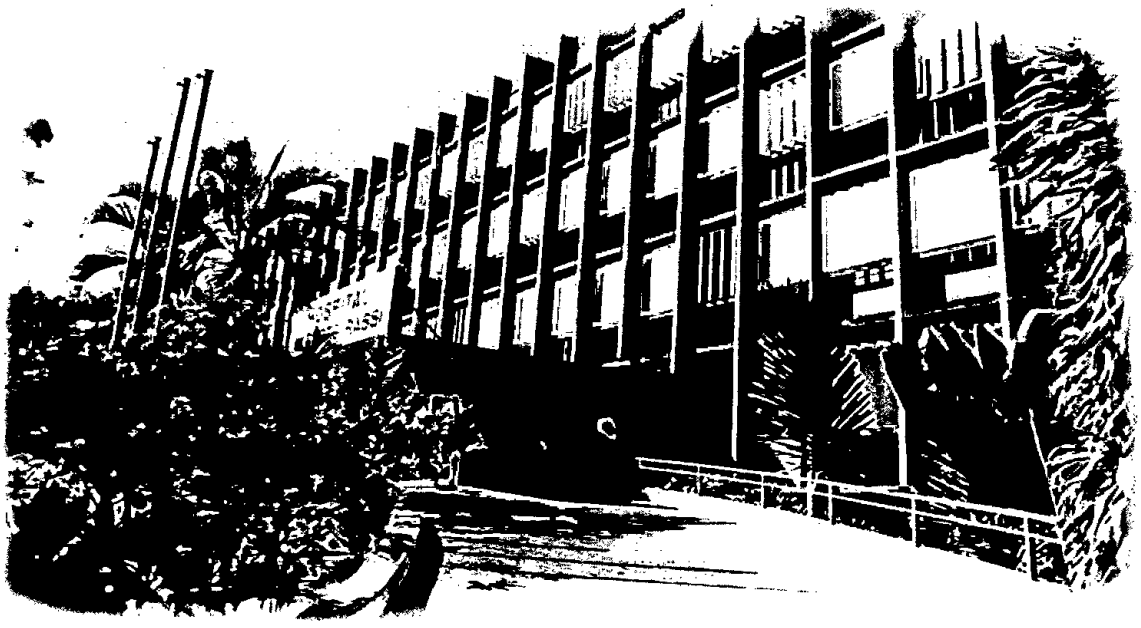
ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
1929
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SES 2470 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

SUMÁRIO

Pág.

Introdução..... 04

Proposta de Modelo Gerencial..... 07

Caracterização..... 07
Estratégias..... 12
Indicadores 13
Modelo de Relacionamento..... 15

Área de atividade..... 16
Estrutura Organizacional..... 16
Objetivos..... 17
Horários de Funcionamento..... 18

Àrea Qualidade..... 15
Implantação da Comissões Técnicas..... 22
Organização do Serviço de Farmácia..... 25
Organização do Serviço de Prontuário Médico..... 26

Inovações a Implementar – Programa de Humanização Hospitalar.....
Implantação do Escritório da Qualidade e Gestão..... 27
Planejamento Estratégico Participativo..... 27
Implantação do Time de Resposta Rápida..... 28
Programa de Cooperação entre o HGG e outros entes públicos..... 28
Serviço de Ouvidoria..... 29
Programa de Responsabilidade Social 29

Qualidade Subjetiva..... 31
Sistema de Informação ao Usuário..... 31

Qualificação Técnica..... 32

Certificação de experiência anterior..... 32
Estrutura Diretiva 32
Organização dos Serviços Assistenciais..... 32
Organização dos Serviços Administrativos..... 33
Prazos propostos para implementação e pleno funcionamento das inovações a serem executados..... 35
Implantação do Escritório da Qualidade e Gestão..... 35
Planejamento Estratégico Participativo..... 35
Implantação do Time de Resposta Rápida..... 35
Programa de Cooperação do Hospital com outros Entes Públicos..... 35
Reativação de Leitos Desativados e Implantação de Novos Leitos..... 35
Programa de Responsabilidade Social..... 35

SES 2431 RUBRICA

INTRODUÇÃO

1432
FLS

Nos últimos anos, as Organizações brasileiras, dentre elas as prestadoras de serviços de saúde, quer da esfera pública quer da esfera privada, vêm passando por profundas mudanças no que concerne às suas práticas de gestão, com o objetivo de promover a segurança do paciente, a melhoria contínua da assistência prestada, e a sustentabilidade sócio-econômica e ambiental.

As Organizações que possuem um modelo de gerenciamento holístico obtêm melhores resultados qualitativos, haja vista o foco nas pessoas e no ambiente, agregando a tecnologia como meio de execução, porém sem deixar de lado a administração científica, ou seja, a racionalização do trabalho através da estrutura direcionada pelo nível estratégico, tático e operacional.

A Gestão pela Qualidade como modelo de gerenciamento é a concretização da ação administrativa, com foco na melhor utilização de todos os recursos organizacionais, bem como no relacionamento entre as pessoas que executam as atividades do dia-a-dia, quais sejam, o agrupamento de técnicas e idéias voltadas ao contexto da atual competitividade do mercado da saúde, sobretudo no que tange aos processos de trabalho e serviços oferecidos ao cliente.

Operacionalizar a gestão pela qualidade como modelo gerencial traz no entanto, desafios relacionados à construção de novos valores organizacionais, mudança da cultura interna, bem como avanços na eficácia, eficiência e efetividade das práticas assistenciais e administrativas.

Uma estratégia comprovadamente indicada para a operacionalização da gestão pela qualidade em Instituições públicas, tem sido a terceirização da gestão, ao passo que tem resultado em desempenho eficiente nas mais diversas regiões do país, por algumas razões em comum, dentre as quais:

- A qualidade dos serviços prestados, comprovada por índices de satisfação do usuário acima de 85%;
- Melhores resultados financeiros e assistenciais, ao passo que o contratante estabelece orçamento fixo anual em troca de metas de produtividade e qualidade a

serem alcançadas pelo prestador, permitindo que o gestor da saúde tenha maior controle sobre o uso dos recursos e consequentemente a otimização dos mesmos;

- A transparência na prestação de contas encaminhada pelo prestador, demonstrada com base em indicadores de desempenho.

SES
433
FLS
RUBRICA

Isto posto, importante ressaltar que de acordo com o Art. 199, e parágrafo primeiro da Constituição Federal de 1988, "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Desse modo, o Poder Público tem respaldo para executar ações e serviços de saúde através de terceiros, sem perder de vista os princípios de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, a terceirização da gestão tem evidenciado um novo paradigma para a organização e gerenciamento de hospitais públicos, e consolida a função do Estado enquanto agente formulador e regulador do sistema de saúde, permitindo que a saúde pública responda de forma ágil e eficiente às necessidades da população.

Ao passo que a lógica dos hospitais privados é pautada basicamente pelo lucro, a lógica dos hospitais públicos é a execução de orçamentos. Desse modo, faz-se fundamental o bom uso dos recursos. Trata-se não somente de economizar, mas sobretudo de gastar melhor o dinheiro público. Por isso, a terceirização da gestão de hospitais favorece o foco nos resultados em favor dos usuários, uma vez que o contrato de gestão estabelece indicadores e metas a serem alcançados, bem como os meios de fiscalizar sua execução.

Desse modo, pode-se assegurar que o modelo de gestão pela qualidade operacionalizada por Organizações Sociais especializadas na área da saúde, favorece melhores serviços de saúde à comunidade; maior autonomia gerencial e, por isso, maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor, sem perder de vista princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A presente proposta de terceirização da gestão do Hospital Geral de Goiânia Dr, Alberto Rassi (HGG), tem como objetivos:

- Implementação de mecanismos de gestão inviáveis na administração direta, os quais estimulem a produção de serviços de saúde com qualidade e controle dos serviços prestados
- Revisar a identidade organizacional (missão, visão, valores e objetivos) da Instituição através de processo de Planejamento Estratégico
- Preparar a Organização para Certificação de Acreditação em Nível 1 – ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Reforçar as ações voltadas ao reconhecimento do Hospital como Unidade de Ensino e Pesquisa pelo MEC (Ministério da Educação)
- Efetivar a integração da Unidade Hospitalar ao SUS local e regional, bem como aos Estabelecimentos de Ensino superior
- Propiciar o equilíbrio econômico-financeiro do Hospital
- Reduzir a rigidez e controle centralizado nos processos licitatórios para abastecimento da Unidade, permitindo aumento da agilidade de seu funcionamento
- Favorecer um maior envolvimento e controle da gestão do Hospital pelo gestor do Sistema de Saúde Estadual, quanto às metas a serem atingidas pela Instituição.
- Assegurar atendimento em regime de internação, ambulatório e emergência 24h, universal e gratuitamente à população de Goiânia e regiões circunvizinhas, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR).

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

O mundo moderno vem sendo objeto de profundas e aceleradas transformações — econômicas, políticas e sociais — que têm levado os governos a adotarem estratégias diferenciadas e criativas para elevar a qualidade dos serviços prestados às populações, dentre eles os serviços de saúde.

Estas transformações estruturais visam descentralizar a autoridade, reduzir a hierarquia, e estimular parcerias para privilegiar a qualidade com foco nos clientes, visando cumprir a legislação relacionada aos direitos sociais, bem como elevar a competitividade nos novos mercados globais que se configuram, tem sido mais intensa em vários segmentos da sociedade, dentre eles, o da saúde, os quais procuram se tornar mais flexíveis, inovadores e empreendedores para fazer frente aos desafios da modernidade.

SES 2435 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Para operacionalizar estas transformações no dia-a-dia da Unidade Hospitalar, faz-se crucial definir um modelo gerencial, que significa um conjunto de concepções filosóficas, tecnologias e idéias administrativas que operacionalizam as práticas de gestão nas organizações.

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

O modelo aqui proposto é a Gestão pela Qualidade como modelo oficial de gestão da Unidade, por ser este o indicado pelas diretrizes do processo de Acreditação, e por resultar dele, experiências exitosas de gestão em várias regiões do país.

Qualidade, enquanto conceito, é um valor conhecido por todos e, no entanto, definido de forma diferenciada por diferentes grupos ou camadas da sociedade — a percepção dos indivíduos é diferente em relação aos mesmos produtos ou serviços, em função de suas necessidades, experiências e expectativas.

O termo qualidade total tem inserido em seu conceito seis atributos ou dimensões básicas que lhe conferem características de totalidade. Essas seis dimensões são: qualidade intrínseca; custo, atendimento, moral, segurança e ética.

Por qualidade intrínseca entende-se a capacidade do produto ou serviço de cumprir o objetivo ao qual se destina. A dimensão custo tem, em si, dois focos: custo para a organização do serviço prestado e o seu preço para o cliente. Portanto, não é suficiente ter o produto mais barato, mas sim ter o maior valor pelo preço justo. Atendimento é uma dimensão que contém três parâmetros: local, prazo e quantidade, que por si só demonstram a sua importância na produção de bens e na prestação de serviços de excelência. Moral e segurança dos clientes internos de uma organização (funcionários) são fatores decisivos na

O auto-controle — que significa que a responsabilidade pela qualidade final dos serviços e/ou produtos é a conseqüência do esforço conjugado de todas as áreas da empresa, onde todos precisam saber, a todo momento, o que fazer e como fazer, com informações objetivas e imediatas sobre o seu desempenho — , permite que as pessoas respondam com participação, criatividade e responsabilidade.

E S
243
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Como se trata de uma mudança profunda, a implantação desse modelo enfrenta várias barreiras, pois mexe com o status quo, com o imobilismo, com o conformismo e com os privilégios. Portanto, deve-se ver a Gestão da Qualidade não como mais um programa de modernização. Trata-se de uma nova maneira de ver as relações entre as pessoas, na qual o benefício comum é superior ao de uma das partes

Da gestão da qualidade depende a sobrevivência das organizações que precisam garantir aos seus clientes a maior satisfação possível com os bens e serviços produzidos, contendo características intrínsecas de qualidade, a preços que os clientes possam pagar, e entregues dentro do prazo esperado. É fundamental atender e, preferencialmente, exceder às expectativas dos clientes.

A obtenção da qualidade parte de ouvir e entender o que o cliente realmente deseja e necessita, para que o bem ou serviço possa ser concebido, realizado e prestado com excelência.

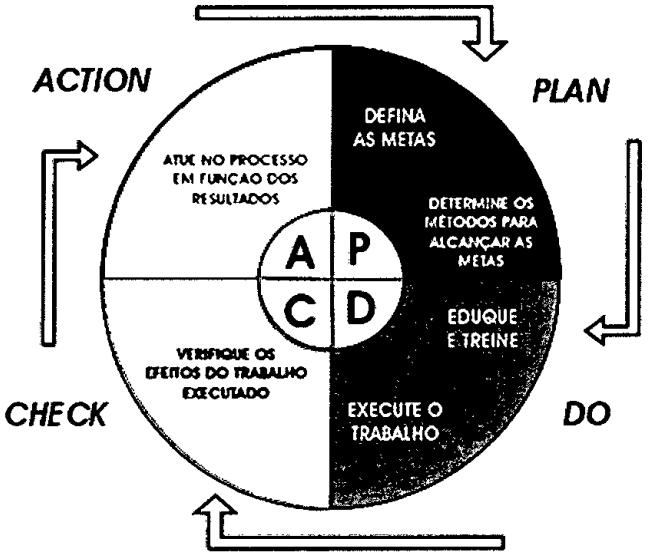
Levando em considerações estas questões, a gestão pela qualidade nas rotinas do Hospital, deverá operacionalizar-se pelo Método de Gerenciamento pelas Diretrizes, um mecanismo que concentra força intelectual de todos os funcionários com foco nas metas de sobrevivência da organização, uma vez que esse gerenciamento, deve ser conduzido pela alta administração da organização, e ter por objetivo direcionar as ações de todos os processos em um único rumo, estabelecendo as "diretrizes de controle" (metas e indicadores de estrutura, processo e resultados) que se desdobram em diretrizes e metas gerenciais e assim sucessivamente em toda hierarquia.

O gerenciamento pelas diretrizes atua na busca das causas que impossibilitam a obtenção das metas estabelecidas e na criação de medidas que levam ao rompimento com a situação em que se deseja mudar. Estas medidas visam a melhoria dos serviços e processos já existentes e dos novos serviços e processos. A ferramenta empregada para o gerenciamento pelas diretrizes é o ciclo PDCA.

O ciclo PDCA é uma ferramenta da Qualidade, que representa o caminho a ser seguido para que as metas estabelecidas sejam atingidas. Visa controlar e conseguir resultados eficazes e confiáveis nas atividades de uma organização.

SES
1438
FLS.
RUBRICA

Este ciclo está composto em quatro fases básicas: Planejar, Executar, Verificar e Atuar corretivamente. Segundo Campos (1992), é implementada em seis etapas.



P (Plan) - PLANEJAR

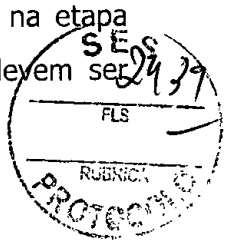
Nesta etapa são definidas as metas que se deseja atingir, geralmente, anuais. As metas devem relevar pontos importantes como as tendências de mercado, os fornecedores, a situação política do país e do mundo. Após definidas as metas, deve-se buscar os meios e os procedimentos para alcança-las.

