente de Informática
Período.....: 1992 a 1994
Atividades.: Planejamento e Implantação de Software de Gerenciamento Hospitalar e Gerenciamento de Redes e Servidores Novell 5.0

Empresa.....: Wareline do Brasil Desenvolvimento de Software Ltda – Goiânia - Goias
Cargo.....: Coordenador de Suporte
Período.....: 1994 a 2012 - atualmente.
Atividades..: Implantação de Software de Gestão Hospitalar, formação de equipe de profissionais para implantação e elaboração de Projetos de Implantação.

Empresa.....: Instituto de Neurologia de Goiânia – Goiânia – GO
Cargo.....: Gerente de T.I.
Período.....: 1998 a 2012 - atualmente.
Atividades.: Gerenciamento de T.I. , Implantação de Software de Gestão Hospitalar, Implantação de Software de Calculo Extereotaxico e Implantação de Software de Recursos Humanos.

Habilidades

- Ótimo relacionamento social e boa comunicação

- Organização



Outros Cursos

Introdução ao Inglês – Fundação Pinhalense de Ensino
1998 a 2003

Liderança de Equipes – Mix Soluções em Negócios
01/07/2011 a 31/10/2011

Por ser verdade, firmo o presente.

Goiânia, 05 de Março 2012

Fábio Galvão

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2556
FUNDAÇÃO

Elaboração e Implementação da Proposta de Trabalho

Nome: Maria Aparecida Carricondo Leite	CPF:015.702.618-30

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Enfermagem e Obstetrícia
Instituição: Faculdade Adventista de Enfermagem de São Paulo
Período: 1978 a 1981.

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Especialista em Licenciatura em Enfermagem
Instituição: Faculdade Adventista de Enfermagem de São Paulo
Período: 1982 a 1983
Carga Horaria: 360 horas

Curso: Especialista em gestão da Clinica nas Redes de Atenção a Saúde.
Instituição: Hospital Sírio Libanês em São Paulo.
Período: 2009 a 2010
Carga Horária: 360 horas.

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

Curso/Programa
Instituição
Período

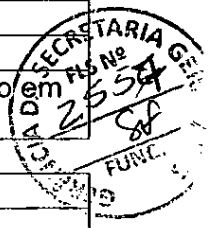
Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Secretaria de Saúde do Município de Assis – SP.
Período: 1984 a 1989
Cargos ocupados, funções exercidas: Secretaria de Saúde.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gestão em Saúde Publica.

Instituição onde trabalhou: Secretaria de Saúde do Município de Assis – SP.
Período: 1990 a 1994
Cargos ocupados, funções exercidas: Secretaria de Saúde.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gestão em Saúde Publica. Presidente COSEMS SP

Maria Aparecida Carricondo Leite

Instituição onde trabalhou: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.
Período: 1990 a 1992
Cargos ocupados, funções exercidas: Diretora do Hospital Regional de Assis.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gestão em Saúde Publica, Direção Geral de Saúde.



Instituição onde trabalhou: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
Período: 1994 a 1996
Cargos ocupados, funções exercidas: Diretora Regional de Saúde – Assis – SP.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gestão em Saúde Publica, Direção Geral de Saúde, Gestão de Hospitais Públicos Estaduais – Hospital Regional de Assis, 250 Leitos, Santa Casa de Misericórdia de Assis – 80 Leitos, Hospital Geral de Maracaí – SP, 70 Leitos, Santa Casa de Misericórdia de Candido Mota – SP, 90 Leitos, Santa Casa de Misericórdia de Palmital – SP, 70 Leitos.

Instituição onde trabalhou: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS Brasília – DF.
Período: 1996 a 2005
Cargos ocupados, funções exercidas: Secretária Executiva.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gestão em Saúde Publica, Politicas de Saúde Publica, Experiências Exitosas – Comunidade Solidaria – Organização de Eventos na área de Saúde – Atuação nas áreas de HIV e AIDS – Membro da Comissão Nacional de DST AIDS – Projeto em parceria com a UNICEF – Projeto município amigo da criança. CNS e CIT

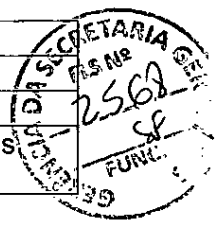
Instituição onde trabalhou: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
Período:2009 a 2010
Cargos ocupados, funções exercidas: Diretora Regional de Saúde – Campinas – SP.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gestão em Saúde Publica, Direção Geral de Saúde, Gestão de Hospitais Públicos Estaduais – Hospital da Unicamp – 480 Leitos, Hospital Celso Pierro – 370 Leitos, Hospital Universitário São Francisco de Assis – 150 Leitos, Hospitais Públicos na Região de Campinas.

Instituição onde trabalhou: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília – DF.
Período: 2005 em diante
Cargos ocupados, funções exercidas: Consultora.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Politicas Publicas de Saúde, Projeto de Fortalecimento Estadual de Saúde Publica.

Instituição onde trabalhou: Organização Panamericana de Saúde – OPAS – Brasília - DF
Período: 2003 a 2004
Cargos ocupados, funções exercidas: Consultora.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Politicas Publicas de Saúde.

. Maria Aparecida Carricondo Leite

Instituição onde trabalhou: UNICEF
Período: Período CONASEMS
Cargos ocupados, funções exercidas: Consultora.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Politicas Publicas de Saúde, Desenvolvimento de Projetos na área de Saúde.



Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Secretaria de Saúde do Município de Assis – SP, Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS Brasília – DF, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília – DF, OPAS. – 33 anos.

Experiência profissional na Administração Publica (anos): Secretaria de Saúde do Município de Assis – SP, Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS Brasília – DF, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília – DF, OPAS. – 33 anos.

Faculdade Adventista de Enfermagem

A Diretora da Faculdade Adventista de Enfermagem, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia em 12 de dezembro de 1982, confere o título de

Enfermeira a

Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite

filha de Erineu Carricondo e Maria Garcia Carricondo, nascida a 25 de maio de 1958, natural do Estado de São Paulo

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 25 de janeiro de 1983

Josué Martins
Secretário

Dra. Liliana Felcher Daniel
Diretora

M. Isp. C. A. Leite
Diplomado

VERSÃO AUTENTICADA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Protesto de Títulos do DF.
Q.Central. BL 07 LJ 05 Ed.
Cep:73010-517 Fone:(61)32
AUTENTICACAO
A presente fotocopia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado.
Escrevente Autorizado
ISABEL CRISTINA DE SOUSA
Sobradinho-DF, 06/03/2
Selo:TJDFT20120180036669
Disponivel no site:www.tjdf

Curso de

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA

Reconhecido pelo Decreto Federal n.º 73.535 de 23-01-74
publicado no Diário Oficial da União em 24-01-1974

Diploma registrado sob n.º 533895
no livro Enf-3 folha 187
processo n.º 23065/83
Em 28 de Julho de 1983

Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias N.º 720/77 e 71/77)

CONFERE
Em 01 Agosto / 1983
Seção [illegible]

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETENCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.

São Paulo, 03 AGO 1983

JOSÉ GERALDO SOARES DE MELLO
Secretário Geral

Pergaminho Animal
ARTES FROM. GRAF.
TELS. 67-1157 - 66-1712
São Paulo - Brasil

MINISTERIO DO TRABALHO
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
REGISTRO N.º 28353
NOME: Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite.
QUADRO: I CATEGORIA: ENFERMEIRO
LIVRO M-16 PAG. 119V EM 03/12/84.
BRC PRESIDENTE

MINISTERIO DO TRABALHO
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
DE SÃO PAULO
INSCRIÇÃO N.º 28353
NOME Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite
QUADRO I CATEGORIA ENFERMEIRO
LIVRO 13 PAG. 22 VEM. 14/01/85
SECRETÁRIO PRESIDENTE

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

MARIA APARECIDA CARRICONDO DE ARRUDA LEITE

concluiu, conforme disposições do verso, o curso de Pós-graduação Lato Sensu "Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde", no período de 9 de setembro de 2009 a 30 de setembro de 2010.

São Paulo, 13 de abril de 2011

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Coordenador do Curso e Diretor de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite
Discente

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
2º Ofício de Notas, R. Civil e de Protesto de Títulos do DF.
Q.Central, SL 07 LJ 05 Ed. Sylvia
Ceo:73010-517 Fone:(61)3224-3330
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocopia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado.
Escrevente Autorizado
ISABEL CRISTINA DE SOUSA MIRANDA
Sobradinho-DF, 05/03/2012
Selo:TJDFT20120180033661ZMA
Disponível no site:www.tjdft.jus.br

VERSO / ANVERSO

DA SECRETARIA

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Pós-graduação Lato Sensu "Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde"

Coordenação: Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha

Período: 9/9/2009 a 30/9/2010

Carga Horária Total: 360 horas

Conceito Final: Aprovado

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC: O processo da aprendizagem se dá na medida da reflexão sobre a ação, do pensamento sobre o vivido

Certificado registrado sob nº: 482/2010

Expedido em: 13/4/2011

Secretaria Acadêmica:

Convênio de Assistência Médica
E ACIDENTE DE TRABALHO

12 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Hospital e Maternidade Amalia Fernandes S/A

Rua Amaudari Nº 753

Município São Paulo Est. S.P

Esp. do estabelecimento Hospitalar

Cargo Supervisora de Enfermagem

C.B.O. nº

Data admissão 03 de Junho de 19 83

Registro nº 0692 Fls/Ficha 6912

Remuneração especificada Cr$1.000,00 (Cinco-
to e Hum mil cruzeiros)
por mês + insalubridade

HOSPITAL E MATERNIDADE AMALIA FERNANDES S/A
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.
DEPARTAMENTO PESSOAL

1º

2º

Data saída 25 de Julho de 19 83

HOSPITAL E MATERNIDADE AMALIA FERNANDES S/A
DEPARTAMENTO PESSOAL
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

1º

2º

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Protesto de Títulos do DF
Q. Central, BL 07 LJ 05 Ed.
Fone: (61) 3216-3131
AUTENTICAÇÃO
Sobradinho-DF, 06/03/2012

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Assoc. Caridade Sta Casa de Misec. Imac. Conceição

Rua Alberto Saudelece Nº 12

Município Cândido Mota Est. SPaulo

Esp. do estabelecimento Entidade Beneficiente

Cargo Supervisora I de Enfermagem

C.B.O. nº

Data admissão 01 de Outubro de 19 86

Registro nº 45 Fls/Ficha 46

Remuneração especificada 4.500,00 #
Quatro mil e quinhentos
cruzados

ASSOC. DE CARIDADE DA SANTA CASA DE MIS.
IMAC. CONC. DE CANDIDO MOTA
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

1º

2º

Data saída 12 de março de 19 87

ASSOC. DE CARIDADE DA SANTA CASA DE MIS.
IMAC. CONC. DE CANDIDO MOTA

1º

2º

14 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Prefeitura Municipal de Assis

Rua Av. Rui Barbosa Nº 926

Município Assis Est. S Paulo

Esp. do estabelecimento Publico

Cargo Chefe Divisão Saúde

C.B.O. nº

Data admissão 16 de março de 19 87

Registro nº 1863 Fls/Ficha

Remuneração especificada Cz$ 19.785,99 (dez
mil, Setecentos e oitenta e
Cinco cruzados e noventa e
nove cents)

Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

1º

2º

Data saída 21 de Dezembro de 19 88

Sylvio Carvalho de Oliveira
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.
Chefe do Departamento de Administração
Prefeitura Municipal de Assis

1º

Protesto de Títulos do DF
Q. Central, BL 07 LJ 05 Ed.
CONTRATO DE TRABALHO Fone: (61) 3216-3131
AUTENTICAÇÃO
Sobradinho-DF, 06/03/2012

Empregador GOV. EST. S. PAULO - SECR.
EST. SAÚDE - FUNDES - CONV. A.I.S.