D (Do) – Desenvolver/Executar

Nesta fase todos os envolvidos com as ações devem ser treinados nos procedimentos que têm como base as metas estabelecidas; deve-se realizar as atividades e colher dados, para a fase de verificação. É a fase de implantação do planejamento.

C (Chek) – Checar/Avaliar

Etapa puramente gerencial, onde deve-se verificar se as ações executadas estão de acordo com as metas estabelecidas. Os dados utilizados são aqueles coletados na etapa anterior, os quais servirão de base para os indicadores de desempenho, que devem ser comparados com o planejado (metas definidas na fase P -planejar).



A (Act) – Agir

Nesta etapa, a atuação é corretiva, ou seja, caso a operação realizada não esteja de acordo com o planejado, deve-se atuar corretivamente através de planos de ação para correção de rumo visando a meta estabelecida.

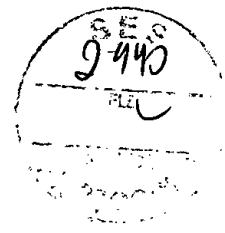
O resultado final da ação é o alcance da melhoria contínua, que se dá a partir do momento em que as metas estabelecidas são atingida nos quesitos de estrutura, processo e resultados.

Fundamental ressaltar que a Gestão pela Qualidade, através do método de gerenciamento pelas diretrizes e utilização do PDCA como ferramenta operacional, deverá considerar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do MEC no que concerne ao ensino e a pesquisa, observando as políticas públicas voltadas à regionalização da saúde, para atendimento aos clientes do HGG, em conformidade com as pactuações do Sistema de Saúde.

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade
- Oficialização das Políticas Institucionais
  - ✓ Segurança do Paciente
  - ✓ Registros Seguros

- ✓ Gestão de Suprimentos
- ✓ Gestão da Informação
- ✓ Gestão de Pessoas
- ✓ Gestão de Equipamentos
- ✓ Qualificação de Fornecedores
- ✓ Consentimento Informado e Esclarecido



- Definição das lideranças
- Realização de Planejamento Estratégico Participativo
- Internalização do Planejamento Estratégico: Governança Corporativa
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos
- Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho
- Definição de Fóruns periódicos de acompanhamento de resultados (conforme diretrizes e metas do Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

INDICADORES DE IMPACTO A SEREM MONITORADOS

Itens de Controle

- ✓ No de atendimentos ambulatoriais por especialidade
- ✓ Taxa de Ocupação por Unidade de Internação
- ✓ Média de Permanência por Unidade de Internação
- ✓ No de cirurgias realizadas por especialidade
- ✓ Taxa de Infecção Hospitalar por tipologia e clínica

- ✓ Taxa de Uso de sala cirúrgica
- ✓ Cirurgias suspensas por especialidade e motivo
- ✓ No de ocorrências de quedas
- ✓ No de ocorrências de Lesões de Pele
- ✓ No de ocorrências de Desnutrição Hospitalar



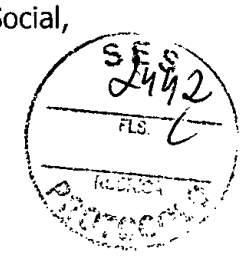
Indicadores de Estrutura

- ✓ Relação Profissional-leito por especialidade
- ✓ Equipamentos de alta complexidade
- ✓ Procedimentos de alta complexidade
- ✓ No de residentes – residência médica e multiprofissional
- ✓ Existência de SESMT, CIPA, PCMSO, PPRA, Brigada de Incêndio
- ✓ Existência das Comissões:
  - o Ética Médica
  - o Ética de Enfermagem
  - o Análise e Revisão de Prontuários
  - o Multidisciplinar de Bioética
  - o Verificação de óbitos
  - o Residência Médica Residência Multiprofissional
  - o Gerenciamento de Riscos
  - o Gerenciamento de Resíduos
  - o Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único
  - o Intra-hospitalar de Hemoterapia
  - o Nutrição Enteral e Parenteral
  - o Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos
- ✓ Processos de Trabalho com Estrutura física e de pessoal segura
- ✓ Processos de Trabalho com Mapas oficializados e Riscos Identificados

Indicadores de Processo

- ✓ No de Orientações nutricionais por perfil de paciente
- ✓ No de prescrições Avaliadas pelo Farmacêutico
- ✓ Horas de capacitação para colaboradores em temas Técnicos e Interpessoais

- ✓ No de atendimentos por motivo de encaminhamento e tipologia – Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia
- ✓ Horas de Capacitação para residentes
- ✓ No de Pesquisas em andamento



Indicadores de Resultado

- ✓ Internações com tempo de permanência conforme o programado
- ✓ No de atendimentos ambulatoriais em conformidade com a capacidade instalada de cada Especialidade
- ✓ No de cirurgias realizadas conforme programação
- ✓ Laudos liberados no tempo programado
- ✓ Eventos notificados e tratados no tempo programado
- ✓ Não-Conformidades notificadas e tratadas no tempo programado
- ✓ Pesquisas concluídas e publicadas

MODELO DE RELACIONAMENTO E INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇAO E INFORMAÇÃO ENTRE DIRETORIAS E GESTORES DA SAÚDE (ÂMBITO MUNICIPAL E ESTADUAL)

Sugere-se para a melhor execução desta proposta de trabalho, que seja oficializado calendário mensal para reunião entre as partes, com o objetivo de apresentar e discutir os resultados mensais decorrentes da gestão do HGG.

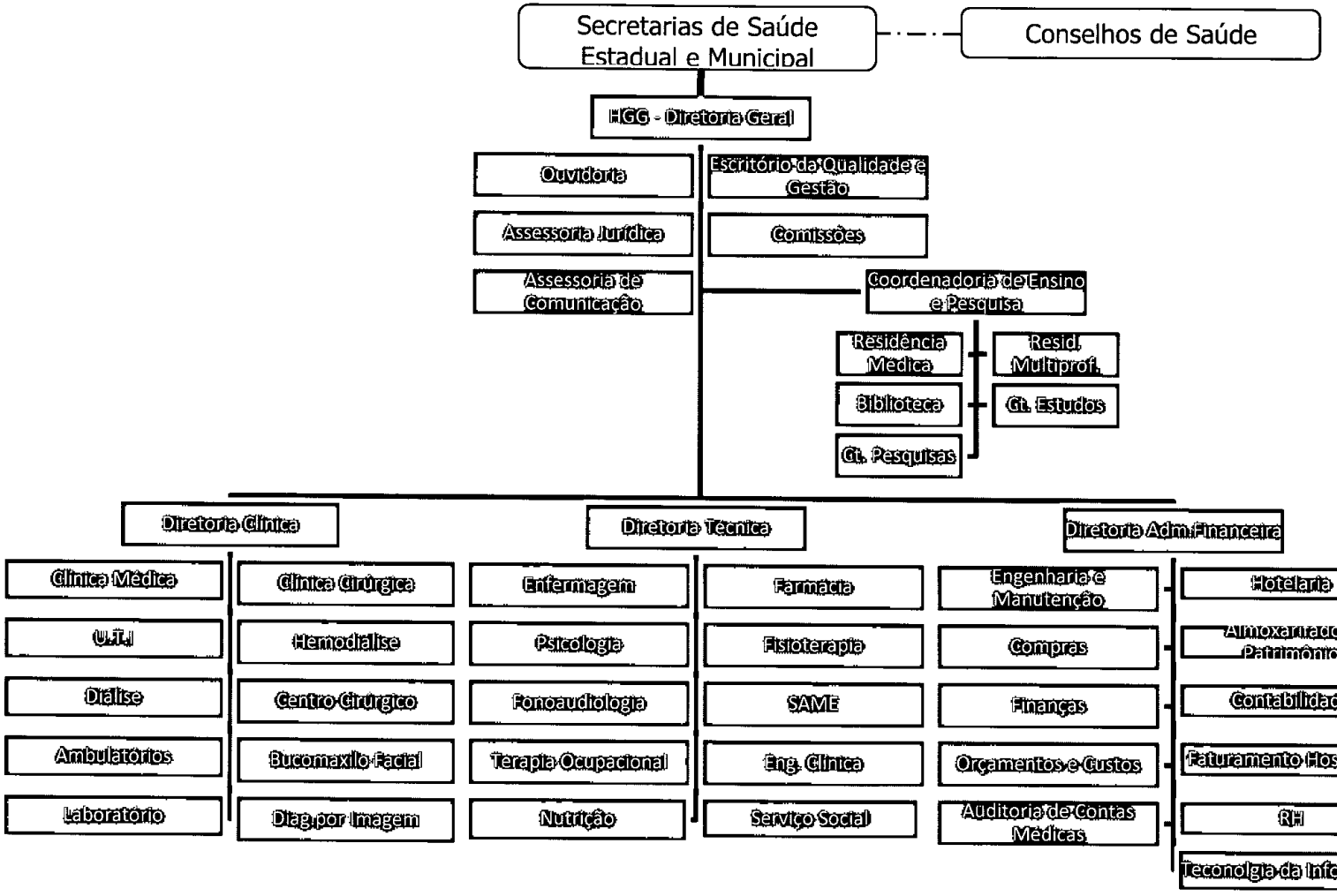
Quanto aos instrumentos de comunicação, indica-se que possam ser utilizados, a depender da necessidade, os seguintes instrumentos:



- ✓ Sistema de Gestão Hospitalar
- ✓ Relatório Mensal de Investimentos e Resultados – Gestão à Vista
- ✓ Intra Net
- ✓ Contatos corporativos (telefonia móvel)
- ✓ Mensagem de Texto – celular
- ✓ E-mail
- ✓ Documentos formais em meio físico (Ofícios, Memorandos, Portarias)

ÁREA DE ATIVIDADE

Organização da atividade: Estrutura Organizacional



Comissões: Ética Médica, Ética de Enfermagem, Análise e Revisão de Prontuários, Multidisciplinar de Bioética, Verificação de óbitos, Residência Médica Residência Multiprofissional , Gerenciamento de Riscos, Gerenciamento de Resíduos, Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único , Intra-hospitalar de Hemoterapia, Nutrição Enteral e Parenteral, Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

A estrutura Organizacional foi modelada com base nos seguintes componentes objetivos:

- Modernização e racionalização da estrutura organizacional
- Níveis de responsabilidade decisória interna
- Coerência dos elementos da estrutura organizacional com o perfil e capacidade instalada da Unidade de Saúde
- Coerência na definição das Diretorias, Núcleos e Células de trabalho nos níveis Estratégico/Tático/Operacional

A estrutura do HGG distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:

a. Diretorias
b. Gerências

DAS RESPONSABILIDADES

A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades do HGG

- A Diretoria é composta por: Diretor Geral , Diretor Administrativo-Financeiro, diretor clínico e diretor técnico

- O Diretor Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Clínico, e Administrativo, nesta ordem.

- A indicação da diretoria do HGG ocorrerá concomitantemente com o processo sucessório da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, exceto em se tratando do clínico, que deverá ser eleito pelo corpo clínico conforme legislação do CFM.

- Ao Diretor Geral, compete:

I. Gerir e representar o HGG
II. Indicar os Diretores clínico, Administrativo-Financeiro e Técnico
III. Facilitar processo de votação do Diretor Clínico em parceria com o Conselho Regional de Medicina
IV. Cumprir e fazer cumprir as decisões dos órgãos e autoridades a que esteja subordinado;
V. Cumprir e fazer cumprir as normas deste Regimento Interno;
VI. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

VII. Aplicar recursos orçamentários destinados ao HGG, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, decidindo sobre licitação para aquisição de materiais, equipamentos e execução de serviços;

SES 1441 FLS

VIII. Autorizar despesas de compras e serviços de urgência, sem licitação;

IX. Movimentar contas bancárias conjuntas com o Diretor Administrativo-Financeiro.

X. Elaborar e submeter à apreciação da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás o relatório anual, que o submeterá à aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, bem como planos, projetos e orçamentos;

XV. Apresentar ao CDE até o segundo mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades do HGG no ano anterior, e a proposta de trabalho para a ano subseqüente;

As demais Diretorias são órgãos executivos da Diretoria, com atribuição de promoverem a articulação dos Serviços do HGG, para a melhor ordenação dos trabalhos assistenciais e administrativos.

- As demais Diretorias são as seguintes:

a. Diretoria Clínica

b. Diretoria Técnica

c. Diretoria Administrativa-Financeira

- As demais Diretorias serão exercidas por profissionais de nível superior das áreas de saúde ou administração hospitalar, em regime de tempo integral.

- A Diretoria Clínica coordenará as atividades do corpo clínico, bem como as relacionadas a assistência não médica, porém de terapias complementares, de diagnóstico e terapia, e de farmácia

- A Diretoria Técnica coordenará o planejamento e a execução das atividades de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, SAME, terapia ocupacional, nutrição, engenharia clínica e e serviço social desenvolvidas no âmbito do HGG

- A Diretoria Administrativa-Financeira coordenará as atividades técnico administrativas e de apoio às atividades assistenciais.

- Ao diretor Administrativo-Financeiro, compete:

I. autorizar, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoal e propor contratação e desligamento de acordo com a Legislação vigente;

II. zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

III. aplicar recursos orçamentários destinados ao Hospital, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo corpo diretivo, decidindo sobre aquisição de materiais, equipamentos e execução de serviços;

IV. autorizar despesas de compras e serviços de urgência

V. movimentar contas bancárias conjuntas com o Diretor Geral

VI. assinar folhas de pagamento de serviços extraordinários de profissionais da área de saúde e de pessoal técnico-administrativo;

XII. delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua diretoria definir normas e determinações de serviços, no âmbito administrativo;

XIII. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal técnico-administrativo;

XIV.. superintender o recrutamento, a seleção e o treinamento do pessoal técnicoadministrativo;

XV. efetuar o provimento interno do pessoal técnico-administrativo, podendo transferi-lo de acordo com a necessidade de serviço, sem prejuízo para a servidor;

XVI. propor ao Diretor sanções disciplinares ao pessoal técnico-administrativo, respeitada a legislação pertinente.

XVII. apresentar ao Diretor, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subseqüente.

- O Diretor administrativo-financeiro será indicado e nomeado pelo Diretor Geral.

- Ao Diretor clínico compete:

I. coordenar as atividades assistenciais dos profissionais médicos e outros da área de saúde terapias complementares e diagnóstico) lotados no HGG

II. assegurar o cumprimento das escalas de serviço do pessoal médico e outros terapias complementares e diagnóstico)da área de saúde lotados no HGG

III. definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais médicos e outros da área de saúde (terapias complementares e diagnóstico)

IV. apresentar ao Diretor geral, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano,relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subseqüente.

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal médico e outros da área de saúde terapias complementares e diagnóstico)

SES 2448 FLS.

- O Diretor clínico será indicado e nomeado pelo Diretor Geral, seguindo as determinações do CFM.

- Ao Diretor Técnico, compete:

I. Coordenar as atividades assistenciais dos profissionais de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, SAME, terapia ocupacional, nutrição, engenharia clínica e serviço social lotados no HGG

II. Assegurar o cumprimento de todas as escalas de serviço do pessoal de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, SAME, terapia ocupacional, nutrição, engenharia clínica e e serviço social lotados no HGG

III. Definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais de enfermagem lotados no HGG

IV. Apresentar ao Diretor geral, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano,relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subseqüente

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal de enfermagem

- O Diretor Técnico será indicado e nomeado pelo Diretor Geral.

DA GESTÃO DE PESSOAS

- A Gerência de RH, indicada e nomeada pelo Diretor Geral, tem por função a implementação da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas do Hospital

- Compete ao gerente de RH:

I – Planejar, coordenar e implementar ações pertinentes à gestão e desenvolvimento de pessoas no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi -HGG

II- Assessorar as Diretorias do Hospital em assuntos de sua competência;

III - Assessorar as Unidades Funcionais e apóia-las em suas atividades, principalmente as voltadas para capacitação permanente de pessoal.

IV - Desenvolver e acompanhar a Política de Humanização de acordo com as Diretrizes Nacionais;

SES
2449
FLS
JUSTIÇA
PROTOCOLO

Objetivos da Proposta Técnica de trabalho para o HGG

- Atualizar o Planejamento Estratégico da Organização
- Assegurar um padrão de qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população com foco na segurança do paciente
- Preparar o Hospital para Certificação Nível 1 pela ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Reforçar as ações em busca do reconhecimento pelo MEC, do HGG como Hospital Escola (Ensino e Pesquisa)
- Ampliar a capacidade decisória do gerenciamento da Unidade de Saúde
- Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas na prestação dos serviços de saúde
- Implantar Programa de Interação com a Comunidade
- Estreitar laços gerenciais com o(a) gestor(a) da Secretaria de Saúde do estado de Goiás, bem como de Goiânia
- Evitar o êxodo do usuário para os grandes centros em busca de serviços de assistência à saúde de melhor qualidade

Horários de Funcionamento

- **Atendimento Ambulatorial**
  - ✓ De segunda à sexta-feira, das 7:00 as 22:00h
  - ✓ Modalidades dos serviços oferecidos: consultas novas, consultas subseqüentes, cirurgias ambulatoriais

- ✓ Especialidades disponíveis:
  - Angiologia
  - Bucomaxilo
  - Cabeça e Pescoço
  - Cardiologia
  - Cirurgia Geral
  - Cirurgia plástica
  - Dermatologia
  - Endocrinologia
  - Fisioterapia
  - Fonoaudiologia
  - Gastroenterologia
  - Geriatria
  - Hematologia
  - Nefrologia
  - Neurocirurgia
  - Neurologia
  - Nutrição
  - Oftalmologia
  - Ortopedia
  - Otorrinolaringologia
  - Pneumologia
  - Proctologia
  - Psicologia
  - Reumatologia
  - Urologia
  - Camaras Técnicas de dispensação de medicamentos de alto custo

- **Internamento**
  - ✓ 24h, ininterrupto
  - ✓ Caracterização: Internamento eletivo e de urgência referenciado
  - ✓ 81 leitos para internação em Clínica Médica, nas seguintes especialidades:
    - Bariátrica
    - Cardiologia

- Clínica Médica
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Hemodinâmica;Cardiologia
- Nefrologia
- Neurologia(leitos para centro de tratamento de A.V.C.)
- Pneumolgia
- Reumatolgia



✓ 95 leitos para internação em Clínica Cirúrgica, nas seguintes especialidades:

- Bariátrica
- Cabeça e Pescoço
- Torácica
- Geral
- Buco Maxilo
- Neurocirurgia
- Odontologia
- Plástica
- Vascular
- Proctologia
- Ortopedia
- Urologia
- Otorrinolaringologia

- **Centro Cirúrgico**
  - ✓ Segunda a sexta – 7h as 22h
  - ✓ Sábados – 7h as 19h
  - ✓ 11 salas de procedimentos cirúrgicos

- **Laboratório de Anátomo-patologia**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes de cirurgia de urgência/emergência
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe do serviço de biópsia por congelação

- **Laboratório de Análises Clínicas**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 7:00 as 19:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe de exames de:
    - Bioquímica
    - Coprologia
    - Hematologia
    - Hormônios
    - Imunologia,
    - Fluidos corporais (incluindo liquor)
    - Microbiologia (culturas)
    - Patologia clínica
    - Patologia ocupacional
    - Gasometria arterial
    - Uroanálise

SES 2452 FLS.

- **Imageologia**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 7:00 as 19:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Sábados – 7:00h as 12:00 para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe dos seguintes exames:
    - Esofagogastroduodenoscopia
    - Colonoscopia
    - Retossigmoidoscopia
    - Biópsia de próstata
    - Biópsia aspirativa
    - Ecocardiograma
    - Doppler
    - Ultrassonografia
    - Eletrocardiograma
    - Eletroencefalograma
    - Eletroneuromiografia
    - Espirometria
    - Audiometria
    - Tomografia computadorizada

- Raio X convencional
- Teste ergométrico
- Holter;Mapa
- Ressonância magnética
- Raio X Telecomandado
- Raio X Panoramico
- Mamografia



- **Serviços de apoio: Lavanderia e Rouparia, Nutrição, Almoxarifado, Manutenção Predial e de Equipamentos, Higienização, Segurança, Transporte**
  - ✓ 24h ininterrupto
  - ✓ Dispõe de estrutura adequada para atendimento às necessidades do Hospital

- **Farmácia**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feira das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais

- **Sistema de Armazenamento de Gases Medicinais**
  - ✓ 24h ininterrupto
  - ✓ Gases disponíveis: oxigênio, ar-comprimido, oxido nitroso e vácuo

- **Sistema de Geração de Energia**
  - ✓ 24h ininterrupto

ÁREA QUALIDADE

Qualidade Objetiva

Implantação de Comissões Técnicas

Nome	componentes	objetivos	Freqüência das reuniões	Sistema de controle de desempenho
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Médico, enfermeira, representantes de farmácia, administração, manutenção, limpeza, dentre outros (Portaria 2616/1998)	Oferecer condições de segurança em questões referentes a infecção hospitalar, a todos os clientes (internos e externos) da Unidade	Mensal	Acompanhamento dos indicadores de infecção hospitalar
Comissão de Revisão de Óbitos	Médico, enfermeira, farmacêutica, representante da administração	Avaliar todos os óbitos evitáveis ocorridos na Unidade	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a óbitos evitáveis
Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional	Médico nutrólogo, enfermeiro, farmacêutico Nutricionista, representante da administração	Identificar os problemas inerentes à administração da terapia nutricional em pacientes hospitalizados, evitando a desnutrição hospitalar	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a terapia nutricional (enteral e parenteral) com foco no risco de desnutrição hospitalar
Comissão de Ética Multidisciplinar	Enfermeira, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo	Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a questões de ordem ética das diferentes especialidade não médicas, conforme Códigos de Ética de cada categoria
Comissão de Ética Médica	Médicos (Resolução CFM nº 1601/00)	Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a questões de ordem ética da equipe médica
Comissão de Revisão de	Médico, enfermeira,	Colaborar na implantação da Política	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados

Prontuários	farmacêutica, representante da administração etc	de Registros Seguros; Avaliar os prontuários: - identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado. - legibilidade dos registros, assinatura e o carimbo . - evolução diária do paciente (data e hora)		a operacionalização da Política de Registros Seguros
Comissão Interna de Hemoterapia	Médico, enfermeiro, farmacêutico	Promover aos pacientes e profissionais, o uso e manipulação segura do sangue e seus derivados	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados ao uso do sangue e seus derivados
Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes	Médico, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, nutricionista, Repres. Diretoria	Identificar e notificar as situações de possíveis doadores de órgãos e tecidos, realizando encaminhamentos para a efetivação do processo	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados à captação de órgãos e tecidos
Comitê de Ética em Pesquisa	Médico, farmacêutico, enfermeiro do SCIH, Coord. Ensino e Pesquisa	Acompanhar, avaliar e supervisionar as pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito institucional	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a pesquisas
Comissão de Gerenciamento de Riscos	Médico, enfermeiro do SCIH e da Gerência de Enfermagem, membro do SESMT, membro do Escritório da	Identificar, controlar e reduzir riscos, visando manter o Hospital cada vez mais seguro	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados aos eventos adversos: notificações e mitigações

	Qualidade			
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Enfermeiro, Nutricionista, Farmacêutico, Resp. Higienização, Resp. Manutenção, Represet. Diretoria, Represe. SESMT, Respres. SCIH	Minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, protegendo os colaboradores, preservando os recursos naturais e o maio ambiente	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados à geração, segregação e destino dos resíduos hospitalares
Comissão de Terapêutica Singular	Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonaudiólogos	Promover a implantação da Clínica Ampliada, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a inserção dos pacientes na lógica do PTSs
Comissão de Uso e Reuso de materiais de Uso Único	Médico, Enfermeiro, Farmacêutico, Resprs. SCIH, Respr. diretoria	Analisar (considerando a Leg. específica) as possibilidades de reprocessamento de materiais de uso único e definir regras internas	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados ao reprocessamento de artigos de uso único
Comissão Multidiscplinar de Bioética	Médico, Enfermeiro, Ass. Social, Psicólogo, Fisioterapueta, Biólogo	Discussão dos valores referentes a vida e saúde dos seres humanos	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a pesquisas com seres humanos

Organização do Serviço de Farmácia

Equipe	Organização dos horários de funcionamento	Previsão de implantação da dose unitária	Métodos de controle de fármacos controlados

Farmacêuticos Auxiliares de Farmácia Agentes Administrativos	24 h/dia para atendimento a pacientes internados De segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00h para atendimento a pacientes ambulatoriais	1º ano de gestão	Padronização de medicamentos e materiais; Dispensação sob prescrição médica em Formulário próprio e avaliação farmacêutica; Controle em sistema software específico Farmácia. Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica (alto custo) Interação com a Nutrição para avaliação das interações medicamento-alimento

SES 2457 FLS. RUBRICA

Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários

Equipe	Organização dos horários de funcionamento	Sistema de Arquivamento e Controle	Comissão de Revisão de Prontuários

Auxiliares de Almoxarifado Supervisor	24 h/dia para atendimento a pacientes internados e em atendimento de urgência/emergência. De segunda a sexta-feira das 8:00 as 17:00h para atendimento a pacientes ambulatorias	Arquivamento por nº de prontuário Controle de entrada e saída de prontuários do Serviço, bem como destino do mesmo, em software específico	A reestruturar

SES 2458 FLS

INOVAÇÕES A IMPLEMENTAR

Inovação a implementar – IMPLANTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DA QUALIDADE E GESTÃO

Equipe	Objetivo do Serviço	Previsão de implantação do Serviço	Métodos de avaliação de implantação do Serviço
Profissional de nível superior com conhecimento, interesse ou experiência na área de atuação Grupo gestor do IAS Brasil Lideranças do HGG	Preparar o HGG para Certificação em Nível 1 pela ONA (Org. Nacional de Acreditação)	1º semestre de gestão	Estrutura de trabalho montada Ações de capacitação sobre Acreditação Resultados de Chek List de Diagnóstico Interno

SES 2459 FLS.

Inovação a implementar – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO

Equipe	Objetivo da Ação	Previsão de implantação da ação	Métodos de avaliação da ação
Gestores do Hospital, Gestora das SES, representantes dos usuários, representantes da Regional de Saúde, representantes dos Conselhos de Saúde	Planejar o Hospital com visão de futuro até 2014 Rever Missão, Valores, Objetivos estratégicos a curto, médio e longo prazo Indicar Projeto de Ação para alcance da Visão	1º trimestre de gestão	Monitoramento dos Indicadores de resultados à luz das metas estabelecidas

Inovação a implementar – IMPLANTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

Equipe	Objetivo do Programa	Previsão de implantação do Programa	Métodos de avaliação de implantação do Programa

Médicos, enfermeiro, técnicos de enfermagem	Reduzir o risco de óbitos evitáveis por parada cárdio-respiratória	1º semestre de gestão	Monitoramento de indicadores relacionados a acionamento do Time e resultados das intervenções

Inovação a implementar – PROGRAMA DE COOPERAÇÃO ENTRE O HOSPITAL E OUTROS ENTES PÚBLICOS

Equipe	Objetivo do Programa	Previsão de implantação do Programa	Métodos de avaliação de implantação do Programa
Formar GT (Grupo de Trabalho): Médicos, enfermeiras, assistentes sociais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem – pessoas representantes dos parceiros potenciais do Hospital	Realizar Acordos de Cooperação e Resultados entre Hospital e os entes parceiros Estabelecer fluxo de Referência e Contra-Referência efetivo com entes da saúde Melhorar a qualidade do acesso e atendimento ao usuário referenciado	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação do cliente aferidos através da Ouvidoria

Inovação a implementar – REATIVAÇÃO DE LEITOS DESATIVADOS E IMPLANTAÇÃO DE NOVOS LEITOS , CRIAÇÃO DO CENTRO DE

TRATAMENTO DO A.V.C. , CREDENCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO COMO UNACON NA REDE ONCOLÓGICA

SES 246 FLS.

Equipe	Objetivo da ação	Previsão de implantação do Serviço	Métodos de avaliação de implantação do Programa
Lideranças do Hospital Equipe Gestora do IAS Brasil	Ampliar a capacidade de atendimento assistencial e aumentar o Faturamento da Instituição	1º biênio gestão	Indicadores relacionados a estrutura e resultados: capacidade de atendimento e produtividade em cirurgia e UTI

Inovação a implementar – PROGRAMA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

Equipe	Objetivo do Programa	Previsão de implantação do Programa	Métodos de avaliação de implantação do Programa
Formar GT (Grupo de Trabalho) De profissionais com afinidade com o tema	Colaborar com a promoção, prevenção da saúde da comunidade através Palestras informativas em Escolas Públicas	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação dos usuários do Programa
Implantar sistemática de entrega da conta do paciente no ato da alta hospitalar	Estabelecer transparência na gestão financeira da Unidade	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação dos usuários do Programa

0083

Implantar sistemática de prestação mensal de contas com a comunidade – Painel informativo em área de grande circulação			
Implantar gerenciamento de resíduos com ações extensivas à comunidade	Gerar ações voltadas aos cuidados com o meio ambiente sustentável	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação dos usuários do Programa
Implantar Programa de Educação Continuada p/ profissionais do HGG	Promover ações de educação envolvendo temas técnicos e de qualidade de vida	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação dos usuários do Programa

SES
2462
FLS.
RUBRICA

Qualidade Subjetiva

Sistema de Informação ao usuário

SES 2463 FLS. PROTOCOLO

- Implantação de Cartilha de Orientação ao Usuário do Hospital (englobando internamento e atendimento ambulatorial)
- Uso de termos de consentimento informado para a realização de:
  - ✓ Cirurgias
  - ✓ Exames invasivos
  - ✓ Transfusão sanguínea
- Acesso aos Serviços por meio de telefone e fax
- Acesso a informações gerais e específicas sobre os serviços disponíveis através do Site Oficial do Hospital e da Secretaria da Saúde
- Acesso para registro de sugestões e queixas através de telefonia, fax e e-mail, além de contato pessoal com o ouvidor
- Acesso a informações sobre o tratamento e auto-cuidado através de ações grupais de orientação multiprofissional (reuniões, vídeos, palestras, oficinas de trabalho)

500035

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

SES 2469 FLS

Certificação de experiência anterior

- Pasta com documentos em anexo

Estrutura Diretiva do Hospital Estadual de Gioás (HGG)

- Propõe-se uma estrutura matricial moderna, para a qual com poucos recursos pode-se obter melhores resultados.
- A estrutura organizacional proposta compõe-se por uma diretoria geral, uma diretoria clínica e uma diretoria técnica, as quais com função em nível decisório/estratégico.
- Ligados à diretoria geral, há a coordenadoria de Ensino e Pesquisa, a secretaria, a Ouvidoria, o Escritório da Qualidade (a ser implantado), Assessoria de Comunicação e Jurídica, e as Comissões de relevância à qualidade e segurança dos serviços prestados pelo Hospital

Organização de serviços ambulatoriais

ESPECIALIDADE	**NÚMERO DE SALAS**	
	Instalada	Em uso
Consultórios multidisciplinares	34	34
Consultórios odontológicos para pacientes especiais	02	02
Sala de procedimento de Gesso e curativos	02	02
Total	**38**	**38**

Organização de serviços assistenciais – INTERNAÇÃO CLÍNICA

UNIDADE/SERVIÇO -	NÚMERO DE LEITOS	
	Instalada	Em uso
Bariátrica	02	02
Cardiológica	08	08
Clínica Médica	17	17
Endocrionologia	03	03
Gastroenterologia	08	08
Hemodinâmica;Cardiologia	02	02
Nefrologia	08	08
Neurologia	10	10
Pneumolgia	08	08
Reumatologia	07	07
Total	**81**	**81**

SES
2465
FLS.