Rua CARLOS GOMES

Município ASSIS

Esp. do estabelecimento ORGÃO PÚBLICO

Cargo Enfermeiro Nível Superior

C.B.O. nº 0510

Data admissão 22 de dezembro de 19 88

Registro nº 048 Fls/Ficha

Remuneração especificada Cr$ 187.773,83 (Cento
e oitenta e sete mil, setecentos
e setenta e três cruzados
e oitenta e três centavos)

GOV. EST. S. PAULO - SECR.
1º EST. SAÚDE - ERSA-20 FUNDES - CONV. A.I.S.
2º Dr. Atilton José de Oliveira Lima
Diretor Técnico Dpto. Nível II - Ers 20

Data saída 31 de agosto de 19 93

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
1º SEC. SAÚDE HOSP. REGIONAL ASSIS
2º Dr. Antonio Eurifisto Garcia Netto
Diretor Responsável

18

33.484.825/0001-83

Empregador: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS

Rua: Esplanada dos Ministérios Ministério da Saúde - Anexo Nº
Lº Anexo Ala B Sala 128 CEP 70058-900

Município: Brasília D.F. Est.

Esp. do estabelecimento: Sindical

Cargo: Secretário Executivo

C.B.O. nº

Data admissão 01 de Fevereiro de 2000

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada R$ 7.120,00 (Sete mil e cento e vinte reais) p/ mês

Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

1º

2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

1º

2º

17

CONTRATO DE TRABALHO

33 484 825/0001-83

Empregador: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS

Rua Nº

Município

Esp. do estabelecimento: Sindical

Cargo: Secretário Executivo

C.B.O. nº

Data admissão 01 de Fevereiro de 2000

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada R$ 7.120,00 (Sete mil e cento e vinte reais) p/ mês

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS

Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

1º

2º

Data saída 06 de Março de 2003

Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

1º

2º

FLS Nº 252

SECRETARIA GERAL

2º OFÍCIO DE NOTAS
21 Ofício de Notas, R. Civil e
Protesto de Títulos do DF
S.Central, BL 07 LJ 05 Ed. S
CEP 70070-917 Fones: 3322
AUTENTICAÇÃO

A Presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado.

Escrevente Autorizado
ISABEL CRISTINA DE SOUSA
Sobradinho-DF, 06/03/2013
Selo:TJDFT20120180036685
Disponível no site:www.tjdft.jus.br

2º OFÍCIO DE NOTAS
G

...ção de PEB II (Inglês), MIC 01086 nesta Unidade Escolar, ...ndo Diretoria de Ensino Região de Itapi Acumulação Legal

...ão Bernardo, 07/08/2009. MARTHA ABREU FRANCO RG ... 921, Professor (EF, Ciências) na EMEI Abelhinha, ...ovembro Fo (Sobre Secretaria Municipal de Educação de ...ernardo), ingressado com a função de Professor Coordenador Pedagógico (Vaga da Escola), MS-3 (30) nesta Unidade Escolar, Diretoria de Ensino Região de Itapi Acumulação Legal

...ão Bernardo, 01/07/2009. ELIETE DUARTE RAMOS RG ... 973 PEB II, correspondente curricular de Matemática, ... (AM) Aposentada no EE Profa Cecília ... nesta Unidade ... com a função de PEB II, MIC 4-DM (correspondente curricular de Matemática), nesta Unidade Escolar, Diretoria de Ensino Região de Itapi Acumulação Legal

...EE LUIZ DE SOUZA LEAO FILHO

...Ano Decreto nº ...abril/2009. ALICE SANCHES RUIZ, ... 2 Professor de Ensino Médio, Ciclo II do Ensino ... na Fundação Municipal de Ensino de Piracicaba, ... Itapi, ingressou com o cargo de PEB II, SQC-1 (30 ... Ano Jesus de Rodrigues, com formação inicial nesta Unidade Escolar, Diretoria de Ensino Região de Itapi Acumulação Legal

...EE MARIA MADALENA DA SILVA BASSITT

...Ano Decreto nº 7.010/2009. JEAN ELIENA FERREIRA DE ACEITO ... RG. 43.335.512, Professor II, Classe de Cargo no EMEI Leo ... na Fundação Municipal de Ensino de Piracicaba, ... Itapi, ingressou com o cargo de PEB II, SQC-1 (30 ... nesta Unidade Escolar, Diretoria de Ensino Região de Itapi Acumulação Legal

...EE MARCIA MADALENA DA SILVA BASSITT

...Ano Decreto nº 7.010/2009. JEAN ELIENA FERREIRA DE ACEITO ... RG. 43.335.512, Professor II, Classe de Cargo no EMEI Leo ... na Fundação Municipal de Ensino de Piracicaba, ... Itapi, ingressou com o cargo de PEB II, SQC-1 (30 ... nesta Unidade Escolar, Diretoria de Ensino Região de Itapi Acumulação Legal

...Ano Decreto nº 7.010/2009. MARCIA FONSECA PEREIRA ... RG. 12.961.963, PEB II, SQC-1 (30 horas) Titular de Cargo ... Escola, nesta Unidade Escolar, no exercício da Função ... Diretoria de Ensino Região de Atibaia/SP, ... SQC-1 (30 horas) Titular de Cargo nesta Unidade Escolar, ... Região de Itapi Acumulação Legal

...EE ARY FONSECA ARRUDA

...Ano Decreto nº 7.010/2009. MARCEL HUGO GONÇALVES ... RG. 43.185.147, Auxiliar de Desenvolvimento Infantil ... Prefeitura Municipal de Piracicaba, ... com a função de PEB II, Educação Infantil para Educação Física, ... (30) horas, nesta Unidade Escolar, Diretoria de Ensino Região de Itapi Acumulação Legal

...EE LUCIA HELENA LOPES DOS SANTOS RANCHARIA

...Ano Decreto nº 7.010/2009. MARIA ANGELA DE SOUZA ... RG. 8.955.490, Professor II, ... Região de Itapi, ... Rodrigues, atendendo com PEB II para ... Especial, ... de Rodrigues, atendendo com PEB II para ... Especial, ... de Rodrigues, atendendo com PEB II para ... Especial, ... de

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: C.R.S. 2

UNIDADE DE DESPESA: ERSA.20

SD: 12 | 1203

TÍTULO DE NOMEAÇÃO EM COMISSÃO

DATA DA PUBL. DO ATO — EM: 29.07.92 — RETIFICAÇÃO:

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL — FLS Nº 2574

O/A. DIRETOR DO GRUPO TÉCNICO DE RECURSOS HUMANOS

do ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE ASSIS - ERSA.20, no uso de sua competência conferida

pelo DECRETO 13.242/79, INCISO VI, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

REGISTRO GERAL Nº	U.F.	NOME
9.522.643 ✓	SP	MARIA APARECIDA CARRICONDO DE ARRUDA LEITE ✓

C.P.F.	CONT.	SEXO	DATA NASC	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
015.702.618-	30	FEM.	25.05.58	CASADA	ASSIS	BRASILEIRA

ESCOLARIDADE: 1º GRAU	2º GRAU	SUPERIOR	COMPLETO	INCOMPLETO	ESTRANGEIRO (PORTUGUÊS): DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA BRASIL
( ) 1	( ) 2	(X) S	(X)	( )		

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO	FAIXA	NÍVEL	SUBGRUPO	JORNADA
DIRETOR TÉCNICO DE SERVIÇO DE SAÚDE ✓	9.		SQC-I	COMPLETA

ESCALA VENC.	NATUREZA/FORMA DE PROVIMENTO/PREENCHIMENTO	REGIME JURÍDICO
NÍVEL COMISSÃO	NOMEAÇÃO	EFETIVO

CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO (REGIME DE ACUMULAÇÃO)	DELIBERAÇÃO C.P.A.C.	PUBL. D.O.E.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DE FREQÜÊNCIA (COD/DENOMINAÇÃO)	MUNICÍPIO
SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	ASSIS(SP)

BANCO	AGÊNCIA	TIPO	Nº CONTA / DC
033	092/ASSIS	05	10922-2

VANTAGENS CONCEDIDAS

ADIC. TEMPO DE SERVIÇO	SEXTA PARTE		
( ) QUINQÜÊNIOS	( ) SIM (X) NÃO		

INGRESSO SERV. PÚBLICO EST.	CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO ANTERIOR
22.12.88	DIRETOR TÉCNICO DE SERVIÇO

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO	NOME DA MÃE	ANO PRIM. EMPREGO
12113408076	MARIA GARCIA CARRICONDO	05.02.79

DADOS PARA REGISTRO

PROCESSO AUT. PROVIMENTO/PREENCHIMENTO: SIGLA ORGÃO/Nº E ANO	DATA AUTORIZ.	PUBL. DO E

HABILITAÇÃO PROFISSIONAL: DENOMINAÇÃO ENFERMEIRO — REGISTRO NO 28353 — SIGLA COREN

FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROV./PREENC.: ART. 20, I, DA LC 180/78

ORIGEM DA VAGA: CARGO CRIADO PELA LEI Nº 7.821 DE 29.04.92 ✓ — D.O.E. 30 / 04 / 92 ✓

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

EMISSÃO EM 31 / 07 / 92

ASSINATURA E CARIMBO

DECLARAÇÃO

POSSE

DECLARO QUE O INTERESSADO MENCIONADO NESTE TÍTULO APRESENTOU TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SUA INVESTIDURA.

UNIDADE:

Pedro José Ferreira
Diretor Técnico de Pessoal
ASSINATURA / CARIMBO

DATA DA POSSE: 31 / 07 / 92

ERSA 20 - Assis

INÍCIO DE EXERCÍCIO

DECLARO QUE O INTERESSADO MENCIONADO NESTE TÍTULO ENTROU EM EXERCÍCIO EM 31 / 07 / 92

UNIDADE:

Pedro José Ferreira
Diretor Técnico de Pessoal
ASSINATURA / CARIMBO

ERSA 20 - Assis

REGISTRO CRHE

DATA: / /

ASSINATURA / CARIMBO

AVERBAÇÃO D.D.P.E.

DATA: / /

ASSINATURA / CARIMBO

ANEXAR DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA IMPOSTO DE RENDA, SE FOR O CASO.

MODELO OFICIAL 75 - IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO S.A. - IMESP

SECRETARIA DA GERÊNCIA
PLS Nº 2575
FL.

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resoluções de 10.02.2009

Designando:

nos termos dos artigos 80 e 81, da Lei Complementar nº 180/78:

Maria Aparecida Corrêa Prado de Arruda Leite, RG. 9522643, Enfermeiro, efetivo, Referência 1, da Estrutura de Vencimentos II da Escala de Vencimentos Nível Universitário, para a partir de 19/01/2009 em Jornada Básica de Trabalho, responder pelas atribuições do cargo de Diretor Técnico de Departamento de Saúde, do SQC-I, Referência 13, da Escala de Vencimentos Comissão, da(o) Diretoria, da Sede, do DRS VII "Dr. Leonício de Souza Queiroz" - Campinas, da Coordenadoria de Regiões de Saúde, vago em decorrência da(o) exoneração de Jose Carlos Ramos de Oliveira (D.O. 16/01/2009) ressalvado a despesa a verba própria do orçamento. Processo(s)/Ofício: 001/02(00)/000.228/2009



Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite

Graduada em enfermagem e obstetricia na Faculdade Adventista de Enfermagem de São Paulo em 1982. Especialista em Licenciatura em Enfermagem em 1984. Especialista em Gestão da Clinica nas Redes de Atenção à Saúde em 2010. Experiências profissionais: secretária de saúde, diretora de Hospital Estadual, diretora da Direção Regional de Saúde- DIR VIII- Assis, consultora do CONASS e OPAS no projeto FESP, secretária executiva do CONASEMS, elaboração e execução do projeto Municipio Amigo da Criança e Experiências Municipais Exitosas que foram publicadas e apresentadas em diversos fóruns em parceria com a OPAS, Comunidade Solidária e UNICEF. Outras experiências profissionais: Organização de Eventos na área da saúde à nivel municipal e estadual. Atuação na área de HIV e Aids: *Membro da Comissão Nacional de AIDS- CNAIDS; *Membro da Comissão, representação CONASEMS, na elaboração da Portaria GM/MS nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002. Institui a politica de incentivo do Programa Nacional de DST e Aids.
(Texto informado pelo autor)

SECRETARIA DA SAÚDE RS/FIS 2576 58

Última atualização do currículo em 29/01/2012
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/4618877163136164

Certificado pelo autor em 29/01/12

Dados pessoais

Nome Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite

Nome em citações bibliográficas LEITE, M. A. C. A.

Sexo Feminino

Endereço profissional Conselho Nacional de Secretarios de Saúde.
Esplanada dos Ministérios
73070-044 - Brasília, DF - Brasil

Formação acadêmica/Titulação

2009 - 2010 Especialização em Gestão da Clinica nas Redes de Atenção à Saúde . (Carga Horária: 360h).
Instituto Sirio-Libanês de Ensino e Pesquisa.
Título: As redes de atenção materno-infantil no CGR Bragança Paulista.
Orientador: Silvia Ricci Tonelli.

1983 - 1984 Especialização em Licenciatura em Enfermagem . (Carga Horária: 360h).
Faculdade Adventista de Enfermagem.
Título: O enfermeiro como educador.
Orientador: Liliana F. Daniel.

Formação complementar

1992 - 1992 Situação dos usuarios de Alcool e drogas. (Carga horária: 14h).
Hospital Regional de Assis.

1992 - 1992 Gases medicinais. (Carga horária: 4h).
Oxigenio do Brasil.

1991 - 1991 Introdução ao controle de infecção hospitalar. (Carga horária: 40h).
Hospital Regional de Assis.

1991 - 1991 Curso continuado de UTI. (Carga horária: 9h).
Hospital Regional de Assis.

1990 - 1990 VI Semana de Enfermagem. (Carga horária: 40h).
Escola de Auxiliares de Enfermagem de Assis.

Atuação profissional

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASEMS, Brasil.

Vínculo institucional

1994 - 2003 Vinculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Secretária Executiva do CONASEMS, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

ERSA 20- Assis, ERSA- ASSIS, Brasil.

Vínculo institucional

1994 - 1994 Vinculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Diretora de Serviço Técnico de Saúde do ERSA, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Secretaria Municipal de Saude de Assis, SMS, Brasil.

Vínculo institucional

1993 - 1994 Vinculo: cargo confiança, Enquadramento Funcional: Secretária Municipal de Saúde, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações Durante a gestão municipal foi presidente do COSEMS de São Paulo.

Hospital Regional de Assis, HRA, Brasil.

Vínculo institucional

1991 - 1993 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Diretora de Serviço Técnico, Carga horária: 40

ERSA-Assis, ERSA, Brasil.

Vínculo institucional

1991 - 1991 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Enfermeira da Vigilância Epidemiológica, Carga horária: 40

Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo, ERSA, Brasil.

Vínculo institucional

1990 - 1991 Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: Coordenadora da Classe Descentralizada, Carga horária: 40

Centro de Saúde de Maracaí, CSM, Brasil.

Vínculo institucional

1989 - 1990 Vínculo: cargo confiança, Enquadramento Funcional: Chefe do Serviço de Enfermagem e Coordenado, Carga horária: 40

Centro Formador de Assis- ERSA, ERSA, Brasil.

Vínculo institucional

1988 - 1988 Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: Professora, Carga horária: 40

Secretaria Municipal de Saude e Promoção Social do Municipio de Assi, SMS, Brasil.

Vínculo institucional

1987 - 1988 Vínculo: Cargo de confiança, Enquadramento Funcional: Gestora Municipal de Saúde e Promoção Social, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

da Associação Caridade Santa Casa de Misericórdia Imaculada Conceição Can, SMCM, Brasil.

Vínculo institucional

1986 - 1987 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Supervisora de enfermagem, Carga horária: 40

Clínica de Oftalmologia de Assis, COA, Brasil.

Vínculo institucional

1985 - 1986 Vínculo: Prestação de serviços, Enquadramento Funcional: enfermeira, Carga horária: 40

Hospital e Maternidade Modelo Tamandaré, HMMT, Brasil.

Vínculo institucional

1983 - 1983 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Supervisora de Enfermagem, Carga horária: 40

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2577
FUNC. SES

Áreas de atuação

1. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem.
2. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia.
3. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Medicina Preventiva.
4. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
5. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Gestão de saúde.

Idiomas

Espanhol Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Inglês Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Produção em C,T & A

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. ★ LEITE, M. A. C. A. . Saúde, direito primordial de cidadania. Saúde em Debate, v. 17, p. 223362, 1997.

Livros publicados/organizados ou edições

1. LEITE, M. A. C. A. (Org.) . Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Misnisterio da Saúde, 2003. v. 01.
2. ★ LEITE, M. A. C. A. . Municipio Amigo da criança: o projeto e as experiências municipais. 1ª. ed. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, 1996. v. 01. 116 p.

Capítulos de livros publicados

1. ★ LEITE, M. A. C. A. . SUS. In: José Luiz Gomes do Amaral; Roberto de Mello; Luiz Antonio Nunes. (Org.). O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001, v. II, p. 01-94.

Textos em jornais de notícias/revistas

1. ★ LEITE, M. A. C. A. . Historia da municipalização da saúde. Jornal do CONASEMS, www.conasems.org.br, 15 maio 2003.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2578
FUNC. SES

Produção técnica

Trabalhos técnicos

1. LEITE, M. A. C. A. . Programa Centro de Desenvolvimento Infantil- exercendo a cidadania. 2005.
2. LEITE, M. A. C. A. . Membro da Comissão Própria de Avaliação (CPA)/ INESUL. 2005.
3. LEITE, M. A. C. A. . Relatório Técnico da Oficina: As secretarias Estaduais de Saúde e os Pólos de Educação Permanente em Saúde. 2005.
4. LEITE, M. A. C. A. . Comissão de elaboração da portaria nº 129/2005. 2005.
5. LEITE, M. A. C. A. . Membro da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. 2003.
6. LEITE, M. A. C. A. . Avaliação dos Indicadores da Atenção Básica. 2003.
7. LEITE, M. A. C. A. . Elaboração do Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. 2003.
8. LEITE, M. A. C. A. . Membro da Comissão para elaboração da Portaria GM/MS nº 2313. 2002.
9. LEITE, M. A. C. A. . Membro da Comissão Nacional de Recursos Humanos - 1995 a 2002. 2002.
10. LEITE, M. A. C. A. . Colaboração na pesquisa e publicação do artigo: Uma nova perspectiva para acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil. 2000.
11. LEITE, M. A. C. A. . Membro do GT Hansen de 1999 a 2003. 1999.
12. LEITE, M. A. C. A. . Membro da Comissão Nacional de AIDS- CNAIDS. 1996.

Eventos

Participação em eventos

1. Oficina de trabalho para auto-avaliação das funções essenciais da saude publica na gestão do SUS.Auto-avaliação das funções essenciais da saude publica na gestão do SUS. 2007. (Oficina).
2. Abrasco 2006- Congresso Internacional de Saúde Pública.Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS com Base nas funções essenciais da saúde pública. 2006. (Congresso).
3. Encontro de Gestores da Região Sul e I Encontro de municipios de fronteira da Brasil.Encontro de Gestores da Região Sul e I Encontro de municipios de fronteira da Brasil. 2002. (Encontro).
4. III Conferência Municipal de Saúde de Paraguaçu Paulista.III Conferência Municipal de Saúde de Paraguaçu Paulista. 1999. (Outra).
5. IV Congresso Paulista de Saúde Pública.Recursos Humanos no SUS- formação e desenvolvimento. 1998. (Congresso).
6. II Congreso de Secretarios Municipales de Salud de Las Americas. 1997. (Congresso).
7. Seminário de Implementação do SUS - NOB 01/96 e o municipio.Implementação do SUS. 1996. (Seminário).
8. Oficina de trabalho de gestores do SUS.Politica de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos Gestores do SUS. 1996. (Oficina).
9. Oficina de trabalho de gestores do SUS.Politica de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos Gestores do SUS. 1996. (Oficina).
10. XII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde.Municipalização: caminho de um novo modelo para a qualidade de vida. 1996. (Encontro).
11. X Conferência Nacional de Saúde.X Conferência Nacional de Saúde e III Conferência Estadual de Saúde. 1996. (Outra).
12. II Conferência Estadual de Saúde.II Conferência Estadual de Saúde- delegado. 1996. (Outra).
13. 9º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde.9º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1993. (Encontro).
14. Conferência Regional de Recursos Humanos para a saúde.Conferência Regional de Recursos Humanos para a saúde- delegada. 1993. (Outra).
15. I Conferência de Salud Brasil-Cuba.Atenção Básica no Brasil. 1993. (Outra).

Organização de eventos

1. LEITE, M. A. C. A. . VI Congresso Nacional da Rede UNIDA, I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais, II Fórum Nacional de Redes em Saúde, Reunião de Pólos de Educação Permanente em saúde. 2005. (Congresso).
2. LEITE, M. A. C. A. . IV Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas.. 2002. (Congresso).

3. LEITE, M. A. C. A. . III Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas.. 2000. (Congresso).

4. LEITE, M. A. C. A. . III Congresso Brasileiro de Prevenção às DST/Aids. 1999. (Congresso).

5. LEITE, M. A. C. A. . I Encontro Nacional de Capitais, Regiões Metropolitanas e Pólos Regionais de Atenção à Saúde. 1999. (Outro).

6. LEITE, M. A. C. A. . XV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1999. (Congresso).

7. LEITE, M. A. C. A. . XIV Congresso Nacional de Secretário Municipais de Saúde. 1998. (Congresso).

8. LEITE, M. A. C. A. . XIII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1997. (Outro).

9. LEITE, M. A. C. A. . II Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas.. 1997. (Congresso).

10. LEITE, M. A. C. A. . I Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas. 1995. (Congresso).

11. LEITE, M. A. C. A. . X Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1995. (Congresso).

12. ★ LEITE, M. A. C. A. . I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. 1994. (Congresso).

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2579
FUNC. SES

Outras informações relevantes

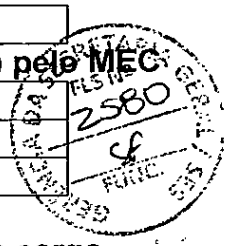
*Obteve o reconhecimento pelos revelantes serviços prestedos como Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem no período de 31/10/1996 a 30/10/1999.
*Membro da Comissão Nacional de AIDS- CNAIDS;
*Membro da Comissão, representação CONASEMS, na elaboração da Portaria GM/MS nº 2313, de 19 de dezembro de 2002. Institui a política de incentivo do Programa Nacional de DST e Aids.
*Está em fase de publicação o livro: Fortalecimneto da Gestão Estadual do SUS com base nas funções essenciais da saúde pública. Publicação pela OPAS..

CORPO TÉCNICO

Nome: César Leite de Sant'anna	CPF: 087.542.841-04

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Medicina
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Período: 1970 a 1976



Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Medicina Interna
Instituição: Universidade Federal de Goiás
Período: 1982
Carga Horaria: 360 horas

Curso: Citologia e Citoquimica
Instituição: Sociedade Brasileira de Patologia
Período: 1983
Carga Horária: 420 horas

Curso: Imunohematologia Básica
Instituição: Sociedade Brasileira de Patologia
Período: 1984
Carga Horária: 420 horas

Curso: Clínica Médica
Instituição: Faculdade de Medicina de Goiás
Período: 1982
Carga Horária: 520 horas

Curso: Hemoterapia
Instituição: Sociedade Brasileira de Hematologia
Período: 1982 a 1985
Carga Horária: 1020 horas

Curso: HEMATOLOGIA
Instituição: Sociedade Brasileira de Patologia
Período: 1982 a 1985
Carga Horária: 1020 horas

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período
Curso/Programa
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa
Instituição
Período

Curso/Programa
Instituição
Período

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Hospital Santa Helena
Período: 1982 a 1983
Cargos ocupados, funções exercidas: Medico Intensivista
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Gerencia de UTI

Instituição onde trabalhou: Hospital Araújo Jorge
Período: 1992 a 1993
Cargos ocupados, funções exercidas: Coordenador do Departamento de Oncologia
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Coordenação de Departamento.

Instituição onde trabalhou: Instituto de Neurologia de Goiânia
Período: 1993 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Chefe do Departamento de hematologia
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Coordenação do Departamento de hematologia.