Organização de serviços assistenciais – INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

UNIDADE/SERVIÇO -	NÚMERO DE LEITOS	
	Instalada	Em uso
Bariátrica	04	04
Cabeça e Pescoço	02	02
Torácica	03	03
Geral	24	24
Buco Maxilo	02	02
Neurocirurgia	03	03
Odontologia	02	02
Plástica	09	09
Vascular	10	10
Proctologia	10	10
Ortopedia	10	10

00037

Urologia	13	13
Otorrinolaringologia	02	02
Isolamento	01	01
Total	**95**	**95**



Organização de serviços assistenciais – INTERNAÇÃO – OUTROS LEITOS

UNIDADE/SERVIÇO -	**NÚMERO DE LEITOS**	
	Instalada	Em uso
Diálise	14	14
Hemodiálise	17	05
Transplante Renal	02	00
Outros leitos – Ala 4	14	00
UTI	09	09
Isolamento – UTI	01	01
Semi-Intensivo	14	00
Total	**71**	**29**

Leitos a ativar: 42

Organização de serviços administrativos, financeiros e gerais

- Núcleo de faturamento funciona de segunda à sexta em horário comercial ininterrupto (8 as 17h), sob gerência da área.
- Núcleo de Manutenção e Transportes funciona de segunda à sexta-feira em horário comercial ininterrupto (8 as 17h), contando plantonistas 24h de segunda a domingo para atendimento às intercorrências.

Organização dos recursos humanos

- Corpo Técnico – quantitativo de pessoal necessário à implementação da proposta – em anexo



Prazos propostos para implantação e pleno funcionamento das Inovações a implementar no HGG

Ação	Prazo máximo
Planejamento Estratégico	1º trimestre de gestão
Início de implantação novo modelo de gerenciamento	1º trimestre de gestão
Implantação da nova estrutura organizacional	1º semestre de gestão
Implantação do Escritório da Qualidade	1º trimestre de gestão
Implantação do Time de Resposta Rápida	1º ano de gestão
Preparação do Hospital para o Nível 1 de Certificação - ONA	1º biênio de gestão
Programa de Interação entre Hospital e outros entes públicos	1º ano de gestão
Reativação de Leitos desativados e Implantação de novos leitos	1º biênio de gestão
Implantação do Programa de Responsabilidade Social – HGG	1º ano de gestão

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
Fls.
Rubrica
Protocolo

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE

- GESTÃO PELA QUALIDADE: GESTÃO POR RESULTADOS -

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SESC 2468

SUMÁRIO

Pág

Introdução..... 03
Gestão da Qualidade..... 05
Controle de Processos..... 09
Gerenciamento da Rotina do Trabalho..... 11
Ciclos PDCA e SDCA..... 15
Estabelecimento de Itens de Controle..... 15
Indicadores de Diretoria..... 15
Indicadores de Assessoria..... 19
Indicadores de Gestão..... 22
Remuneração Variável sobre Resultados..... 38

1. INTRODUÇÃO

SES 2467 FLS

O modelo de Gestão por Resultados têm sido cada vez mais utilizados por empresas que querem se destacar no ramo em que atuam. De empresas seculares a modernissimas empresas do ambiente web procuram implementar formas de mensurar se suas ações estão alcançando os resultados esperados para o crescimento da organização.

Não é mais possível sobreviver no ramo público ou privado em um ambiente em que o consumidor já não quer ser o pagador da ineficiência e má administração das empresas que não se empenham em melhorar resultados não somente em produtos ou serviços, mas também em qualidade e no relacionamento com a sociedade em que está inserida. Eles estão mais exigentes, conhecem melhor seus direitos e possuem maiores opções em decorrência da grande quantidade de oferta.

Dessa forma, a sobrevivência das empresas do segmento de saúde também se encontra ameaçada, provocando nestas uma preocupação constante em desenvolver sistemas administrativos fortes e velozes, capazes de lhes proporcionar um maior tempo de vida.

O modelo de administração por Resultados surge então como diferencial de gestão estratégica, adotada cada vez mais por este segmento no âmbito privado ou público, uma vez que se vêem forçada a buscar resultados cada vez melhores para manterem-se vivas no mercado.

É preciso controlar o conjunto de causas que influenciam determinado fim, identificar problemas críticos e solucioná-los através de métodos específicos, gerenciando a organização ao longo de todo o processo, não esperando para fazê-lo quando da ocorrência de um resultado indesejável.

Esse é o conceito moderno da qualidade, que envolve não somente setores específicos, como linha de frente ou marketing, mas todos os setores da organização, buscando conquistar a preferência do consumidor.

Com esta abordagem gerencial um modelo que identifica as necessidades das pessoas e utiliza-se da criação, modificação ou manutenção de padrões para satisfazê-las. Tal modelo de Gestão, aperfeiçoado no Japão logo após a Segunda Guerra Mundial, baseia-se na participação de todos os setores e colaboradores da organização no acompanhamento do controle da qualidade.

300012

SES
24
FLS

2. GESTÃO DA QUALIDADE

Um serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente. A qualidade é atingida quando se alcançam cinco dimensões básicas, chamadas de dimensões da qualidade, que são qualidade intrínseca, custo, entrega, segurança e moral (FALCONI, 1992).

As dimensões possuem o seguinte significado:

✓ QUALIDADE

Também conhecida como qualidade intrínseca, refere-se às características específicas do produto (bens ou serviços) capazes de promover a satisfação do cliente, incluindo a ausência de problemas, a presença de características que encantem o consumidor, qualidade das pessoas que trabalham na empresa, qualidade de treinamento dessas pessoas, entre outras.

Dentro da gestão da saúde, esta dimensão refere-se a qualidade da prestação do serviço à comunidade, gerando sua breve recuperação ou a manutenção de sua saúde. Além disso, a humanização do atendimento e o "bem servir" também estão associados.

✓ CUSTO

Essa dimensão está relacionada ao custo operacional da prestação do serviço, envolvendo os custos de contratação, recrutamento e treinamento. Portanto, o custo deve ser o menor possível para que clientes e acionistas sintam-se satisfeitos.

No caso da administração pública, este indicador possui um peso ainda mais significante, uma vez que representa o investimento do dinheiro público em prol da comunidade. Quanto melhor for a gestão dos custos, maior parcela da população poderá ser atendida.

✓ ENTREGA

Diz respeito à entrega dos produtos e serviços, que deve ser feita na data, local e quantidade corretos. Nas unidades hospitalares está associado ao tempo de espera para atendimento, recebimento de exames, marcação de consultas.

✓ MORAL

Refere-se à satisfação dos clientes internos da organização, ou seja, seus colaboradores.

O ambiente deve ser o mais salutar possível para que estes possam prestar serviços de qualidade para o consumidor. Essa satisfação pode ser medida de várias formas, como no nível de absenteísmo, no índice de *"turno ver"*, nas reclamações trabalhistas, etc.

FLS. 241

Dentro da gestão da saúde, esta dimensão deve ser administrada com toda atenção uma vez que trata-se de gente cuidando de gente. Ausências ou trocas constantes podem comprometer a qualidade do atendimento.

✓ SEGURANÇA

Refere-se tanto à segurança das pessoas que trabalham na empresa quanto à do usuário do produto.

É importante observar que, uma vez não atendida uma dessas dimensões, a qualidade do serviço encontra-se ameaçada. De nada adianta atender às expectativas do cidadão na realização da consulta e falhar no prazo de entrega do exame ou falhar na análise do mesmo.

A sobrevivência das empresas depende da oferta de serviços com **qualidade** que atendam às necessidades dos clientes. Aumentar a qualidade significa aumentar a produtividade, que por sua vez tornará a empresa mais competitiva.

Para que a produtividade de uma organização aumente, é necessário que o valor agregado seja o maior possível, ou seja, que o consumidor perceba que o preço pago pelo serviço é infinitamente menor que a satisfação que o mesmo lhe proporciona, significando assim um preço justo. Dessa maneira, a produtividade pode ser demonstrada da seguinte maneira, segundo o autor: P = Q/C; onde P = produtividade, Q = qualidade e C = custos.

Essa produtividade pode ser melhorada com o aperfeiçoamento de três componentes básicos que são: o hardware (equipamentos e materiais), o software (procedimentos ou "maneira de fazer as coisas") e o humanware (ser humano).

Ter alta produtividade significa ter competitividade, o que vem a garantir a sobrevivência da empresa. De seu lado, a competitividade depende da produtividade, e esta da qualidade.

Sendo assim, a sobrevivência das organizações está ligada a todos os fatores citados acima. A junção deles compõe o conceito da qualidade já explicitado anteriormente. Torna-se

00044

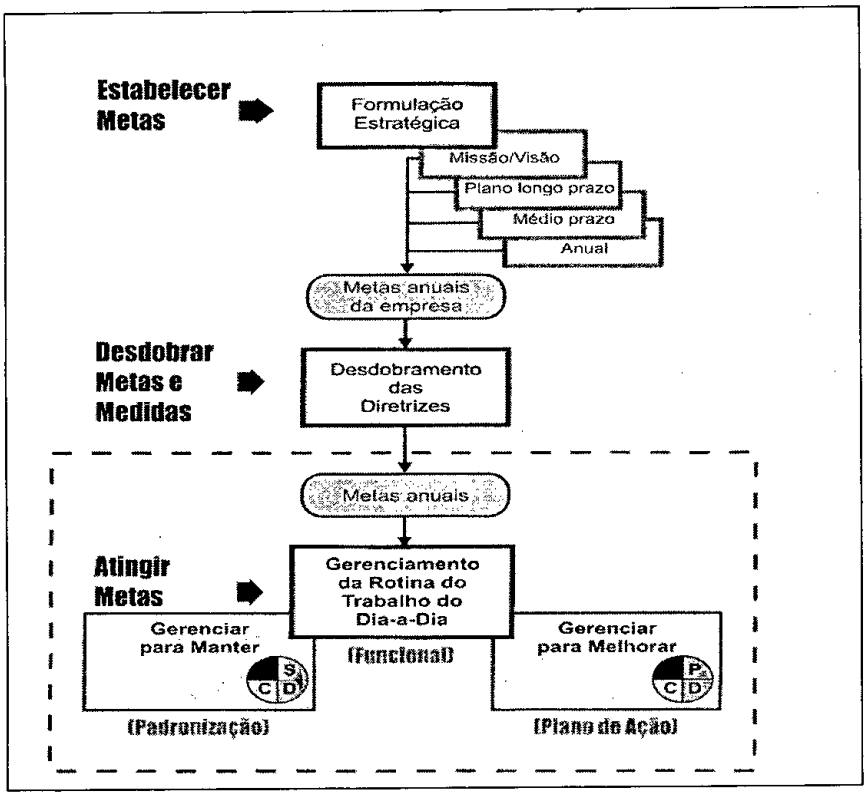
clara, portanto, a afirmação de DEMING (1990) de que a produtividade aumenta pela melhoria da qualidade.

A Gestão pela Qualidade, ou seja, as ações que devem ser empreendidas dentro das empresas para alcançar resultados são a forma encontrada para assegurar a sobrevivência. Tal Gestão constitui um método para atender às necessidades dos clientes, buscando a melhoria contínua e agregando mais valor através do envolvimento de todos os elementos da organização.

É importante, nesse ponto, ressaltar que ninguém implanta a qualidade e sim a Gestão, ou seja, as ações para atingir os resultados.

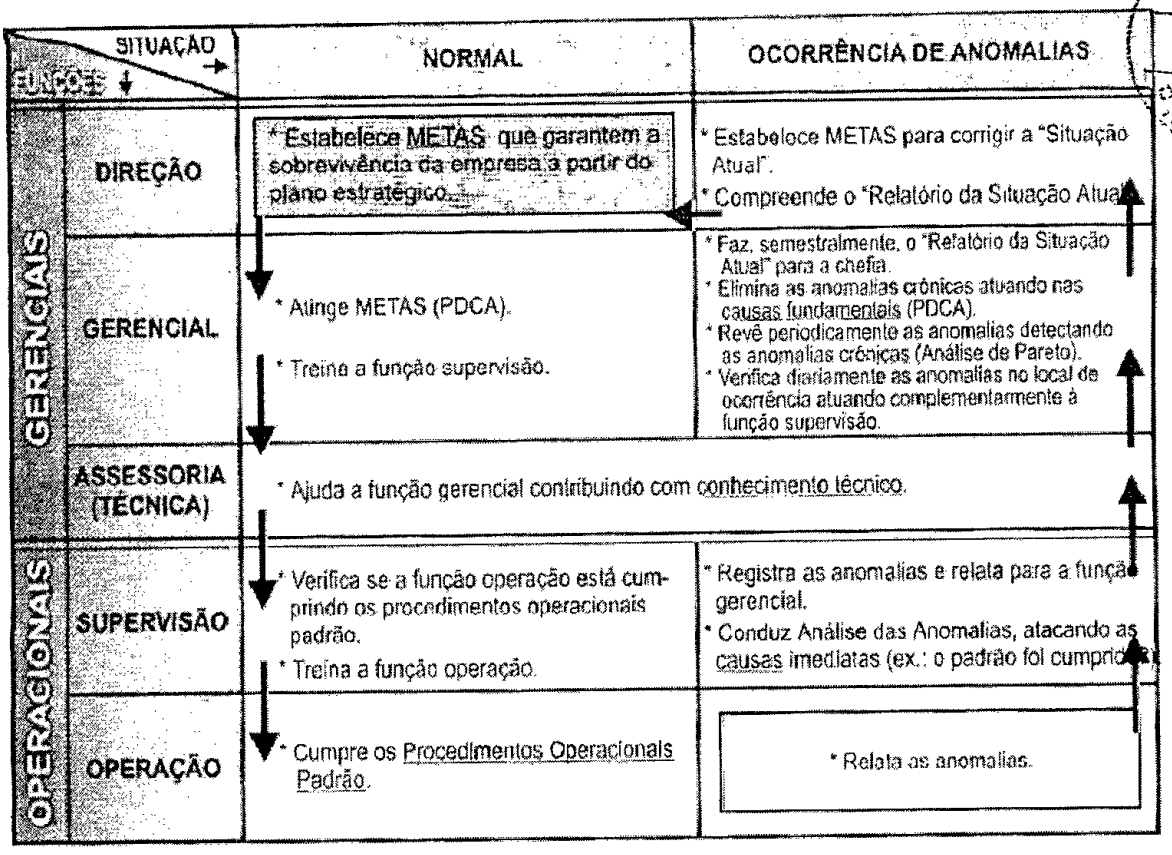
O gerenciamento pela qualidade é realizado pelo Controle da Qualidade Total (TQC), através do método do gerenciamento de processos denominado PDCA[1]. A figura abaixo demonstra o sistema de gestão para o atingimento de metas.