Instituição onde trabalhou: Associação do Combate ao Câncer em Goiás
Período: 2000 a 2003
Cargos ocupados, funções exercidas: Responsável Técnico pelo Departamento de Transplante de Medula Ósseo
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Transplante de Medula Ósseo

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): 36 anos
Experiência profissional na Administração Publica (anos): 24 anos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
COORDENADORIA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CARTÓRIO CÂNDIDO DE OLIVEIRA
Tab. Dr. Jovenny S. C. Oliveira
5º OFÍCIO GOIÂNIA
06 MAR. 2012
Marcos Roberto de Souza
Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento (Dec. Lei nº 2.148 de 25 Abril de 1940).
AUTENTICAÇÃO 0306D22905

PROGRAMA CREDENCIADO PELA CNRM/MEC
PARECER Nº 72/82 DE 30.03.84

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE O DR. CÉSAR LEITE DE SANTANNA

CRM 3.672 nº, GO UF, CONCLUIU RESIDÊNCIA MÉDICA NA ÁREA BÁSICA DE CLÍNICA MÉDICA

NO PERÍODO DE 02.01.82 A 31.12.82 E NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO HEMATOLOGIA

NO PERÍODO DE 02.01.83 A 28.02.85, A QUEM CONFERIMOS O TÍTULO DE ESPECIALISTA, DE ACORDO COM A LEI 6.932, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL EM 09/07/81.

GOIÂNIA, 18 / 03 / 85

DIRETOR
Prof. Maurício Sergio Brasil Leite
Diretor da Faculdade de Medicina da UFG

COORDENADOR DO PROGRAMA
Prof. Wanderlei Ribeiro D. de Figueiredo
Pres. Comissão Resid. Médica - F.M. UFGo

MÉDICO RESIDENTE

Conselho Federal de Medicina

CERTIFICADO

CARTÓRIO CANDIDO DE OLIVEIRA
Tab. Dr. Jovenny S. C. Oliveira
5º OFÍCIO - GOIÂNIA
ESTADO DE GOIÁS
06 MAR 2012
Vale de Autenticidade
Marcos Roberto de Souza
Certifico que a presente fotocópia é reprodução autêntica do documento (Dec. Lei nº 2.148 de 25 Abril de 1940).

O Conselho Regional de Medicina do

ESTADO DE GOIÁS - CREMEGO.

de acordo com a Resolução CFM n.º 1.086/82 certifica que registrou no livro n.º 001 às folhas 648

sob o n.º 648 a qualificação do Médico

CESAR LEITE DE SANT'ANNA

na especialidade de HEMATOLOGIA

com validade até PERMANENTE

GOIÂNIA(GO), 15 JANEIRO de 1992.

Dr. Sebastião Fernandes Moreira
PRESIDENTE

Dr. Daniel do Prado Figueiredo Junior.
SECRETÁRIO

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 25836
FUNC.
SES GOIÁS

Dados Pessoais:



Nome: César Leite de Sant'anna

Data de nascimento: 01/06/1955

Naturalidade: Goiânia – Go.

Filiação: João Batista Leite de Sant'anna / Iracema Luiza de Sant'anna

Estado Civil: Casado

Residência: Rua 15 n.º 210 Ed. Schonbrunn apt.º 500 Setor Oeste – Goiânia

Identidade: 406.650 SSP-Go

CPF: 087.542.841-04

Carteira de Reservista: 618.123 – SJ

CRM-Go: 3672

Formação Escolar:

Primária: Instituto Assunção – Goiânia – Go.

Secundária: Colégio Ateneu Dom Bosco
Colégio Liceu de Goiânia
Colégio Pré-universitário de Goiânia

Superior: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Cursos de Extensão Universitária



1. Jornada de Vacinação da Sociedade Goiana de Pediatria.
Periodo: 19 a 20/11/1976.

2. 1.º Curso de Terapia Intensiva (Hospital Geral da Previdência Social de Goiânia)
período: 04/1978

3. Curso Extensão Universitária Sobre "Aspectos Básicos de Imunologia Clínica", ministrado pelo departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFGo.
Periodo: 24 a 28/07/1978.

4. Curso de Extensão Universitária sobre "Cardiopatias Congênitas", ministrado pelo departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFGo.
Periodo:07 a 11/07/1980

5. Curso de Extensão Universitária sobre "Eletrocardiografia", ministrado pelo Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFGo.
Periodo: 20 a 28/07/1978.

6. 1.º curso de Hematologia Pediátrica (Hospital Geral de Previdência Social de Goiânia.
Periodo: 04/09/1978

7. 1.º Curso de Atualização Obstétrica (Hospital Geral Previdência Social de Goiânia.
Periodo: 03/10/1978



8. IX Curso de Iniciação Obstétrica (Centro de Estudos da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes)
Periodo: 02 a 17/10/1978

9. Certificado da 1.ª Reunião Internacional de Causiologia
Periodo: 17 a 19/01/1979.

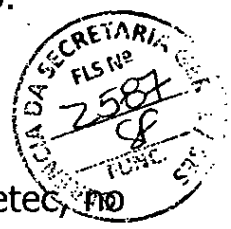
10. Curso de Hematologia (ministrado pelo Professor Ernane Saltz, no Hospital Geral da Previdência Social de Goiânia)
Periodo: 28 a 29/03/1979.

11. X Curso de Iniciação Obstétrica (realizado pelo Centro de Estudos da Maternidade de Nossa Senhora de Lourdes no Hospital Geral da Previdência Social de Goiânia)
Período: 08 a 19/10/1979.

12. Curso de Extensão Universitária sobre "Curso Intensivo de Angiologia" ministrado pelo professor "Marcus Wolosker" e "Puech Leão", na Faculdade de Medicina da UFGo.
Período: 09 a 10/11/1979

13. Curso de Extensão Universitária sobre "Diabets Melitus" ministrado pelo Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFGo.
Periodo: 07 a 11/07/1980.

14. Curso de Extensão Universitária sobre "Diálise", ministrado pelo departamento de Clínica médica da Faculdade de Medicina da UFGo.
Periodo: 14 a 18/07/1980.



15. Curso de formação de Programadores Basic, ministrado pela teletec, no periodo de 20 a 14/09/1984.

16. Curso "DOENÇAS MIELOPROLIFERATIVAS CRÔNICAS" Escola Brasileira de Hematologia.
Período: 29 a 30 de abril de 2005.

Atividades Docentes:

SECRETARIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2588
SF
TUBEC

1. Coordenador e Professor da Disciplina de Zoologia, no colégio Pré-Universitário de Goiânia, para o segundo grau.
   Periodo: 02/1976 a 12/1979.

2. Coordenador e Professor da Disciplina de Zoologia no Colégio Pré-Universitário Einstein, para o segundo grau.
   Periodo: 1987 a 1980.

3. Coordenador e Professor de Zoologia, no Colégio Anglo.
   Periodo: 1980.

Cursos Realizados após a Graduação:



1. Curso de Medicina Interna, ministrado pelo Departamento de Clínica Médica da UFGo, com duração de 360 horas.
   Periodo: 03 a 12/1982.

2. Curso de Citologia e Citoquímica, ministrado pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, realizada na sede da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, no Rio de Janeiro.
   Periodo: 07 a 09/04/1983.

3. Curso de Citologia e Citoquímica, realizado pelo Colégio Brasileiro de Hematologia, em São Paulo.
   Período: 29/05 a 02/06/1983.

4. Curso de Imunohematologia Básica, realizado pela "II Jornanda de Hematologia e Hemoterapia de Campinas-SP" .
   Periodo: 31/05 a 03/06/1984.



Sociedade que Participa:

1. Membro Efetivo do Colégio Brasileiro de Hematologia.

2. Membro da Comissão Técnico Científico da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.

3. Membro Individual do GLHEMA

Concursos Públicos:



1. Aprovado em 21.º lugar no vestibular da Universidade Federal de Goiás, para o curso de Medicina.

2. Aprovado em 11.º lugar no Concurso da Maternidade M. N. de Lourdes, realizado 11/1979.

3. Aprovado em 1.º lugar no Concurso para Residência Médica na área de Hematologia, em 01/1982.

4. Aprovado no Concurso de Residência Médica na especialidade de Clínica Médica do Hospital Geral de Goiânia em 12/1982.

5. Aprovado em 10.º lugar no Concurso Público Estadual em Clínica Médica em 10/1983.

Participação em Cursos e Congressos Internacionais Realizados no Exterior

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 2592 FUNC.

1. Estágio no "CENTRE REGIONAL DE TRANSFUSION SANGUINEA DE RENNES",

Periodo: 01/02 a 06/1988 em Rennes – France.

2. Curso de Patologia Hematologia no Instituto de Investigações Hematológicas Dr. Mariano Castex, na Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Periodo: 07 a 10/11/1991.

3. Curso de "Transfusion Practice in Cardiac Surgery" em Baltimore – Maryland.

Periodo: 09 a 10/11/1991.

4. 3rd International Meeting ISHAGE 97, realizado em Bordeaux – France.

Periodo: 31/05 a 03/06/1997.

5. Transfusion Associated Diseases: Old, Exotic and Emerging Pathogens – A Clinical Perspective.

Periodo: 16/02/2000.

6. 9th Annual International Symposium on Recent Advances in Hematopoietic Stemcell Transplantation – realizado Universidade de San Diego – Califórnia.

Periodo: 29 a 31/03/2001.

7. Targeted Tumour Kill in NHL (MABTHERA) Power with Precision – Grimaldi Forum, Monaco

Periodo: 31 de outubro a 2/11/203

SECRETARIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2593

Trabalhos Publicados:

1. Jornal Brasileiro de Ginecologia de 1.989,99 (11-12):503-513.
Transfusão intra-uterina Intravascular – Diagnostíco e Conduta na Isoimunização Rh.

2. Revista de Saúde Pública de São Paulo 23(01)20-05, 1.989.
Rastreamento Sorológico para Doenças Infecciosas em Banco de Sangue como Indicador de Morbidade Populacional.



Prêmios e Laureas

1. Primeiro Lugar no Concurso Litero Estudantil no Colégio Ateneu Dom Bosco, em janeiro de 1976.

Participações em Congressos:

1. III Congresso Brasileiro de hemostasia e Trombose – IV Jornada Brasileira de Hemofilia, realizado em Belo Horizonte.
Periodo: 10 a 14/10/1982.

2. IX Congresso Brasileiro de Hematologia, realizado em São Paulo-SP.
Periodo: 29/05 a 02/06/1983.

3. II Jornada de Hematologia e Hemoterapia de Campinas-SP.
Periodo: 31/05 a 03/06/1984.

4. III Congresso Brasileiro de Circulação Extracorpórea e Órgãos Internos Artificiais e II Encontro Nacional de Perfusionistas, realizado na Universidade Gama Filho no Rio de Janeiro-RJ.
Periodo: 10 a 11/05/1985.

5. Congresso Brasileiro de Hematologia, realizada no Rio de Janeiro-RJ.
Periodo: 09 a 13/09/1985.

6. IV Congresso Brasileiro de Circulação Extracorpórea e Órgãos Internos Artificiais, realizado em São Paulo-SP.
Periodo: 30 a 31/05/1986.

7. V Congresso Brasileiro de Circulação Extracorpórea e Órgãos Internos Artificiais, realizado no Rio de Janeiro-RJ.
Periodo:12 a 13/06/1987.

CIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2596
FUNC.

8. 3.º Seminário Sobre AIDS, realizado no Palácio de Convenções de Anhenbi-SP.

Periodo: 03/08/1988.

9. V Encontro Brasileiro de Hemostasia e Trombose e IV Jornada Brasileira de Hemofilia, em florianópolis-SC.

Periodo: 19 a 24/11/1988.

10. VII Congresso Brasileiro de Extracorpórea, em São Paulo-SP.

Periodo: 21/05/1989.

11. I Simpósio Franco Brasileira Sobre Sangue, no Rio de Janeiro-RJ.

Periodo: 22 a 25/08/1988.

12. XII Congresso Nacional do Colégio Brasileiro de Hematologia, realizado em Fortaleza-CE.

Periodo: 24 a 29/09/1989.

13. Jornada de Hematologia do Centro-Oeste, realizado na Pousada do Rio Quente –Go.

Periodo: 11 a 13/10/1990.

14. XIX Congresso Brasileiro de Hematologia, realizado em Campinas-SP.

Periodo: 17 a 23/11/1990.

15. XII Congresso Nacional do Colégio Brasileiro de Hematologia, realizado em São Paulo-SP.

Periodo: 22 a 26/09/1991.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 2597 FUNC.

16. Simpósio Internacional de Doenças Vasculares Cerebrais realizado em Goiânia-Go.

Periodo: 27 a 30/1991.

17. Encontro de Coordenadores Regionais do Programa de Sangue.

Periodo: 31/03/1992.

18. Encontro de Coordenadores Estaduais de Programa de Sangue.

Periodo: 01 a 02/04/1992.

19. Simpósio Internacional sobre HTLV.

Periodo: 26 a 27/06/1992.

20. XIV Congresso Nacional do Colégio Brasileiro de Hematologia, VI Simpósio Brasileiro de Transplante de Medula Óssea, III Encontro Nacional de Enfermagem em Transplante de Medula Óssea e Hematologia, III Simpósio Latino Americano de Hemafereses.

Periodo: 30/10 a 03/11/1993.

21. Simpósio sobre Aplicações Clínicas da Agregação Plaquetária.

Periodo: 11/12/1993.

22. Simpósio Internacional de Quimioterapia em Altas Doses e Transplantes Autólogo de Medula Óssea.

Periodo: 19 a 21/08/1994.

23. HEMO94 – XXI Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia.

Periodo: 08 a 13/10/1994.

24. Seminário Franco-Brasileiro de Hemoterapia Imunologia Clínica e Recrutamento de Doadores de Sangue.

Periodo: 29 e 30/06 a 01/07/93 em Alagoas-Macéio.

25. I Encontro Sobre Transplante de Medula Óssea e Hemopatias Malignas Curitiba 97.

Periodo: 27 a 29/03/1997.

26. XVI Congresso Nacional do Colégio Brasileiro de Hematologia – realizado em Belo Horizonte –MG.

Periodo: 04 a 08/11/1997 na qualidade de Congressista.

27. II Encontro sobre Transplante de Medula Óssea e Hemopatias Malignas, realizado em Curitiba-PR.

Periodo: 22 a 25/07/1998 na qualidade de Congressista.

28. VII Internacional Congress of the World Apherisis Association – WAA e do XXIII Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia (HEMO 98), tendo freqüentado os cursos de Transplante de Medula Ossea.

Periodo: 09 a 13/10/1998.

29. Simpósio Internacional em Terapia Celular no Transplante Hematopoético: Novas Perspectivas para o ano 2000, 5.ª Curso de atualização em Transplante de Medula Ossea.

Periodo: 08 a 09/04/1999.

SECRETARIA GERAL DA FLS Nº 2509 FUNC.

30. 3.º Encontro sobre Transplante de Medula Óssea e Hemopatias Malignas. Participação como Congressista.

Periodo: 22 a 24/07/1999.

31. I Simpósio de Hemoterapia na Qualidade de Participante realizado em São Paulo –SP.

Periodo: 03 a 05/12/1999.

32. XXIV Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia – Riocentro-Rio de Janeiro-RJ.

Periodo: 22 a 26/05/2000.

33. 4.º Encontro sobre Transplante de Medula Óssea e Hemopatias Malignas / 1.º Encontro sobre Histocompatibilidade e Imunogenética / 3.ª Sessão de Enfermagem em Transplante de Medula Ossea.

Periodo: 19 a 22/07/2000.

34. "X Congresso de Hemoterapia e Hematologia do HIAE – Leucócitos Somos Maléficos ou Benéficos"

periodo: 21/04/2001.

35. VI Congresso da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Ossea.

Curso : Manuseio das Recidivas pós-transplante.

Periodo: 04 a 07/2002. Rio de Janeiro-RJ.

36. VI Congresso da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Ossea.

Curso : TMO em Linfomas.

Periodo: 04 a 07/2002. Rio de Janeiro-RJ.

SECRETARIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2600
FUNC.

37. VI Congresso da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Ossea.

Curso : DECH.

Periodo: 04 a 07/2002. Rio de Janeiro-RJ.

38. VI Congresso da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Ossea.

Curso : DECH.

Periodo: 04 a 07/2002. Rio de Janeiro-RJ.

39. Simpósio Neurovascular: As relações coração/Cérebro"
Período: 16 a 17 de agosto de 2002.

40. 1.º Simpósio Internacional de Transplante de Medula Óssea, Hematologia e Hemoterapia do Hospital Santa Marcelina, realizado no Hotel Intercontinental
período: 22 a 23 de novembro de 2002.

41. Presidente do II Workshop – TMO – Transplante de Medula Óssea em Doenças Autoimunes, no auditório do Hospital Araújo Jorge
período: 28 de novembro de 2002.

42. "IV Fórum de Debates em Onco-Hematologia" * Highlights ASH
período: 21 a 22 de fevereiro de 2003

43. Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia 2003 "como Congressista"

Período: 6 a 9 de agosto de 2003.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 2601 FUNC.

44. Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia 2003 "Café da Manhã com Especialistas "Leucemias Agudas na Infância".

Período: 6 a 9 de agosto de 2003.

45. Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia 2003 "Café da Manhã com Especialistas "Anticoagulação".

Período: 6 a 9 de agosto de 2003.

46. Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia 2003 "Café da Manhã com Especialistas "Linfomas".

Período: 6 a 9 de agosto de 2003.

47. Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia 2003 "Café da Manhã com Especialistas "Leucemia Linfóide Aguda em Adultos".

Período: 6 a 9 de agosto de 2003.

48. Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia 2003 "Café da Manhã com Especialistas "Mielodisplásicas".

Período: 6 a 9 de agosto de 2003.

49. "V Fórum de Debates em Onco Hematologia – Highlights do Congresso da Associação Européia de Hematologia".

Período: 12 a 13 de setembro de 2003.

50. I Congresso Goiano de Neurologia" Palestrante da Mesa: Esclerose Múltipla – Transplante de Medula óssea no Tratamento de EM."

Período: 17 a 20 de setembro de 2003.



51. VII Congresso da SBTMO (Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea, na qualidade de Congressista.

Período: 12 a 15 de outubro de 2003.

52. Participação do "LATIN STUDY MEETING" realizado no dia 31 de agosto de 2004 com carga horária total de 08 horas.

53. Participação "**XIII Simpósio de Hematologia e Hemoterapia do Hospital Albert Einstein**" coordenada pelo Departamento de Hemoterapia do Hospital Albert Einstein.

Período: 08 e 09 de abril de 2005 carga horária de 12 horas.

SECRETARIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2603
FLIA

Participação Ativa em Reuniões Cientificas:

1. Expositor e Debatedor do I encontro Goiano Sobre AIDS;
   Periodo: 27/11/1985

2. Palestra sobre o tema "Coagulação e Anticoagulantes", na Jornada de Educação Continuada do Instituto de Neurologia de Goiânia.
   Periodo: 11/11/1986

3. Conferência sobre "distúrbios da Coagulação" no XVIII curso de Iniciação Obstétrica, em Goiânia.
   Periodo: 19987.

4. Aula sobre o tema "PURPURA TROMBOCITOPENICA AGUDA E CRÔNICA", no programa de Residência Médica no Hospital Geral de Goiânia.
   Periodo: 19/08/1987

5. Presidente da Mesa Redonda sobre o tema> "POLITICA DE SANGUE NO BRASIL" na jornada de Hematologia do Centro Oeste em 11/11/1990
   Periodo: 11/11/1990

6. Debatedor no Curso de Atualização em Clinica Médica – Módulo III – Hematologia – tema "Trombose".
   Periodo: 27 a 28/06/1997.

7. Debatedor no Curso de Atualização em Clinica Médica – Módulo III – Hematologia – tema "Distúrbio da Coagulação".
Periodo: 27 a 28/06/1997.

SECRETARIA FLS Nº 2604 FUNC.

8. Palestrante sobre o tema "TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA, realizado pelo Hospital Araújo Jorge da ACCG, na reunião cientifica.
Periodo: 30/01/1998

9. VIII Congresso Médico de Anápolis e Região I Encontro de Enfermagem e I Fórum de Medicina Ocupacional
Periodo: 14 a 17/10/1998.

10. 1.º Congresso de Clincia Médica do Estado de Goiás (Expositor da Mesa redonda Uso e Abuso de Hemoderivados com o Tema: COAGULOPATIAS.
Periodo: 10 a 12/12/1998.

11. III Curso de Aperfeiçoamento em Clinica Médica módulo de Hematologia e Nefrologia como Palestrante do tema : " Hipoplasia Medular Secundária a Drogas".
Periodo: 30/04/1999.

12. 2.º Congresso Brasileiro de Doenças Cerebrovasculares , na qualidade de Relator da mesa redonda 3 – TRATAMENTO DO INFARTO (Estados Trombofilicos).
Periodo: 18 a 20/11/1999.

13. Congresso do Milênio, participou na Qualidade de Palestrante da mesa redonda: TMO – Transplante de Medula Óssea, com o Tema: TMO na prática Médica.
Periodo: 27/10/2000.

14. I Simpósio de Transplante Medula Óssea do Centro-Oeste, na qualidade de Palestrante da mesa redonda: "TMO-EXPERIÊNCIA REGIONAL" com sub-tema "Experiência do Hospital Araújo Jorge"
Periodo: 29/06/2001.c

15. Simpósio Neurovascular: As Relações Coração/Cérebro" como Relator da Mesa Redonda Coagulação com o tema: Anticoagulantes.
Período: 16 e 17 de agosto de 2002.

16. 1.º Simpósio Internacional de Transplante de Medula Óssea Hematologia e Hemoterapia do Hospital Santa Marcelina.
Período: 22 e 23 de novembro de 2002.

17. II Workshop – TMO – Transplante de Medula Óssea em Doenças Autoimunes, no auditório do Hospital Araújo Jorge.
Período: 28 de novembro de 2002.

SECRETARIA DA SECRETARIA
FLS Nº
2606
FUNC.

Títulos De Residência:

1. Residência em Clínica Médica, realizado durante o ano de 1982, pelo Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFGo.

2. Residência em Hematologia e Hemoterapia, no periodo de janeiro de 1982 a março de 1985

3. Certificado de Especialista em HEMATOLOGIA, conferido pelo Conselho Regional de Medicina em Goiás.

SECRETARIA DA SECRETARIA
FLS Nº
2607
FUNC.

Exercício de Função em Rede Básica de Saúde Pública Oficial

1. Médico lotado no Banco de Sangue do OSEGO
   periodo de janeiro 1984 e março de 1987.

2. Diretor Geral de Hemocentro de Goiás
   Periodo: março de 1987 a março de 1991. OK

3. Coordenador Geral da região Centro Oeste, como acessória da Coordenação Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde.
   Periodo: de maio de 1989 a janeiro de 1992.

Atividades Profissionais



1. Membro do Corpo Clínico da UTI do Hospital Santa Helena no periodo de 07/1982 a 11/1983.

2. Membro do Departamento de Oncologia Clínica do Hospital Araújo Jorge.
Período: 06/1992 à 06/1993

3. Chefe do Departamento de hematologia do Instituto de Neurologia de Goiânia.

4. Responsável Técnico pelo Departamento de Transplante de Medula Ósseo da Associação do Combate ao Câncer em Goiás
   Até: novembro de 2003.
   Autorização: Portaria n.94 de 24/03/2000.
   Autorização: Portaria n.149 de 06/03/2002.

CORPOTÉCNICO

Nome: Marciano de Souza Nóbrega	CPF: 504.129.904-82

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Medicina
Instituição: Universidade Federal da Paraíba
Período: 1983 a 1988

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Cardiologia
Instituição: Instituto de Doenças Cardio-Pulmonares – Sociedade Portuguesa de Beneficência São Paulo.
Período: 1988 a 1989
Carga Horaria

Curso: Medicina Intensiva
Instituição: Associação Médica Brasileira.
Período: 2002.
Carga Horária

Curso: Anestesiologia
Instituição: Hospital das Clinicas da USP – SP.
Período: 1992.
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa: Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.
Instituição: PUC de Goiás.
Período: 2009

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa
Instituição
Período

Curso/Programa
Instituição
Período

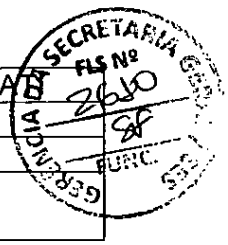
Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Universidade Federal de Goiás (UFG)
Período: 1994 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Medico Professor
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Professor de Medicina na área de Anestesia.

Instituição onde trabalhou: Ox UTI
Período: 1991 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Médico Intensivista.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FLS Nº 2609
FUNC.

Dr. Marciano de Souza Nóbrega



Instituição onde trabalhou: Organização Aparecidense de Terapia Intensiva - OATI
Período: 2007 a 2009
Cargos ocupados, funções exercidas: Diretor Geral.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Administrador Geral

Instituição onde trabalhou: Organização Goiânia de Terapia Intensiva - OGTI
Período: 2006 a 2009
Cargos ocupados, funções exercidas: Diretor Geral.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Administrador Geral

Instituição onde trabalhou: Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Hospital São Paulo – SPDM/HSP
Período: 1993
Cargos ocupados, funções exercidas: Medico Anestesiologista.
Experiência adquiriua - principais atividades desenvolvidas e realizações: Medico Anestesista.