FIGURA 1: Sistema de Gestão para Atingir Metas



As funções gerenciais e operacionais dentro das empresas exercem atividades diferentes dentro do gerenciamento para a qualidade, conforme a figura a seguir:

FIGURA 2: Funções Gerenciais e Operacionais



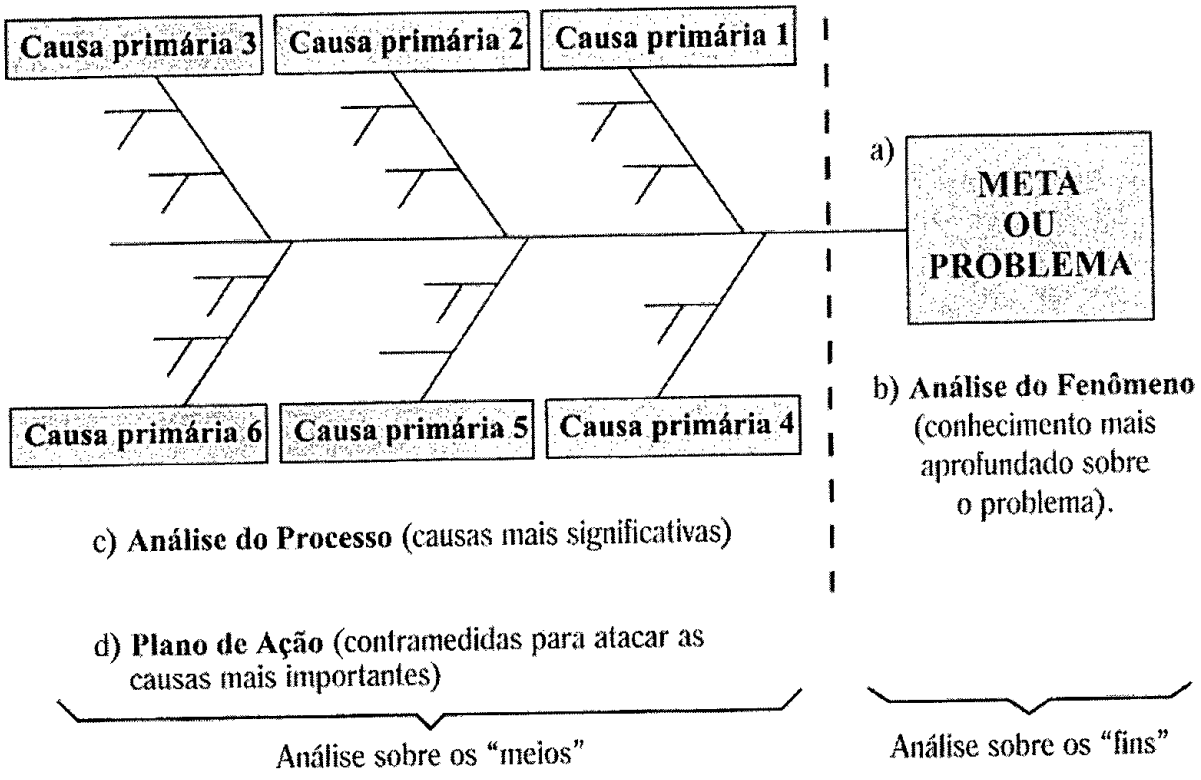
Pode-se observar, portanto, que as funções operacionais estão voltadas para manter, enquanto que as gerenciais estão voltadas para melhorar, ou seja, para verificar o cumprimento de padrões pelas funções operacionais.

3. CONTROLE DE PROCESSOS

SES 2414 FLS

O processo pode ser entendido como um conjunto de causas que provoca um ou mais efeitos. Quando alguma coisa acontece (resultado, fim, efeito), existe um conjunto de causas (meios) que podem ter influenciado esse acontecimento. Para que não se confundisse causas com efeitos durante o gerenciamento, os japoneses criaram o "diagrama de causa e efeito", que é comumente chamado de "diagrama de espinha de peixe" ou "diagrama de Ishikawa", conforme a figura a seguir:

FIGURA 3: Diagrama de Ishikawa



Uma empresa é um processo e dentro dela estão vários outros processos menores, os quais compõem o fluxo de produção dos bens ou de fornecimento dos serviços.

O primeiro passo para o controle dos processos consiste em identificar os clientes de determinado processo que devem ter suas necessidades atendidas. Muitas vezes esses clientes são os próprios colegas de trabalho, ou seja, clientes internos, fato que não torna menos importante o cuidado com a sua satisfação. Após essa identificação, devem ser estabelecidas as

Cap047

características de qualidade do produto que irão satisfazer o cliente e que devem ser transformadas em grandezas mensuráveis, denominadas itens de controle.

2475
FLS.
RUBRICA

Itens de controle são características mensuráveis por meio das quais um processo é gerenciado. Esse índice mede a qualidade intrínseca, o custo, a entrega, a segurança do serviço que será ofertado ao cliente e o moral das pessoas que trabalham em seu processo de fabricação. Tem-se, assim, que um processo é gerenciado pelos seus itens de controle, os quais são acompanhados periodicamente para que seja possível a identificação de problemas e sua respectiva remoção.

Para a Qualidade Total, qualquer problema representa um resultado indesejável de um processo, ou seja, um item de controle que não atingiu o esperado. O único critério para a existência de um problema é a insatisfação do responsável pelo controle do processo com os resultados obtidos em seu item de controle. Desse modo, observa-se que, nos dias de hoje, o bom gerente não é mais aquele que não possui problemas por estar acomodado, mas sim aquele que identifica seus problemas e procura melhorar os resultados de seus processos.

Controlar um processo é saber identificar um problema, analisar o processo, padronizá-lo e estabelecer itens de controle para que o problema nunca mais volte a ocorrer. O ato de padronizar e estabelecer itens de controle após a análise dos processos constitui-se em um re-planejamento do processo.

Existe, além do lado técnico acima descrito, o lado humano do controle de um processo. Os japoneses tomam como princípio a visão de que o homem possui uma natureza boa. Portanto, quando um problema ocorre, não existe um culpado e sim causas que devem ser investigadas por todos.

O primeiro passo na implantação da Gestão da Qualidade é a implantação do Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-Dia. (GRD)

000043

SEP 2976 FLS

4. O GERENCIAMENTO DA ROTINA DO TRABALHO

O Gerenciamento da Rotina é um conjunto de ações e verificações diárias conduzidas para que cada pessoa assuma as responsabilidades no cumprimento de suas obrigações. Esse gerenciamento está intimamente relacionado com o Gerenciamento pelas Diretrizes, constituindo parte dele.

A condução do gerenciamento da rotina diária se dá de modo a proporcionar a melhoria contínua da organização, colocando em prática as operações de manutenção e melhoria. O gerenciamento da rotina é centrado nos seguintes aspectos:

- Delimitação completa da autoridade e responsabilidade de cada pessoa;
- Bom ambiente de trabalho e máxima utilização do potencial mental das pessoas;
- Padronização dos processos e do trabalho;
- Monitoração dos resultados desses processos e comparação com as metas;
- Ação corretiva no processo a partir dos desvios encontrados nos resultados, quando comparados com as metas.

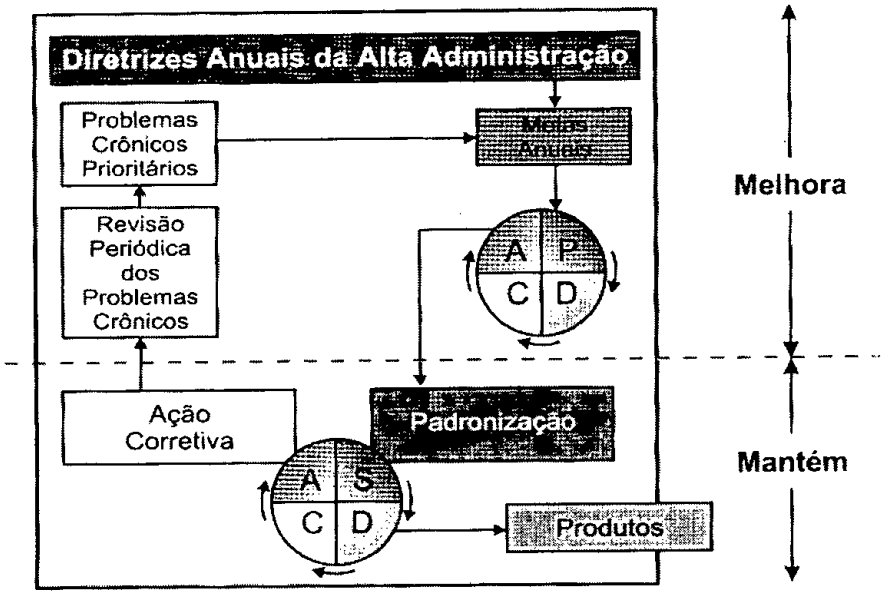
O Gerenciamento da Rotina é a base da administração da empresa, devendo ser conduzido de forma cuidadosa e com a máxima dedicação, prioridade, autonomia e responsabilidade. Espera-se, com o estabelecimento desse gerenciamento, a transformação da Unidade Gerencial Básica (UGB) em micro empresa, onde o presidente é o responsável pelo departamento ou seção.

Para que a Gestão por Resultados seja praticada da melhor forma possível, cada pessoa da organização, do presidente ao operador, deve se envolver individualmente no gerenciamento da rotina da empresa. A função de cada um define seus processos e, para tanto, a definição de tal função deve ser feita de maneira a delimitar a área de autoridade e de responsabilidade.

O Gerenciamento da Rotina tem dois focos principais: a manutenção dos resultados ou melhoramento destes, conforme figura a seguir:

100049

FIGURA 4 : PDCA Aplicado com os Objetivos de Manter e Melhorar



4.1 Os Ciclos PDCA e SDCA para o Controle dos Processos

O controle de processos é constituído de três ações fundamentais que são: o planejamento, levantando-se as metas e os métodos, a manutenção do nível de controle e a alteração das diretrizes de controle, ou seja, a inserção de melhorias.

O ciclo PDCA constitui-se num método gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência da organização. É um método de gestão que representa o caminho a ser seguido para que as metas estabelecidas sejam alcançadas.

Os termos desse ciclo significam:

P: Plan (planejar) – consiste em estabelecer as metas e os métodos para o alcance dessas metas;

D: Do (executar) – consiste em executar as tarefas exatamente como foi previsto na fase de planejamento e coletar dados para serem utilizados na próxima etapa de verificação do processo. É na etapa de execução que faz-se necessário o treinamento e educação no trabalho realizado;

C: Check (verificação) – consiste em comparar os resultados alcançados com a meta planejada, tendo como instrumento os dados coletados na etapa anterior;

A: Action (atuação corretiva) – consiste na atuação no processo em decorrência dos resultados obtidos. Caso a meta tenha sido atingida, deve-se adotar como padrão o plano proposto. Caso a meta não tenha sido alcançada, deve-se agir sobre as causas que determinaram esse não atingimento.

Para o melhor entendimento do ciclo PDCA no controle da qualidade total é importante clarificar a existência de dois tipos de metas, que são as metas para manter resultados e metas para melhorar resultados.

As metas para manter são denominadas metas padrão. Essas metas constam de uma faixa aceitável de valores para o item de controle, representando especificações de produto provenientes dos clientes internos e externos da empresa.

As metas para melhorar surgem da insatisfação de clientes que sempre procuram melhores produtos, a custos menores e com entrega cada vez mais precisa. O surgimento de concorrentes e de novas tecnologias também levam à necessidade de estabelecimento de metas de melhorias. Para o alcance dessas metas faz-se necessária a modificação da forma que está sendo trabalhada.

Pode-se observar, então, que ambas as metas provêm do mercado, resultando do desejo dos clientes que querem um produto ou serviço consistente e que também desejam produtos cada vez melhores.

As metas para manter são atingidas por meio de processos padronizados. Como o plano que permite o alcance da meta padrão é o Procedimento Operacional Padrão, o ciclo PDCA pode ser denominado de SDCA.

Os termos desse ciclo significam:

S: Standard (padrão) – consiste no estabelecimento dos itens de controle a serem acompanhados, de sua faixa-padrão aceitável e na definição dos procedimentos operacionais padrão. A meta padrão significa o resultado que se deseja alcançar com o desenvolvimento de um processo, e o

procedimento operacional padrão é o planejamento do trabalho repetitivo que deve ser executado para o alcance da meta padrão.

2479
FLS.

D: Do (fazer) – consiste:

- No treinamento no trabalho, onde cada pessoa deve ser bem treinada para executar as tarefas que são realizadas diariamente, de modo a alcançar a perfeição no que está sendo feito. Esse treinamento deve ser baseado nos procedimentos operacionais padrão;
- Na supervisão, onde cada chefia deve verificar se os procedimentos estão sendo cumpridos pelos seus subordinados; e
- Na auditoria, onde é obtida a certeza de que os procedimentos padrões estão sendo cumpridos pela análise das auditorias regulares.

C: Check (verificação) – consiste no monitoramento da meta. A verificação deve ser feita nos fins e não nos meios.

A: Action (ação corretiva) – no caso da meta padrão não ter sido atingida, devem ser tomadas medidas corretivas, de acordo com o relato da anomalia, a remoção do sintoma, a análise da anomalia e revisão diária.

00052

SES 248 FLS

5. ESTABELECIMENTO DE ITENS DE CONTROLE (INDICADORES)

Todos os cargos de níveis gerenciais da organização deverão possuir itens de controle de forma a monitorarmos os "resultados esperados" de todo Hospital Geral de Goiás. As dimensões de qualidade, custo, entrega, moral e segurança serão observadas em todos os negócios pertinentes.

Estes itens de controle serão chamados de indicadores e o conjunto dos mesmos será chamado de Painel de Resultados.

As metas serão construídas com o grupo de gestores baseados no desempenho atual da unidade, na literatura indicativa atual e novo resultado esperado.