Instituição onde trabalhou: Governo do Estado de São Paulo
Período: 1993
Cargos ocupados, funções exercidas: Medico Anestesiologista.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Medico Anestesista.

Instituição onde trabalhou: São Luiz SA – Assistência Medica Hospitalar
Período: 1989 a 1990
Cargos ocupados, funções exercidas: Medico.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Medico Cardiologista.

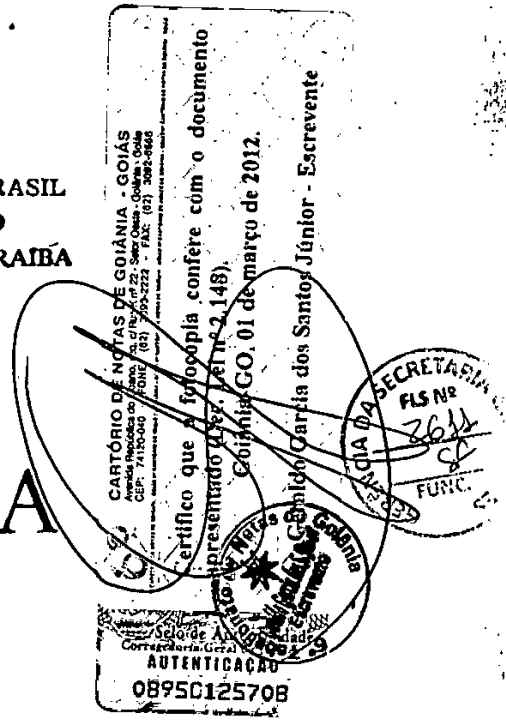
Instituição onde trabalhou: Hospital e Matemidade Senhora da Luz.
Período: 1984 a 1987
Cargos ocupados, funções exercidas: Medico Estagiário.
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Atendimento Médico.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Organização Goiânia de Terapia Intensiva – OGTI – Diretor Geral.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Organização Aparecidense de Terapia Intensiva – OATI – Diretor Geral.

Experiência profissional na Administração Publica (anos): Govemo do Estado de São Paulo – Médico.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



DIPLOMA

O Reitor da Universidade Federal da Paraíba, no uso das suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de MEDICINA

Em 11 de janeiro de 1988

confere o título de MÉDICO a

MARCIANO DE SOUSA NÓBREGA

filho(a) de Marcilio de Sousa Nóbrega e

Bernadete Maria de Sousa

nascido(a) a 31 de dezembro de 1964

natural Paraíba

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

João Pessoa, 04 de fevereiro de 1988

Coordenador da CODESC

Reitor

Marciano de Sousa Nóbrega
Diplomado

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
SUBCOORDENAÇÃO DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Registrado sob o n.º 214 do livro E-9
fls. 214 por delegação de competência, nos termos das Portarias do Departamento de Assuntos Universitários n.º 71, de 21/10/1977, e n.º 28, de 16/06/1978, e da Portaria da Secretaria do Ensino Superior n.º 30, de 23/05/1979.

Processo n.º 000342/88

João Pessoa, 23 de Fevereiro de 1988

SUBCOORDENADOR

VISTO:

PRÓ-REITOR

Isento de selo, de acordo com a alteração 58º à Lei n.º 3.519, de 30.12.1958

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIPLOMA REGISTRADO sob n.º 59.192, às fls. 021, do livro n.º 07, de acordo com a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957.

S. Paulo, 08 de março de 1988.

p/ Chefe da Seção de Registro e Cadastro

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE GOIÁS - CREMEGO
Registrado sob n.º 6306
As fls. 00003 do livro n.º 13
Em 28 de Fevereiro de 1992

Dr. Sebastião Fernandes Moreira
Presidente do CREMEGO

CREMEGO
Conselho Regional de Medicina
do Estado de Goiás
Registrado sob nº 6306
às fls. 0003 do livro nº 13
Em 05 de outubro de 1993

Presidente CRM/GO
Dr. Sebastião Fernandes Moreira
Presidente do CREMEGO

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida Republica do Líbano, nº 2222 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74.120-040 - Fone/Fax: (62) 3092-2222 - FAX: (62) 3092-2666

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148). Goiânia - GO, 01 de março de 2012.

Gerente de Substituição

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

AUTENTICA
0895C12270

Instituto de Doenças Cardio-Pulmonares E. J. Zerbini

Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência

Hospital São Joaquim

Certificado de Residência Médica

reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia

O Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini,
Diretor do Instituto de Doenças Cardio-Pulmonares E. J. Zerbini,
certifica, nos termos do regulamento em vigor, que o

Dr. Marciano de Sousa Nóbrega

concluiu a Residência Médica em Cardiologia,
realizada no período de janeiro de 1988 a dezembro de 1989,
em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

São Paulo, 16 de dezembro de 1989

Presidente da AMB

Prof. Dr. E. J. Zerbini
Diretor

Presidente da SBC

Prof. Dr. Delmont Bittencourt | Dra. Angela de O. Rainerix | Dr. Hugo R. C. de Souza | Dr. Marcelo A. T. de Medeiros

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SP MC

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Cópia autenticada. Certifico que a presente cópia confere com o documento apresentado
(ART. 646 C.N.C.G.J.-GO)
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
0895C 05705

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 2612 FUNC.

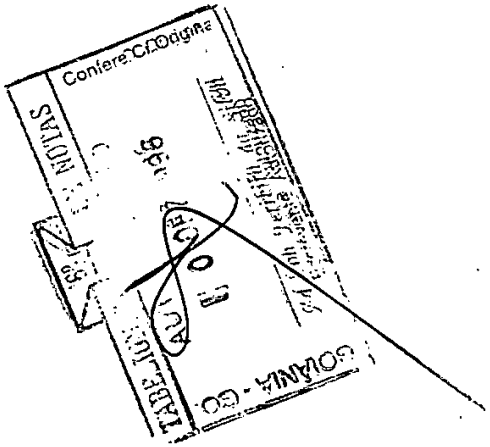
6º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 24120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6566

Autenticação de cópia autenticada. Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (ART. 646 CAN-CGJ-GO)

Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
0895G126721



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DE GOIÁS

Certificado

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO, de acordo com a Resolução CFM Nº 1288/89, certifica que registrou no livro Nº 09 às folhas 2889 sob o Nº 2889 a qualificação do(a) médico(a) Marciano de Souza Nobrega, CRM 6306, na especialidade de Cardiologia.

Goiânia, 22 de julho de 1997.

p/ Hizenor do V. Campos
Dra. Lívia Barros Garção
1º Secretário

Dra. Ana Maria de Oliveira
Presidente

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia, GO, 01 de março de 2012.
Guimarães Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
0895C12515

FISCALIZAÇÃO DA SECRETARIA
FLS Nº 2613
FUNC

Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira

Associação de Medicina Intensiva Brasileira

AMIB

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

ao

Dr. Marciano de Sousa Nobrega

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

São Paulo, 5 de janeiro de 1997

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente da AMB

Dr. Aldemir Humberto Soares
Secretário Geral da AMB

Dr. Jairo Constante Bittencourt Othero
Presidente da AMIB

Dr. José Maria da Costa Orlando
Secretário da AMIB

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado. Dou fé. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Cartório de Notas de Goiânia

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO Medic 20/08/02
SOLICITAÇÃO CONFECÇÃO 20/08/02
SAÍDA P/ SOCIEDADE 14/10/02
RETORNO DA SOCIEDADE 23/10/02
CADASTRAMENTO 25/10/02
SAÍDA P/ FEDERADA 04/11/02
REGISTRO Nº 058124

SECRETARIA DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA

(ASSINARAM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

Anotado no Livro nº 14
fls. 46C1 Inscrição nº 46C1
Goiânia, 04 de Dezembro de 2002

1º SECRETÁRIO

Dr. Paulo Roberto Prata Mendonça
1º Secretário

6º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua T-22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3071-2222 - FAX: (62) 3092-6666

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.

Sérgio Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

SELO DE AUTENTICIDADE 0895C12520

CARTÓRIO DO 12º TABELIÃO DE NOTAS - BEL. HOMERO SANTI - TABELIÃO
Al. Santos, 1.470 - Cep 01418-100 - Tel. (11) 288-6277 - Fax: (11) 3284-6362 - São Paulo

Reconheço por semelhança as firmas: ELEUSES VIEIRA DE PA
IVA, ALDEMIR HUMBERTO SOARES, as quais confere com os p
adrões depositados em Cartório.
São Paulo, 05 de Novembro de 2002
Em testemunho da verdade.
Dulce Bernardes Perico Esc. Autorizado
0211051300344 Firma:R$ 1,98 Total:R$

TABELIÃO DE NOTAS
AL. SANTOS, 1470
Dulce Bernardes Périco
Escrevente Autorizada

1908AA222435

Sociedade Brasileira
de Anestesiologia

Certif cado de Curso de Especialização

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Confere ao Dr. MARCIANO DE SOUZA NÓBREGA

o Presente Certificado de Conclusão do Curso de Especialização,

realizado 01.02.90 À 01.02.92

no Centro de Ensino e Treinamento DA DIVISÃO DE ANESTESIA - ICHC 7º HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Sob a responsabilidade do Dr. RUY VAZ GOMIDE DO AMARAL

Rio de Janeiro, 02 / 04 / 92

Presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
DR. JOÃO CARLOS BOZA

Presidente da Comissão de Ensino e Treinamento
DRª JUDYMARA LAUZI GOZZANI

Departamento de Anestesiologia
da Associação Médica Brasileira.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Fed. nº 2.148).
Goiânia, 01 de março de 2012.
Reinaldo Carvalho dos Santos Júnior - Escrevente
AUTENTICO 0895C1254

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE GOIÁS

Anotado no Livro nº. 005
fls. 2001 Inscrição nº. 2001
Goiânia, 14 de março de 1995

Drª. Ana Cristina de Oliveira
1ª Secretária do CRM/GO

REGISTRADO NA
SBA SOB O N. 01004

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6566

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral de Justiça
AUTENTICAÇÃO
0895C125714

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DE GOIÁS

Certificado

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO, de acordo com a Resolução CFM Nº 1288/89 certifica que registrou no livro Nº 14 às folhas 4601 sob o Nº 4601 a qualificação do(a) médico(a) Marciano de Sousa Nobrega CRM 6306, na especialidade de Medicina Intensiva

Goiânia, 04 de Dezembro de 2002.

Dr. Paulo Roberto Praia Mendonça
1º Secretário

Dr. Erso Guimarães
Presidente

CARTÓRIO DO 1º NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 01 de março de 2012.
Gerardo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
0895C1257

Marciano de Sousa Nóbrega

Formação Acadêmica

2009 – Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde.

2005 a 2007 – Aperfeiçoamento em Programa de Atualização em Medicina Intensiva. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, São Paulo, Brasil

Titulo: Atualização em Medicina Intensiva.

2003 a 2003 – Aperfeiçoamento em GESTHOS.

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.

Titulo: Capacitação a Distancia em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimento de Saúde.

Bolsista do (a): Ministério da Saúde.

1990 a 1992 – Especialização – Residência Médica.

Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil.

Titulo: Anestesiologia

1987 a 1989 – Especialização – Residência Médica.

Real e Benemérita Sociedade de Beneficência Portuguesa, RBSBP, São Paulo, Brasil.

Titulo: Cardiologia

1982 a 1987 – Graduação em MEDICINA.

Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, Brasil.

CORPO TÉCNICO

Nome: Maria do Perpetuo Socorro de Sousa Nóbrega	CPF: 675.013.384-34

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: Enfermagem
Instituição: Universidade Federal da Paraíba
Período: 1989 a 1992

Curso
Instituição
Período

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horaria mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC.

Curso: Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica
Instituição: Universidade Federal de São Paulo
Período: 1995
Carga Horaria: 528 horas

Curso
Instituição
Período
Carga Horária

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC

Curso/Programa: Mestre em Enfermagem
Instituição: Universidade Federal de São Paulo
Período: 2001

Cursos de pós-graduação, em nível de Doutorado, reconhecido pelo MEC.

Curso/Programa: Doutor em Ciências
Instituição: Universidade Federal de São Paulo
Período: 2007

Curso/Programa: Pós-doutorado
Instituição: Centre for Addiction and Mental Health CAMH
Período: 2008 a 2009

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão.

Instituição onde trabalhou: Associação Hospital de Cotia
Período: 1993
Cargos ocupados, funções exercidas: Enfermeira
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Lecionou aulas de Enfermagem.

Instituição onde trabalhou: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
Período: 1996 a 1999
Cargos ocupados, funções exercidas: Enfermeira
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Praticas e serviços de Enfermagem

Instituição onde trabalhou: Fundação ABC – Faculdade de Medicina do ABC.
Período: 2001 a 2012
Cargos ocupados, funções exercidas: Chefe de Departamento
Experiência adquirida - principais atividades desenvolvidas e realizações: Pós-doutorado em drogas.

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos): Fundação ABC – Faculdade de Medicina do ABC, Chefe de Departamento, 12 anos.

Experiência profissional na Administração Publica (anos):

...CIA DA SECRETARIA
FLS Nº 7619
FUN...

SECRETARIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº
2620
SA
FUNC.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

DIPLOMA

O Reitor da Universidade Federal da Paraíba, no uso das suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de ENFERMEIRO Em 13 de maio de 1992,

confere o título de ENFERMEIRO a

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUSA NÓBREGA

Brasileira, nascida a 05 de setembro de 1969, em Patos - PB, cédula de Identidade nº 1.144.852-SSP-PB

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

João Pessoa, 16 de junho de 1992

Coordenador da CODESC

Reitor

Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega
Diplomado

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

FLS Nº 2621

DIPLOMA

O Reitor da Universidade Federal da Paraíba, no uso das su
ibuições e tendo em vista a conclusão do Curso de EMFERMAGEM
21 de setembro de 1992,

nfere o título de LICENCIADA EM ENFERMAGEM
MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUSA NÓBREGA
sileira, nascida a 05 de setembro de 1969, em Patos - PB, cédula de
ntidade nº 1.144.852-SSP-PB,

outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos
eitos e prerrogativas legais.

oão Pessoa , 22 de setembro de 19 92

Coordenador da CODESC

Reitor

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação e do Desporto

UNIFESP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CERTIFICADO

A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, CONCEDE O PRESENTE CERTIFICADO A MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUZA NÓBREGA, PELA CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA, DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, REALIZADO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 12/83, DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, COMPREENDENDO 528 HORAS TEÓRICAS E 300 HORAS PRÁTICAS, NO PERÍODO DE 06/03/95 A 15/12/95.

SÃO PAULO, 7 DE MAIO DE 1997

TITULADO	*COORDENADOR DO CURSO*	*CHEFE DO DEPARTAMENTO*	*PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO*

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2622
FUNC.

3

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2623
FUNC.

Certificado

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Certifico para os devidos fins, que a Sra. MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUSA NÓBREGA obteve o título de MESTRE EM ENFERMAGEM – Área de Concentração em Enfermagem na Saúde do Adulto pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem avaliado pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, reconhecido através da Portaria n.º 132 de 02 de fevereiro de 1999 (DOU de 03.02.99), do Ministério da Educação, após conclusão do curso de Mestrado e apresentação de Tese aprovada por Parecer da Comissão Julgadora, homologada pelo Conselho de Pós-Graduação, em 30 de maio de 2001.

São Paulo, 30 de maio de 2001.

Prof. Dr. Nestor Schor
Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

Prof. Dr. Hélio Egydio Nogueira
Reitor

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2624
FUNDO

Certificado

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Certifico para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) MARIA DO PERPETUO SOCORRO DE SOUSA NOBREGA obteve o título de DOUTOR EM CIÊNCIAS pelo Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM avaliado pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, reconhecido através da Portaria nro. 2878 de 24 de agosto de 2005, (D.O.U. de 26/08/2005) do Ministério da Educação, após conclusão do curso de Doutorado e defesa de Tese aprovada por Parecer da Comissão Julgadora, homologada pelo Conselho de Pós-Graduação em 28 de novembro de 2007.

São Paulo, 28 de novembro de 2007

Profa. Dra. Helena Bonciani Nader
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Prof. Dr. Ulysses Fagundes Neto
Reitor

CERTIFICATE

The Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) and the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) hereby certify that *Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega* has completed the post-doctoral program ***"International Research Capacity-Building Program for Health Related Professional to Study the Drug Phenomenon in Latin America"***, carried out during 2008/2009, with a total of 1106 hours. The participants conducted a multicentric research study ***"Simultaneous Poly-Drug Consumption Among Undergraduate University Students in Six Latin American Countries And In One Caribbean Country: Gender, Legal And Social Implications"***. This program was funded by the Department of Foreign Affairs and International Trade of Canada (DFAIT).

James F. Mack
Executive Secretary
Inter-American Drug Abuse Control Commission
CICAD/OAS

Dr. Catherine Zahn
President & CEO
Centre for Addiction and Mental Health
CAMH

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2625
PUBLIC

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2626
RUBRICA

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Recredenciado pela Portaria MEC n.º 1808 - D. O. U. 07/11/2000
ENFERMAGEM: Autorizado pelo Parecer 419/98 - D. O. U. 31/07/98
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS: Autorizado pelo Parecer 561/98 - D. O. U. 06/11/98

Santo André, Setembro de 2002

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de trabalho e curriculares que a Profa. Ms. Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega é Responsável pelas disciplinas Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem no Relacionamento Interpessoal do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC.

Maria Belén Salazar Posso
Coordenadora do Curso de Enfermagem Faculdade de Medicina do ABC.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.144.852 DATA DE EXPEDIÇÃO 02.09.1985

MARIA DO PERPETUO SOCORRO DE SOUSA NÓBREGA

Marcilio de Sousa Nóbrega

Bernadete Maria de Sousa

Patos-PB. 05-09-1969

NATURAL DE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nas.Nº 48.900,Fls.248,Liv. 75,Cart. de Patos-PB.

Patos – PB

ASSINATURA DO EXPEDIDOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

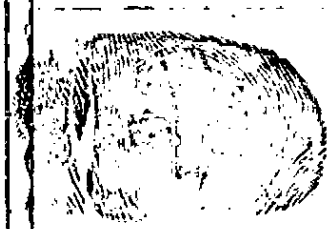
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Maria do Perpetuo Socorro de Sousa Nóbrega

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLÍCIA DA SECRETARIA FLS Nº 2627 SP

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CIC

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

Nº DE INSCRIÇ
675013384 34

NOME COMPLETO
MARIA DO PERPETUO SOCORRO DE SOUSA

NASCIMENTO
05/03/69

ASSINATURA
x Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

POLÍCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2628
FOLHAS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

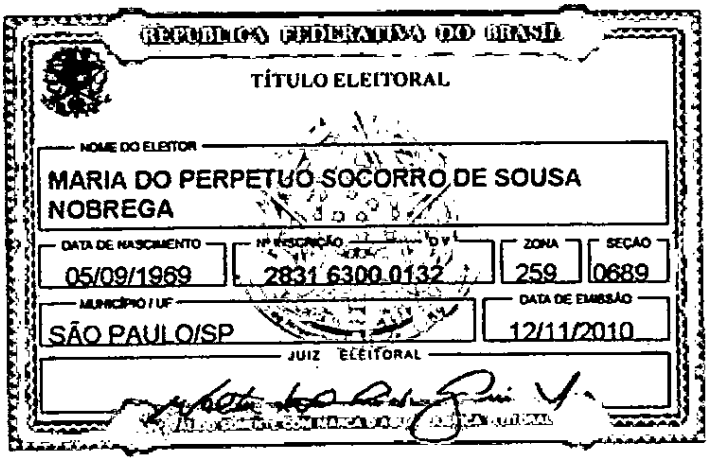
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS – CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS.
PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

MF/DRF J. PESSOA PB.	Em 20/05/87 Valentim Machado da Nóbrega T T N - Mat. 1.508.893 - 7

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

APROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
MARIA DO PERPETUO SOCORRO DE SOUSA NOBREGA

DATA DE NASCIMENTO	Nº INSCRIÇÃO	DV	ZONA	SEÇÃO
05/09/1969	2831 6300 0132		259	0689

MUNICÍPIO / UF	DATA DE EMISSÃO
SÃO PAULO/SP	12/11/2010

JUIZ ELEITORAL

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
ELEIÇÃO 2010 – 1º TURNO – 03/10/2010

MARIA DO PERPETUO SOCORRO DE SOUSA NOBREGA

Inscrição: 2831 6300 0132
NASC: 05/09/1969 ZONA: 0259 SEÇÃO: 0245

CERTIDÃO DA SECRETARIA G.
FLS Nº 2629
FURG.

Juízo da 259ª Zona Eleitoral
Cidade de São Paulo
Estado de São Paulo

Maria do Perpetuo Socorro de S. Nobrega eleitor inscrito(a) nesta Zona sob nº

2 8 3 1 6 3 0 0 0 1 3 2 da seção

nas eleições de 2010

☐ VOTOU ☒ JUSTIFICOU A FALTA ☐ PAGOU MULTA

12/11/20 — Data

Funcionário

Matrícula

O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
d DE SÃO PAULO
CRIADO PELA LEI Nº 5.905, DE 12 DE JULHO DE 1973, TENDO EM VISTA A *INSCRIÇÃO PRINCIPAL* Nº 56039
EFETUADA EM 22/04/93 A FLS. 16V
DO LIVRO DE INSCRIÇÃO Nº 29
EXPEDE ESTA CARTEIRA PROFISSIONAL DE IDENTIDADE A (O) Enfermeira
(profissão)
Maria do Perpétuo
(nome)
Socorro de Sousa Nobrega
A SEGUIR QUALIFICADO (A):
FILIAÇÃO: Marcilio de Sousa Nobrega e Bernadete Maria de Sousa
NACIONALIDADE: Brasileira
NATURALIDADE: Patos - PB
DATA DE NASCIMENTO: 05.09.69
SP 22 DE Abril DE 1993
Presidente

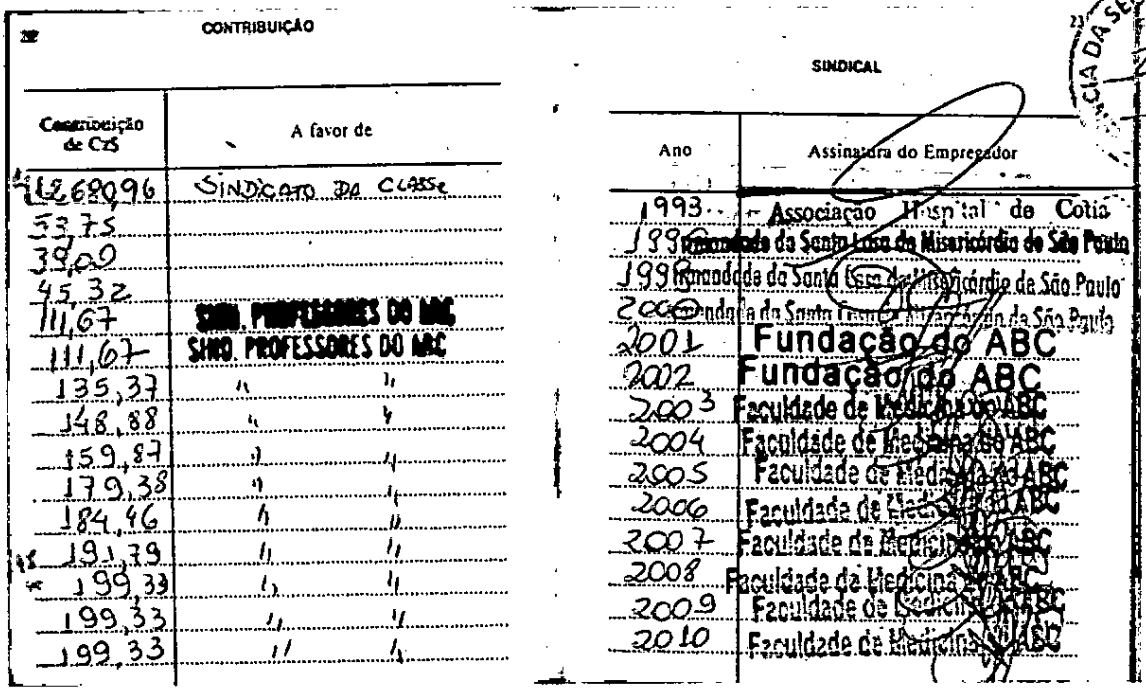
FUNDAÇÃO SECRETARIA DE SAÚDE FLS Nº 2630 SF FU...