5.1 INDICADORES DE DIRETORIAS

5.1.1.DIRETORIA GERAL

- *Qualidade*
  - *Índice de Satisfação do Usuário*
  - ***Taxa de Ocupação por Unidade de Internação***
  - ***Média de Permanência por Unidade de Internação***
  - ***Número de cirurgias realizadas por especialidade***
  - ***Taxa de Infecção Hospitalar por tipologia e clínica***
  - ***Taxa de Uso de sala cirúrgica***
  - ***Cirurgias suspensas por especialidade e motivo***
  - *Aprazamento de Consultas*
  - *Aprazamento de Exames*
  - *Índice de espera no atendimento*
  - *Índice de desvios de Emissão de Resultados de Diagnóstico*
  - *Índice de Longa Permanência*
  - *Estudos Científicos Aplicados - Publicações*
  - *Efetividade das Pesquisas Desenvolvidas*
  - *Reclamação de Internamento*

- *Custo*
  - *Taxa de ocupação Hospitalar*
  - *Receitas Operacionais*

0053

- *Despesas Operacionais*
- *Resultado Financeiro*
- *Rentabilidade Geral*
- *% de Residentes Contratados*



- *Entrega*
  - *Índice de Exames/laudos emitidos no prazo*
  - *Obrigações Financeiras cumpridas no prazo*
  - *% da população atendida*

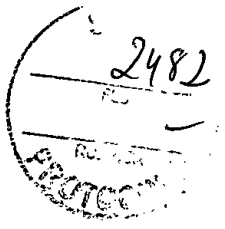
- *Moral*
  - *Índice de Turnover*
  - *Índice de Rotatividade*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Títulos Protestados*
  - *% da população foco atendida*

- *Segurança*
  - *Acidentes com afastamento*
  - *Acidentes sem afastamento*
  - *Notificações de Órgãos externos*

5.1.2 DIRETORIA CLÍNICA

- *Qualidade*
  - *Índice de satisfação do Usuário*
  - ***Taxa de Ocupação por Unidade de Internação***
  - ***Média de Permanência por Unidade de Internação***
  - ***Número de cirurgias realizadas por especialidade***
  - ***Taxa de Infecção Hospitalar por tipologia e clínica***
  - ***Taxa de Uso de sala cirúrgica***
  - ***Índice de cirurgias suspensas por especialidade e motivo***
  - *Índice de Absenteísmo Médico*
  - *Índice de Absenteísmo do Paciente*

300054



- *Aprazamento de Consultas*
- *Aprazamento de Exames*
- *Índice de espera no atendimento*
- *Índice de desvios de Emissão de Resultados de Diagnóstico*
- *Reclamação de Internamento*
- *Índice de Longa Permanência*
- *Índice de Revisão de Laudos*

- *Custo*
  - *Índice de Produtividade de Consultas (consultas/hora)*
  - *Índice de abstenção médica em plantões*
  - *Absenteísmo médico em consultas*
  - *Índice de Cirurgias pendentes*
  - *Índice de glosas de prontuários*

- *Entrega*
  - *Índice de Exames/laudos emitidos no prazo*
  - *Documentos entregues no prazo para o financeiro*
  - *% da população atendida*

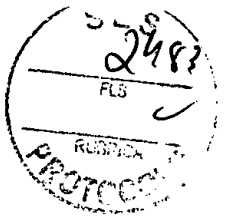
- *Moral*
  - *Índice de Rotatividade*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de Conformidade no controle da qualidade (exames)*

5.1.3 DIRETORIA TÉCNICA

- *Qualidade*
  - *Índice de satisfação do usuário*
  - *Índice de Absenteísmo Médico*
  - *Índice de Absenteísmo do Paciente*

- *Aprazamento de Consultas*
- *Índice de Espera no atendimento*
- *Quantidade de especialidades ativas*
- *Taxa de evolução do paciente*



- *Custo*
  - *Índice de Produtividade de Consultas (consultas/hora)*
  - *Absenteísmo médico em consultas*
  - *Sinistralidade do paciente em acompanhamento*

- *Entrega*
  - *Taxa de identificação no grupo de risco*
  - *Índice de beneficiários atendidos*

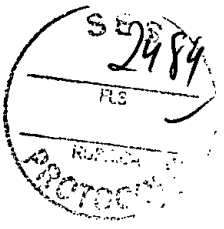
- *Moral*
  - *Índice de Rotatividade*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

5.1.4 DIRETORIA ADMINISTRATIVO - FINANCEIRA

- *Qualidade*
  - *Cumprimento do Orçamento Geral*
  - *Conformidade Fiscal*
  - *Eficiência do Processo de Pagamentos - Impostos*
  - *Eficiência do Processo de Pagamentos – Obrigações em Geral*
  - *Patrimônio em Dia*
  - *Qualidade dos produtos adquiridos*

- *Custo*
  - *Títulos Protestados*
  - *Economia nos Processos de Aquisição*
  - *Nível de Estocagem de materiais e medicamentos*
  - *Índice de glosas*

- *Entrega*
  - *Cumprimento de prazos de entregas de Materiais Hospitalares*
  - *Cumprimento de prazos de entregas de materiais diversos*



- *Moral*
  - *Índice de Turnover*
  - *Índice de Rotatividade*
  - *Benefícios entregues no prazo*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Tempo médio de recrutamento e seleção*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Acidentes com e sem afastamento*
  - *% de cumprimento ao PPRA*
  - *% de cumprimento ao PCMSO*

5.2 INDICADORES DE ASSESSORIA

5.2.1 OUVIDORIA

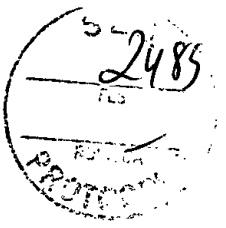
- *Qualidade*
  - *Índice de satisfação do usuário*
  - *Qualidade das informações*

- *Entrega*
  - *Índice de resposta a solicitações no prazo – 5 dias*
  - *Quantidade de ações implementadas*

5.2.2 ESCRITÓRIO DA QUALIDADE E GESTÃO

- *Qualidade*

- *Índice de Aderência ao Sistema de Gestão*
- *Índice de indicadores dentro da meta*
- *Planos de Ações Elaborados*



- *Custo*
  - *Índice de ganho do negócio (gestão por resultados)*

- *Entrega*
  - *Relatórios / painéis emitidos no prazo*
  - *Índice de Ações implementadas (Planos de Ação)*

- *Moral*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

5.2.3 ASSESSORIA JURÍDICA

- *Qualidade*
  - *Acompanhamento de Liminares*
  - *Análise e elaboração de contratos / Emissão de Pareceres Jurídicos*
  - *Controle do Crescimento da Carteira de Processos Judiciais (Quantidade)*
  - *Índice de acordos em processos judiciais e administrativos*

- *Custo*
  - *Controle de Despesas Judiciais*
  - *Controle e resgate de bloqueios judiciais*
  - *Índice de Crescimento do Passivo Judicial (R$)*
  - *Índice de economia financeira nos processos judiciais encerrados*

- *Entrega*
  - *Cumprimento da pauta de audiências judiciais e administrativas*
  - *Respostas, Defesas e Recursos Elaborados no Prazo*

5.2.4 COMISSÕES

- *Qualidade*
  - *Índice de ações implantadas, provenientes das comissões*
  - *Índice de elaboração das ATAS e Comissão*
  - *Índice de arquivamento das ATAS de Comissão*



- *Entrega*
  - *Cumprimento do calendário de reuniões de comissões*

5.2.5 ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

- *Qualidade*
  - *Índice de satisfação do usuário*
  - *Quantidade de parceiros da comunidade local*
  - *Quantidade de Matérias Publicadas*
  - *Crises Gerenciadas*

- *Custo*
  - *Cumprimento do orçamento de mídia*

- *Entrega*
  - *Índice de cumprimento do calendário de eventos (internos e externos)*
  - *Índice de lançamento de matérias internas (endomarketing) no prazo*

5.2.6 COORDENADORIA DE ENSINO E PESQUISA

- *Qualidade*
  - *Estudos Científicos Aplicados - Publicações*
  - *Efetividade das Pesquisas Desenvolvidas*
  - *Índice de retorno dos programas em desenvolvimento (ROI – retorno sobre o investimento)*
  - *% de vagas de residência preenchidas*
  - ***Quantidade de horas de capacitação para residentes***

- *Custo*
  - *Absenteísmo de residentes*

- *Entrega*
  - *Cumprimento do Plano de Desenvolvimento de Pesquisas*



5.3 INDICADORES DE GESTÃO

5.3.1 CLÍNICA MÉDICA

- *Qualidade*
  - *Aprazamento de Consultas*
  - *Índice de Espera no atendimento*
  - *Índice de absenteísmo do cliente*

- *Custo*
  - *Índice de Produtividade de Consultas (consultas/hora)*
  - *Índice de abstenção médica em plantões*
  - *Absenteísmo médico em consultas*
  - *Índice de glosas de prontuários*

- *Entrega*
  - *Documentos entregues no prazo para o financeiro*
  - *% da população atendida*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*

5.3.2 CLÍNICA CIRÚRGICA

- *Qualidade*
  - ***Índice de cirurgias suspensas por especialidade e motivo***
  - *Reclamação de Internamento*
  - *Tempo médio de permanência de internação*
  - *Índice de Longa Permanência*

- *Custo*
  - *Índice de abstenção médica em plantões*
  - *Índice de Cirurgias pendentes*
  - *Índice de glosas de prontuários*

- *Entrega*
  - *Documentos entregues no prazo para o financeiro*
  - *% da população atendida*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*

5.3.3 U.T.I

- *Qualidade*
  - *Reclamação de Internamento*
  - *Tempo médio de permanência de internação*
  - *Índice de Longa Permanência*

- *Custo*
  - *Índice de abstenção médica em plantões*
  - *Índice de glosas de prontuários*



- *Entrega*
  - *Documentos entregues no prazo para o financeiro*
  - *% da população atendida*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*

5.3.4 HEMODIÁLISE

- *Qualidade*
  - *% de pacientes com fistulas arteriovenosa*
  - *Cumprimento do plano de hemodiálise semanal por paciente*

- *Custo*
  - *Taxa média de ocupação*
  - *Índice de reutilização de capilar*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*

5.3.5 DIÁLISE

- *Qualidade*
  - *% de pacientes com fistulas arteriovenosa*
  - *Cumprimento do plano de hemodiálise semanal por paciente*



- *Custo*
  - *Taxa média de ocupação*
  - *Índice de reutilização de capilar*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*

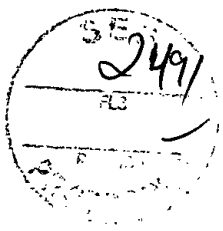
5.3.6 CENTRO CIRÚRGICO

- *Qualidade*
  - ***Índice de cirurgias suspensas por especialidade e motivo***
  - *Índice de Infecção de Sítio Cirúrgico*
  - *Índice de injúrias por cateter, sonda e cânula*
  - *Índice de queda de pacientes*

- *Custo*
  - *Índice de abstenção médica*
  - *Índice de Cirurgias pendentes*
  - *Índice de glosas de prontuários*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*



5.3.7 AMBULATÓRIOS

- *Qualidade*
  - ***Número de atendimentos ambulatoriais por especialidade***
  - *Índice de absenteísmo do paciente*
  - *Índice de cancelamento de consultas*
  - *Tempo de espera para consulta*
  - *Aprazamento de consulta*

- *Custo*
  - *Índice de redução de custos ambulatoriais*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*

5.3.8 BUCOMAXILO FACIAL - ODONTOLOGIA

- *Qualidade*
  - ***Índice de cirurgias suspensas por especialidade e motivo***
  - *Aprazamento de cirurgias*
  - *Índice de Infecção de Sítio Cirúrgico*
  - *Índice de injúrias por cateter, sonda e cânula*
  - *Índice de queda de pacientes*

- *Custo*
  - *Índice de abstenção médica*
  - *Índice de Cirurgias pendentes*
  - *Índice de glosas de prontuários*



- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Taxa de Infecção Hospitalar*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*

5.3.9 LABORATÓRIO

- *Qualidade*
  - *Aprazamento de Exames*
  - *Índice de espera no atendimento*
  - *Índice de desvios de Emissão de Resultados de Diagnóstico*

- *Custo*
  - *Número de exames por funcionários*
  - *Número de exames por paciente*

- *Entrega*
  - *Índice de Exames/laudos emitidos no prazo*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*

- *Índice de acidentes com per furo cortante*
- *Índice de Conformidade no controle da qualidade (exames)*



5.3.10 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

- *Qualidade*
  - *Aprazamento de Exames*
  - *Índice de espera no atendimento*
  - *Índice de revisão de laudos*

- *Custo*
  - *Custo médio por exame*
  - *Índice de ociosidade de equipamentos*

- *Entrega*
  - *Índice de Exames/laudos emitidos no prazo*

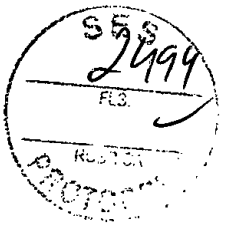
- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*
  - *Índice de Conformidade no controle da qualidade (exames)*

5.3.11 ENFERMAGEM

- *Qualidade*
  - ***Índice de cirurgias suspensas por especialidade e motivo***
  - *Índice de erro de administração de medicamentos*
  - *Índice de incidência de úlceras de pressão*
  - *Índice de infecção de sítio cirúrgico*
  - ***Índice de injúrias por cateter, sonda e cânula***
  - ***Índice de queda de pacientes***

- ***Índice de ocorrência de flebite***
- *Índice de paciente com queimaduras por iatrogenia*
- *Índice de reclamações de pacientes internados*



- *Custo*
  - *Perda de medicamentos*

- *Entrega*
  - *Índice de prontuários entregues no prazo para o faturamento*
  - *Pontualidade na demanda dos leitos*
  - *Pontualidade nas medicações*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe de enfermagem*
  - *Treinamentos Realizados – Educação Continuada*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*
  - *Índice de Conformidade no controle da qualidade (exames)*

5.3.12 FARMÁCIA

- *Qualidade*
  - *Índice de itens inventariados*
  - ***Número de prescrições Avaliadas pelo Farmacêutico***

- *Custo*
  - *Desvio do custo*
  - *Índice de perda de estoque*

- *Entrega*
  - *Contagem de estoque*

- *Moral*

- *Índice de Absenteísmo da equipe de enfermagem*

- *Segurança*
  - *Índice de acidentes com per furo cortante*
  - *Índice de Conformidade no controle da qualidade (exames)*



5.3.13 NUTRIÇÃO, SERVIÇO SOCIAL, PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, SAME E TERAPIA OCUPACIONAL

- *Qualidade*
  - *Aprazamento de consulta*
  - *Tempo de espera para consulta*
  - ***Número de ocorrências de Desnutrição Hospitalar***
  - ***No de atendimentos por motivo de encaminhamento e tipologia – Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia***

- *Custo*
  - *Valor por consulta*
  - *Absenteísmo médico*

- *Entrega*
  - *% de demanda atendida*
  - *Laudos e encaminhamentos no prazo*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

5.3.14 SAME (SERVIÇO DE ARQUIVAMENTO E ESTATÍSTICA MÉDICA)

- *Qualidade*
  - *Perda de prontuários – motivo qualidade de armazenamento*
  - *Perda de prontuários – outros motivos*
  - *Acuracidade de estoque*

5.3.15 ENGENHARIA CLÍNICA

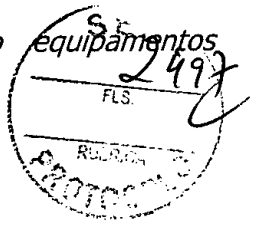


- *Qualidade*
  - *% de conformidade de calibração de equipamentos*
  - *Consultórios indisponíveis – motivo máquinas e equipamentos*
  - *Cancelamento de cirurgias – extra paciente*
- *Custo*
  - *Cumprimento do orçamento de manutenção e calibração de equipamentos*
  - *Custo por unidade recuperada*
- *Entrega*
  - *Cumprimento do plano de calibração*
  - *Cumprimento do plano de manutenção preventiva (equipamentos hospitalares)*
  - *Fechamento das ordens de manutenção corretiva*
- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*
- *Segurança*
  - *Acidentes com afastamento*
  - *Acidentes sem afastamento*

5.3.16 ENGENHARIA E MANUTENÇÃO

- *Qualidade*
  - *Cirurgias canceladas por Infra-estrutura*
  - *Consultórios indisponíveis*
  - *Dias-leito indisponível*
- *Custo*
  - *Cumprimento do orçamento de manutenção*
  - *Custo por unidade recuperada*

- *Entrega*
  - *Cumprimento do plano de manutenção preventiva (exceto equipamentos hospitalares)*
  - *Cumprimento do plano de manutenção predial*
  - *Fechamento das ordens de manutenção corretiva*



- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Acidentes com afastamento*
  - *Acidentes sem afastamento*

5.3.17 HOTELARIA

- *Qualidade*
  - *Disponibilidade de leitos*
  - *Índice de satisfação do paciente com os serviços de hotelaria*
  - *Tempo médio de limpeza concorrente nos leitos de internação*

- *Custo*
  - *Índice de evasão de enxoval de hotelaria*

- *Entrega*
  - *Tempo médio de atendimento as solicitações do paciente*
  - *Tempo médio de liberação de leitos em manutenção*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *Acidentes com per furo cortante*



5.3.18 COMPRAS

- *Qualidade*
  - *Índice de conformidade de cotações*
  - *Índice de qualidade de produtos e serviços adquiridos*
  - *Cadastro atualizado de fornecedores*

- *Custo*
  - *Cumprimento do Orçamento de Compras*
  - *Economia nos processos de aquisição*
  - *Índice de diferença de estoques*
  - *Nível de estocagem*
  - *Produtividade em compras*

- *Entrega*
  - *Índice de atendimento as solicitações de compras no prazo*
  - *Cumprimento do prazo de entrega de medicamentos*
  - *Cumprimento do prazo de entrega – demais*

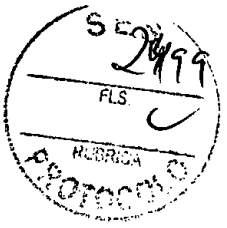
- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

5.3.19 ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

- *Qualidade*
  - *Índice de transferência para o imobilizado*
  - *Acuracidade de estoque (física e quantidade)*

- *Custo*
  - *Giro de estoque*

- *Economia nos processos de aquisição*
- *Índice de diferença de estoques*
- *Nível de estocagem*



- *Entrega*
  - *Cumprimento do levantamento de inventáio*
  - *Tempo médio de entrega de material (re-suprimento)*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

5.3.20 FINANÇAS

- *Qualidade*
  - *Cumprimento do Orçamento Geral*
  - *Qualidade do Fechamento Mensal*

- *Custo*
  - *Títulos Protestados*
  - *Custo Bancário*
  - *Rentabilidade do portfólio financeiro*
  - *Retrabalhos em relatórios*

- *Entrega*
  - *Entrega de relatórios gerenciais no prazo*
  - *Eficiência do Processo de Pagamentos - Impostos*
  - *Eficiência do Processo de Pagamentos – Obrigações em Geral*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*

- *Treinamentos Realizados*
- *Oportunidades de melhorias implementadas*



5.3.21 CONTABILIDADE

- *Qualidade*
  - *Conformidade Fiscal*
  - *Qualidade do Fechamento Mensal*

- *Custo*
  - *Retrabalhos em relatórios*

- *Entrega*
  - *Entrega de relatórios gerenciais no prazo*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

5.3.22 ORÇAMENTOS E CUSTOS

- *Qualidade*
  - *Qualidade dos Orçamentos Gerados*
  - *Assertividade Orçamentária*
  - *Cumprimento do controle de custos por unidade*

- *Custo*
  - *Retrabalhos em relatórios*

- *Entrega*
  - *Orçamentos entregues no prazo*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*

- *Treinamentos Realizados*
- *Oportunidades de melhorias implementadas*



5.3.23 FATURAMENTO

- *Qualidade*
  - *Eficiência do faturamento (integralidade)*
  - *Quantidade de recebidos realizados*

- *Custo*
  - *Índice de Glosas*
  - *Retrabalhos em relatórios*

- *Entrega*
  - *Recebimentos realizados no prazo*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

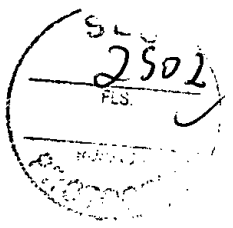
5.3.24 AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS

- *Qualidade*
  - *Índice de Glosas Mantidas*

- *Custo*
  - *Custo Hemodiálise per capita*
  - *Custo Diálise per capita*
  - *Índice de redução de custos ambulatoriais*

- *Entrega*
  - *Contas médicas analisadas e liberadas para pagamento*
  - *Adequação e Manutenção das Tabelas de Procedimentos no Prazo*

- *Moral*
  - *Índice de Absenteísmo da equipe*
  - *Treinamentos Realizados*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*



5.3.25 RECURSOS HUMANOS

- *Qualidade*
  - *Eficácia das ações de treinamento*
  - *Eficácia das ações – Educação continuada*
  - *% de colaboradores capacitados*
  - ***HHT (hora-homem treinamento)***

- *Custo*
  - *Custo de benefícios x colaborador*
  - *Folha de Pagamento*
  - *Horas extras*
  - *Contencioso jurídico trabalhista*

- *Entrega*
  - *Clima organizacional*
  - *Pagamento de benefícios no prazo*

- *Moral*
  - *Índice de Turnover*
  - *Índice de Rotatividade*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

- *Segurança*
  - *PCMSO atualizado*
  - *PPRA atualizado*
  - *Índice de cumprimento dos exames previstos no PCMSO e PPRA*
  - *Exames admissionais e demissionais*

5.3.26 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

- *Qualidade*
  - *Disponibilidade de servidores (softwares)*
  - *Disponibilidade de máquinas (hardware)*
  - *Inventário de Máquinas*



- *Custo*
  - *Manutenção de equipamentos de informárica*

- *Entrega*
  - *Tempo de atendimento a chamados de TI*

- *Moral*
  - *Índice de Rotatividade*
  - *Oportunidades de melhorias implementadas*

6. REMUNERAÇÃO VARIÁVEL SOBRE RESULTADOS

A escassez de profissionais no mercado de trabalho compromete cada vez mais a velocidade de crescimento das organizações. Vários setores já são afetados pela falta de mão-de-obra qualificada e engajada nos objetivos da empresa.

Os melhores profissionais não se sentem mais atraídos somente por estabilidade e bons salários, eles querem melhores benefícios e principalmente desafios podendo ser reconhecidos pelos resultados alcançados.

Empresas em todo o mundo estruturam programas de remuneração diferenciados para os seus executivos, de forma a gerar com eles um laço mais estreito.

Dentro deste contexto, sugerimos a implantação de remunerações variáveis, tratando de forma diferente as pessoas e os resultados diferentes.

Os cargos de gestão poderão ser remunerados com uma parcela variável sobre resultados (PRV) de acordo com os resultados obtidos.

Para esta metodologia sugerimos os seguintes critérios:

(1) Deverá ser separada para remuneração de PRV parcela correspondente a 1% dos ganhos realizados na melhoria da produtividade (aumento das consultas e diminuição do tempo de internação);

(a) Caso não ocorram ganhos no período, não haverá distribuição de PRV;

(2) Os valores poderão ser distribuídos na seguinte proporção:

(a) Diretoria geral: 10%

(b) Demais diretorias: 10%

(c) Gerencias: 40%

(d) Demais colaboradores: 40%

(3) Cada colaborador receberá a parcela de forma proporcional aos indicadores alcançados. Por exemplo: se for responsável por 10 indicadores e atingir a meta de 5 deles, receberá 50% do valor correspondente.

(4) Este valor será pago em 3 (três) parcelas de meses subseqüentes;

(a) Para prestadores de serviço (pessoa jurídica) deverá ser emitida nota fiscal específica;

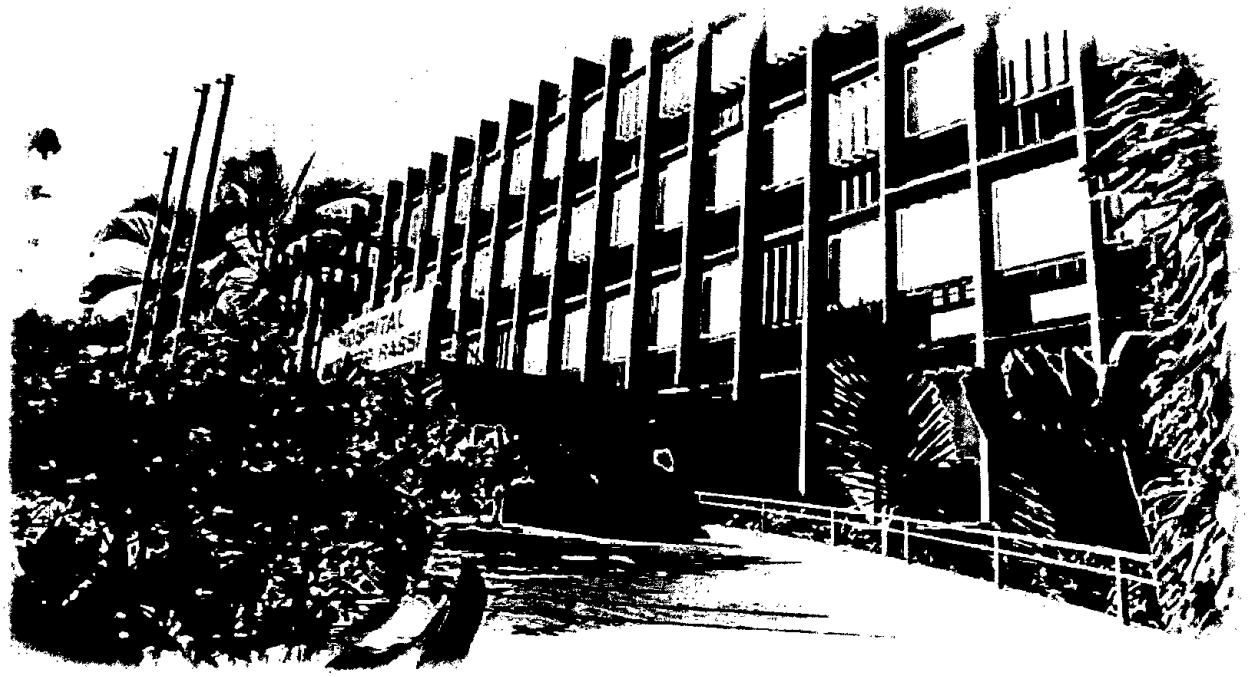
(b) Para demais colaboradores, os valores serão lançados na folha de pagamentos com os devidos encargos.

(5) Caso existam quaisquer fatos que desabonem os dados obtidos, a distribuição do variável será cancelada.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
2506
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR

APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA OBSERVADOS EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIOS, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

AMPLIAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DOS AMBULATÓRIOS

"Incremento acima de 20% acima da média anual"

2507
FLS.
RUBRICA

Estratégias:

- Padronizar o "quantum" de atendimentos nos Ambulatórios para cada 4h de trabalho por profissional
- Ampliar o horário de funcionamento dos Ambulatórios: de 7h as 17h, de segunda a sexta-feira, para 7 as 22h . Incremento de 5h a mais por ambulatório por dia de atendimento por profissional, ou seja, 16 consultas a mais por dia por profissional.

METAS PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL		
	Atualmente	**Proposta**
Número de atendimento por profissional por 4h de trabalho	Não há padrão	16 consultas por profissional em 4h de trabalho
Horário de funcionamento dos Ambulatórios	7 as 17, de segunda a sexta-feira	7 as 22h, de segunda a sexta-feira (5h a mais por dia em cada ambulatório)

000078

AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO EM INTERNAÇÃO

"Incremento de 15% acima das metas anuais"

SES 250 FLS

Estratégias:

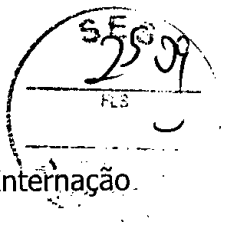
1 Ativação dos Leitos atualmente desativados: 42

ESPECIALIDADE	LEITOS ATIVOS	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS A ATIVAR
Hemodiálise	05 17	17	12
Transplante Renal	00	02	02
Leitos Ala 4	00	14	14
Semi-Intensivo	00	14	14

Total de leitos a serem ativados: 42

REDUÇÃO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA EM INTERNAÇÃO CLÍNICA

"Incremento de 10% acima da média anual"



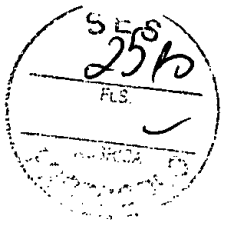
Estratégias:

- Definição de Plano Terapêutico por Hipótese Diagnóstica motivadora da Internação.
- Implementação de Protocolos Clínicos
- Implementação de Rotinas Padronizadas – Práticas Seguras, visando a alta do paciente no prazo planejado
- Redução do tempo de permanência de Internação em Clínica Médica – conforme diretrizes mundiais para Internação Clínica: de 8 dias para 6 dias

MÉDIA DE PERMANÊNCIA		
Clínica Médica	Média de Permanência Atual	Média de Permanência esperada
	8 dias	6 dias

REDUÇÃO DA TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM INTERNAÇÃO

"Incremento (redução) acima de 20% acima da média anual"



Estratégias:

- Reforçar a atuação do SCIH e CCIH no que concerne a educação continuada para a prevenção de infecções
- Rever as rotinas assistenciais com foco nos riscos de infecção hospitalar
- Implementação de Rotinas Padronizadas – Práticas Seguras, visando a não ocorrência de Infecções decorrentes da internação hospitalar, quer clínica quer cirúrgica
- Reduzir a taxa de infecção hospitalar de 6% para números inferiores a 4%, em conformidade com os níveis aceitáveis pelo Ministério da Saúde

TAXA DE INFECÇÃO		
Taxa de Infecção Hospitalar	Taxa atual	Taxa de Infecção máxima esperada
	6%	Abaixo de 4%

SES
251
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

AMPLIAÇÃO A CAPACIDADE INSTALADA DA UTI

"Incremento acima de 20% acima da média anual"

Estratégias:

- Ampliar a capacidade de atendimento da UTI
- Implantar mais 10 leitos e ativar 14 leitos da Semi-Intensiva
- Adequar equipe de trabalho em conformidade com a Legislação

AMPLIAÇÃO ATENDIMENTO NA UTI		
	Atualmente	**Proposta**
Capacidade Instalada Unidade Intensiva	10	20
Capacidade Instalada Semi Intensiva	00	14

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

2512
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

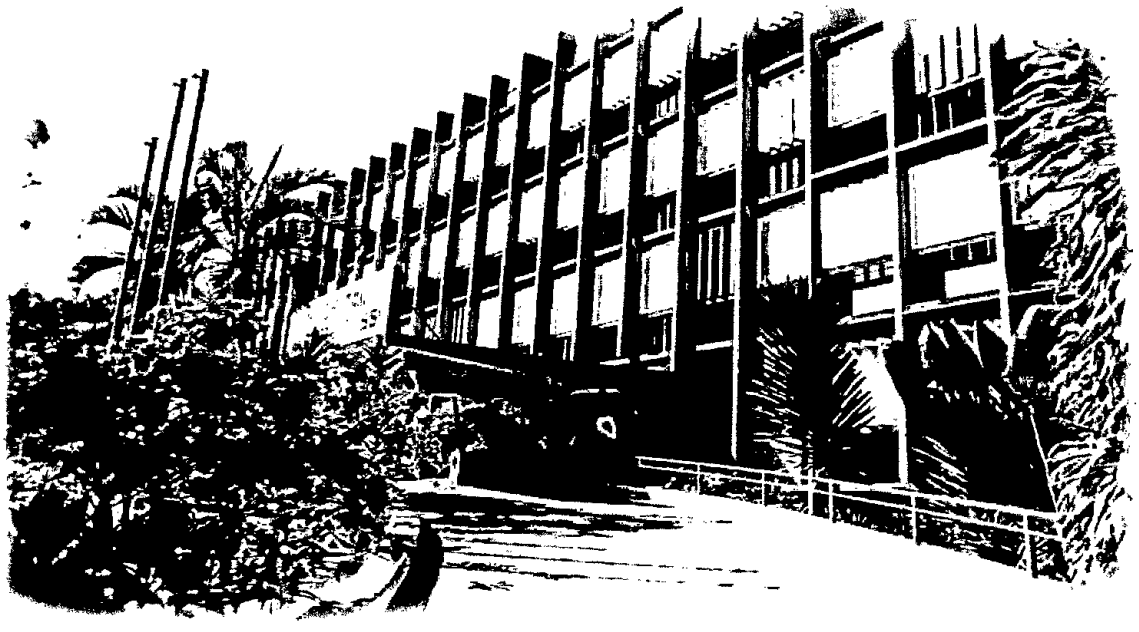
Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

2512
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Implantação de Logística de Suprimentos

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

000035

SUMÁRIO

S.E.S. 514 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Pág.