Polegar Direito



(Assinatura do titular da carteira)



CONTRIBUIÇÃO

Contribuição de CS	A favor de
12,68096	SINDICATO DA CLASSE
53,75	
39,00	
45,32	
111,67	SIND. PROFESSORES DO ABC
111,67	SIND. PROFESSORES DO ABC
135,37	" "
148,88	" "
159,87	" "
179,38	" "
184,46	" "
191,79	" "
199,33	" "
199,33	" "
199,33	" "

SINDICAL

Ano	Assinatura do Empregador
1993	Associação Hospital de Cotia
1997	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
1998	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
2000	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
2001	Fundação do ABC
2002	Fundação do ABC
2003	Faculdade de Medicina do ABC
2004	Faculdade de Medicina do ABC
2005	Faculdade de Medicina do ABC
2006	Faculdade de Medicina do ABC
2007	Faculdade de Medicina do ABC
2008	Faculdade de Medicina do ABC
2009	Faculdade de Medicina do ABC
2010	Faculdade de Medicina do ABC

FLS Nº 2631

CAPS PROFº LUIS DA ROCHA CERQUEIRA

SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2632
SF
FUNC.

São Paulo, 18 de novembro de 2010

Declaração

Declaramos para os devidos fins que a colaboradora. Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nobrega portadora do RA 6290058 é nossa funcionária, encontra-se registrada desde a data de 02/08/2010, possuindo seu contrato de trabalho sob o regime de CLT, exercendo a função de Enfermeira de Educação Continuada da área de Psiquiatria sem que nada a desabone.,

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Atenciosamente,

Hannelore Speierl Pereira
Coord. Enfermagem
COREN 26594
SPDM / Afiliados

Hannelore Speierl Pereira
Coordenadora de Enfermagem
CAPS – Itapeva 2010

Rua: Carlos Comenale, 32 – Bela Vista – CEP 01332-030 – Fone: (11) 3544-1800

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

DIPLOMA

O Reitor da Universidade Federal da Paraíba, no uso das suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de ENFERMEIRO Em 13 de maio de 1992,

confere o título de ENFERMEIRO a

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUSA NÓBREGA

Brasileira, nascida a 05 de setembro de 1969, em Patos - PB, cédula de identidade nº 1.144.852-SSP-PB

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

João Pessoa, 16 de junho de 1992

Coordenador da CODESC

Reitor

Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega
Diplomado

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

GERÊNCIA DA SEC... FLS Nº 2634 ... FUNE...

DIPLOMA

O Reitor da Universidade Federal da Paraíba, no uso das su
ibuições e tendo em vista a conclusão do Curso de EMFERMAGEM
21 de setembro de 1992,

nfere o título de LICENCIADA EM ENFERMAGEM
MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUSA NÓBREGA
sileira, nascida a 05 de setembro de 1969, em Patos - PB, cédula de
ntidade nº 1.144.852-SSP-PB,

outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos
eitos e prerrogativas legais.

oão Pessoa , 22 de setembro de 19 92

Coordenador da CODESC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Reitor

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação e do Desporto

UNIFESP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CERTIFICADO

A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, CONCEDE O PRESENTE CERTIFICADO A MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUZA NÓBREGA, PELA CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA, DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, REALIZADO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 12/83, DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, COMPREENDENDO 528 HORAS TEÓRICAS E 300 HORAS PRÁTICAS, NO PERÍODO DE 06/03/95 A 15/12/95.

SÃO PAULO, 7 DE MAIO DE 1997

TITULADO

COORDENADOR DO CURSO

CHEFE DO DEPARTAMENTO

PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2635

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2636
FUNDAÇÃO

Certificado

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Certifico para os devidos fins, que a Sra. MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DE SOUSA NÓBREGA obteve o título de MESTRE EM ENFERMAGEM – Área de Concentração em Enfermagem na Saúde do Adulto pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem avaliado pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, reconhecido através da Portaria n.º 132 de 02 de fevereiro de 1999 (DOU de 03.02.99), do Ministério da Educação, após conclusão do curso de Mestrado e apresentação de Tese aprovada por Parecer da Comissão Julgadora, homologada pelo Conselho de Pós-Graduação, em 30 de maio de 2001.

São Paulo, 30 de maio de 2001.

Prof. Dr. Nestor Schor
Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

Prof. Dr. Hélio Egydio Nogueira
Reitor

Certificado

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2637
FURB

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Certifico para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) MARIA DO PERPETUO SOCORRO DE SOUSA NOBREGA obteve o título de DOUTOR EM CIÊNCIAS pelo Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM avaliado pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, reconhecido através da Portaria nro. 2878 de 24 de agosto de 2005, (D.O.U. de 26/08/2005) do Ministério da Educação, após conclusão do curso de Doutorado e defesa de Tese aprovada por Parecer da Comissão Julgadora, homologada pelo Conselho de Pós-Graduação em 28 de novembro de 2007.

São Paulo, 28 de novembro de 2007

Profa. Dra. Helena Bonciani Nader
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Prof. Dr. Ulysses Fagundes Neto
Reitor

CERTIFICATE

The Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) and the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) hereby certify that *Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega* has completed the post-doctoral program ***"International Research Capacity-Building Program for Health Related Professional to Study the Drug Phenomenon in Latin America"***, carried out during 2008/2009, with a total of 1106 hours. The participants conducted a multicentric research study ***"Simultaneous Poly-Drug Consumption Among Undergraduate University Students in Six Latin American Countries And In One Caribbean Country: Gender, Legal And Social Implications"***. This program was funded by the Department of Foreign Affairs and International Trade of Canada (DFAIT).

James F. Mack
Executive Secretary
Inter-American Drug Abuse Control Commission
CICAD/OAS

Dr. Catherine Zahn
President & CEO
Centre for Addiction and Mental Health
CAMH

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2638
FUN

12

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2639
SP
FUR

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Recredenciado pela Portaria MEC n.º 1808 - D. O. U. 07/11/2000
ENFERMAGEM: Autorizado pelo Parecer 419/93 - D. O. U. 31/07/98
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS: Autorizado pelo Parecer 561/98 - D. O. U. 06/11/98

Santo André, Setembro de 2002

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de trabalho e curriculares que a Profa. Ms. Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega é Responsável pelas disciplinas Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem no Relacionamento Interpessoal do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC.

Maria Belén Salazar Posso

Coordenadora do Curso de Enfermagem Faculdade de Medicina do ABC.

CEEMBSP
Centro de Estudos de Enfermagem
Maria Belén Salazar Posso - FMABC

FUNDAÇÃO DO ABC

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2641
CF
FUNC.

Santo André, 14 de Março de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins curriculares que a Profª. Drª. Maria do Perpétuo S.S. Nóbrega coordenou o II Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde Mental e Psiquiatria – Modalidade "*Latu Sensu*" – Faculdade de Medicina do ABC – FMABC no período de 2010-2011.

Profª. Drª Rosangela Filipini

Coor.do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC

SEDE: Avenida Lauro Gomes, 2000 – Cep 09060-870 – Vila Sacadura Cabral – Santo André – SP
Fones: (11) 4993-5426 e (11) 4993-5496 – www.fmabc.br - posgraduacao@fmabc.br

Santo André, 02 de Fevereiro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Profa. Dra Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega coordena o Grupo de Estudos em Enfermagem sobre Drogas Lícitas e Ilícitas (GEDLI), integrado ao curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC, trabalhando a temática do Fenômeno das Drogas Lícitas e Ilícitas na grade curricular, na perspectiva da pesquisa, ensino e extensão com acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da FMABC.

Profª. Drª Rosangela Filipini

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC

SEDE: Avenida Lauro Gomes, 2000 – Cep 09060-870 – Vila Sacadura Cabral – Santo André – SP
Fones: (11) 4993-5426 e (11) 4993-5496 – www.fmabc.br - posgraduacao@fmabc.br

Centro de Estudos de Enfermagem
Maria Belém Salazar Posso - FMABC

FUNDAÇÃO DO ABC

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FLS Nº 2643
SC
FUNC.

Santo André, 3 de Outubro de 2005.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins curriculares que a Profª. Drª. Maria do Perpétuo S.S. Nóbrega é responsável pela disciplina "O Fenômeno das Drogas Lícitas e Ilícitas" com carga horária teórico/prática de 60 horas, do 1º ano de Graduação – Faculdade de Medicina do ABC – FMABC

Profª. Drª Rosangela Filipini

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2644
SF
FUNC.

São Paulo, 29 de Maio de 2004

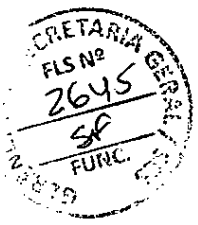
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins curriculares que a Profa. Ms. Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega é Coordenadora do projeto CICAD - Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas / OEA - Organização dos Estados Americanos – representando o curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC.

Maria Belén Salazar Posso
Coordenadora Curso de Enfermagem da
Faculdade de Medicina - Fundação ABC

Conselheiros do CONAD Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

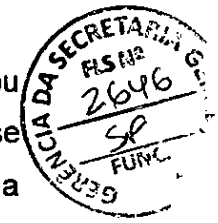
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN
Titular: **MARIA DO PERPETUO SOCORRO SOUSA NÓBREGA**
Cargo: Conselheira Titular–CONAD
Formação: Bacharel em Enfermagem
Telefone: (11) 5084-7744
Endereço: Av. Onze de Junho, 678 apto.71-Vila Clementino
CEP: 04.041-002 – São Paulo/SP
E-mail: perpetuasn1@gmail.com



Acesso a essa informação no site http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/index.php

GERIR

Anexo V: Proposta de Parceria IGES e AMIB

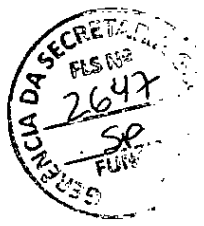


O Presidente do Instituto de Gestão em Saúde, IGES, Eduardo Reche, solicitou ao Presidente da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, Jose Mario Teles, a cooperação no desenvolvimento de ações conjuntas visando a criação de quatro vagas em Residência Medica, Medicina Intensiva.

Esta solicitação objetiva criar um projeto diferenciado na Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**, conforme **Chamamento Público nº 001/2012.**

O Presidente da **AMIB** demonstrou interesse em desenvolver as referidas ações, conforme demonstra o oficio em anexo.

GERIR



Goiânia-GO, 27 de Fevereiro de 2012.

Of. 087/2012-Pr.

Eu, Eduardo Reche de Souza, na qualidade de Presidente do Instituto de Gestão em Saúde, vem solicitar a AMIB, ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, a possibilidade de desenvolver no **Hospital de Urgências de Goiânia-GO "Dr. Valdemiro da Cruz" - HUGO**, a criação de quatro vagas de Residência Medica em Medicina Intensiva. Tal solicitação se dá em virtude da participação do chamamento público n. 001/2012, para a Organização, Administração e Gerenciamento do referido Hospital.

Atenciosamente.

Eduardo Reche de Souza
Presidente- Gerir

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB
DD. Presidente
Sr. Dr. José Mario M.Teles
São Paulo-SP

AMIB - ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua Arminda, 93 – 7º andar – Vila Olímpia – São Paulo – SP – 04545-100
Tel (11) 5089-2642 – www.amib.org.br – secretaria@amib.org.br

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
PLS Nº 2648
SP
FUNC

São Paulo, 09 de Março de 2012.

Of. 0348/2012

Senhor Presidente

Em relação ao ofício Of. 087/2012-Pr. no tocante ao desenvolvimento de ações para a criação de quatro vagas de Residência Medica em Medicina Intensiva no **Hospital de Urgências de Goiânia-GO "Dr. Valdemiro da Cruz" – HUGO,** informo a V.Sa., que a AMIB, ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, tem interesse no desenvolvimento das referidas ações.

Atenciosamente.

José Mario M. Teles
Presidente - AMIB

Ao Instituto de Gestão em Saúde
DD. Presidente
Sr. Dr. Eduardo Reche
Goiania – GO