1 INTRODUÇÃO..... 04

2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS..... 05

3 OBJETIVOS

GERAL..... 06

ESPECÍFICOS 06

4 FUNÇÕES DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS 07

5 ETAPAS DA IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS 08

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA..... 11

000036

1 INTRODUÇÃO

2515 FLS

A Logística de Suprimento trata do processo de planejar, executar e controlar eficientemente:

- A aquisição dos materiais
- A movimentação e armazenagem dos materiais
- As informações relativas a estas atividades, desde o surgimento das necessidades dos clientes (consulta ao Catálogo de Materiais) até o atendimento destas necessidades, finalizando com o descarte do material requisitado, após sua utilização, a um custo mínimo.

Assim, esta proposta indica a implantação da logística de suprimentos no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG.

2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

251
FLS
RUBRICA

A origem da logística é militar. Foi desenvolvida visando colocar os recursos certos no local certo, na hora certa, com um só objetivo: vencer batalhas (MARTINS, 2000).

A logística é, ao mesmo tempo, uma das atividades econômicas mais antigas e um dos conceitos gerenciais mais modernos. Desde que o homem abandonou a economia extrativista, e deu inicio às atividades produtivas organizadas, com produção especializada e troca dos excedentes com outros produtores, surgiram três das mais importantes funções logística: estoque, armazenagem e transporte. A produção em excesso, ainda não consumida, vira estoque. Para garantir sua integridade, o estoque necessita de armazenagem. E para que a troca possa ser efetivada, é necessário transportá-lo do local de produção ao local de consumo. Portanto, a função logística é muito antiga, e seu surgimento se confunde com a origem da atividade econômica organizada.(FLEURY,2000).

Vivemos hoje a era da globalização. Com isso estamos observando a padronização dos conceitos e tendências que, discretamente adaptados aos regionalismos, permitem que obtenhamos uma grande redução nos custos de produção e manutenção dos produtos e serviços.

Todas as Organizações, públicas ou privadas, buscam a "diferenciação" nos serviços, seja no atendimento customizado ou na adequação do serviço à necessidade do cliente. Temos que surpreendê-los incessantemente. Com a difusão desse conceito, observamos uma padronização de comportamentos que estabelecem um novo paradigma de qualidade.

Com esse novo padrão de qualidade percebemos que a competição já não é mais baseada na empresa isolada, mas sim na sua cadeia de valor, onde dentro dela destacamos a cadeia de logística de suprimentos. Daí a relevância de uma gestão otimizada de em logística de suprimentos.

SES
2517
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Implantar processos logísticos eficientes e eficazes no HGG

3.2 ESPECÍFICOS

- Compreender a logística de suprimentos como área essencial da Unidade de Saúde
- Avaliar a atual estrutura de estoque, armazenagem e transporte de suprimentos no HGG
- Elaborar fluxos da logística de suprimento
- Definir indicadores de desempenho da logística de suprimentos

4 FUNÇÕES DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

2518
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Pesquisa do Catálogo de Materiais
- Composição dos itens de materiais do Catálogo
- Análise da necessidade de compra
- Iniciação e acompanhamento do processo de compra
- Recebimento dos materiais
- Conferência e inspeção dos materiais
- Estocagem e preservação dos materiais
- Requisição de material ao almoxarifado
- Fornecimento interno de material
- Utilização de material pelo usuário
- Devolução de materiais ao almoxarifado
- Descarte de material utilizado
- Gestão e controle dos processos de administração de materiais
- Gestão das informações

SEI 2519 FLS

5 ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

1. Realizar alinhamento de processos-chave do negócio
    - fluxos
    - serviços
    - informações
    - recursos
    - qualidade

2. Avaliar áreas de armazenamento
    - Dimensionamento e lay-out adequados

3. Realizar integração com Fornecedores
    - Avaliar fornecedores atuais
    - Selecionar fornecedores
    - Providenciar certificação dos fornecedores

4. Definir a política de suprimentos
    - Fluxo de solicitação e recebimento de insumos ao Almoxarifado
    - Prazo de entrega das solicitações
    - Forma de entrega

5. Realizar avaliação e controle de contratos com fornecedores

6. Definir a política de compras



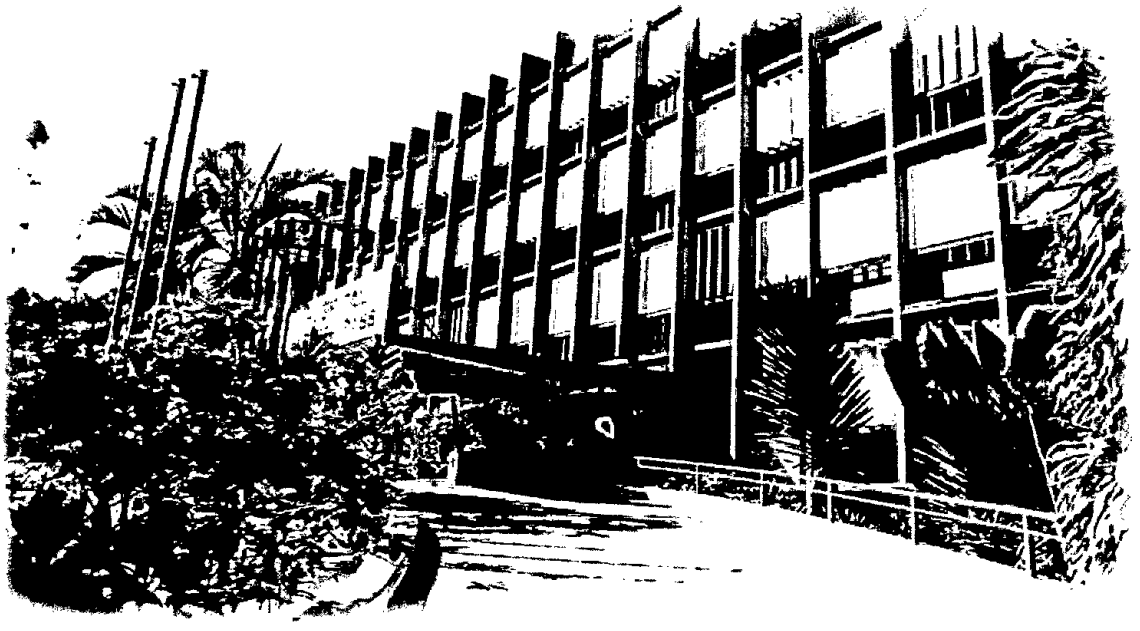
- Padronização de Materiais
- Padronização de medicamentos
- Períodos de realização de compras
- Fluxos de processos de compra
- Reposição periódica
- Estoque mínimo

7. Avaliar o sistema de informações
   - Cadastro de materiais
   - Cadastro de fornecedores
   - Controle de estoque

8. Definir Fluxos operacionais
   - Estruturar os produtos ou serviços que oferece de acordo com alguns ou todos os fluxos físicos a seguir:
     - ✓ Matérias-primas, do ponto de estocagem da fonte original até a entrega para o cliente.
     - ✓ Produtos semi-acabados, vindos de unidades próprias ou de fabricas ou armazéns dos fornecedores.
     - ✓ Ferramentas ou maquinas, de uma unidade de manufatura para outra.
     - ✓ Produtos acabados entre plantas, armazéns próprios, armazéns dos clientes, ou armazéns pertencentes a empresas de serviços logísticos.
     - ✓ Itens consumíveis e peças de reposição, de armazéns para veículos dos técnicos de reparos, ou para unidades dos clientes onde os equipamentos estão instalados.
     - ✓ Produtos e peças a serem reparados, da unidade do cliente para o local de reparo / recuperação.
     - ✓ Embalagens vazias retornadas, dos pontos de entrega para os pontos de carregamento.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DAS GESTÃO
PROPOSTA TÉCNICA

Política de Recursos Humanos a ser Implementada

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

Bibliografia consultada

2522

BALLOU, R. H. *Logística empresarial*. São Paulo: Atlas, 1993.

——. *Gerenciamento da cadeia de suprimentos*: planejamento, organização e logística empresarial. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Fleury, Paulo Fernando et al., Logística Empresarial: a perspectiva brasileira. São Paulo: Atlas, 2000. p. 371 – (Coleção COPPEAD de Administração)

Martins, Petrônio Garcia e Alt Paulo Renato Campos. Administração de Materiais e Recursos Patrimoniais. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 443

000033

- ✓ Produtos vendidos ou componentes devolvidos, dos pontos de entrega para o ponto inicial de armazenagem ou manufatura (fluxo reverso).
- ✓ Produtos usados / consumidos a serem reciclados, recauchutados, reutilizados ou postos à disposição (fluxo reverso).

2521
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 04

2. EXPOXIÇÃO DE MOTIVOS 04

3. OBJETIVOS 05

3.1 GERAL 05

3.2 ESPECÍFICOS 05

4. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO 06

5. PROGRAMA DE AMBIENTAÇÃO 06

6. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO 07

7. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO 08

8. BENEFICIOS 10

9. MEDICINA E SEGURANÇA NO TRABALHO 10

10. ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS E SALÁRIOS E REMUNERAÇÃO 11

1. INTRODUÇÃO

A Administração de Pessoas tem sofrido grandes transformações nos últimos tempos. Vindo de uma administração que tinha como objetivos rotinas de legislação trabalhista, como folha de pagamento, benefícios, e demais tarefas do departamento pessoal e até mesmo controle sobre os recursos humanos da empresa, e passando para uma administração mais humana, que além de manter suas rotinas de departamento pessoal, imprescindível para a organização e os próprios funcionários, cuida do desenvolvimento, do crescimento, do reconhecimento e envolvimento do funcionário com os objetivos organizacionais e com os seus próprios objetivos.

Diante disso, este documento norteia o processo para implantação da Política de Recursos Humanos do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG.

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

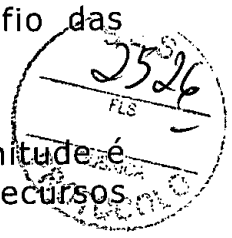
A Administração de Pessoas é uma área bastante abrangente na vida das organizações e das pessoas que nela trabalham. Até mesmo para aquelas que trabalham em setores diversos ao das Relações Humanas, isto porque a administração de pessoas envolve uma série de fatores intrínsecos a todas as áreas da organização, onde existem pessoas, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, clima organizacional. Pois todos nós trabalhamos com pessoas e para pessoas, e necessitamos nos adaptar a elas e aos seus objetivos, sem contudo perder as nossas próprias expectativas.

Garantir a competitividade, enquanto sobrevivência no mercado em que atuam, é o maior desafio da atualidade das organizações, tendo em vista a crescente complexidade do ambiente externo traduzida sob a forma de mudanças na geo-política e na economia mundial, na corrida tecnológica e na definição de novos perfis de consumidores de bens e serviços.

Hoje os desafios são tantos, que as empresas não podem lançar mão de decisões e políticas isoladas como respostas. Em função disto, passam a buscar os caminhos que levam à compreensão holística da empresa como um conjunto de processos inter-relacionados que transformam recursos em produtos e serviços adequados aos clientes em termos de antecipação e satisfação de suas necessidades e expectativas.

Assim os recursos humanos que integram as organizações vêm sendo considerado um fator estratégico para a permanência da empresa no

mercado. Diante do novo contexto empresarial, em que as pessoas são o foco principal na criação de vantagem competitiva, o novo desafio das organizações gira em torno de como motivar e reter seus talentos.



Para que os objetivos da Instituição sejam alcançados na sua plenitude é necessário estabelecer uma competente e eficaz política de Recursos Humanos.

A proposta para uma política de recursos humanos deve ser pautada na modernização e melhoria da base organizacional do sistema de recursos humanos, bem como adotar os princípios da educação continuada nos programas de capacitação e qualificação dos colaboradores; recompor e manter o quadro de pessoal em adequadas condições de formação e atualização profissional, como suporte essencial aos objetivos de melhoria continua da vida e, melhorar e modernizar as condições de trabalho.

A política de Recursos Humanos tem como objetivo maior ser parceiro estratégico alinhando as ações desenvolvidas com os objetivos organizacionais. É caracterizada como um conjunto de princípios e regras, que orientam as decisões e conduzem as diferentes atividades da empresa. Para isso é necessário considerar os diversos subsistemas, que em articulação, permitem o desempenho eficiente do pessoal, ao mesmo tempo em que a organização representa o meio que permite às pessoas, que com ela colaboram, alcançar os objetivos individuais relacionados direta ou indiretamente com o trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar Política de Recursos Humanos no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

3.2 ESPECÍFICOS

- Atrair e reter talentos com programas de reconhecimento e valorização interna promovendo a satisfação pessoal e profissional.
- Apoiar e facilitar os processos de mudança organizacional e de gestão de pessoas otimizando o crescimento organizacional.
- Ser o principal aliado da equipe gerencial orientando, desenvolvendo e acompanhando os processos de gestão de pessoas sempre com o foco no direcionamento estratégico corporativo.
- Investir na educação e no treinamento dos colaboradores, preparando-os para o alcance efetivo dos resultados organizacionais, buscando construir uma instituição de alta performance e socialmente responsável.

- Garantir condições adequadas de saúde e segurança dos colaboradores visando o seu bem estar pessoal e profissional.



4. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

A contratação de novos funcionários é uma das estratégias principais para atingir o perfil ideal, quantitativo e qualitativo, de profissionais para as empresa. Por este motivo, tal processo deve ser realizado de forma muito precisa.

Os insumos básicos para a política de recrutamento e seleção devem ser as competências desejadas para o desempenho dos diversos processos de trabalho, de acordo com as funções que deverão ser desempenhadas pela organização nos próximos anos. Também devem ser utilizadas para a definição desta política as necessidades quantitativas de pessoal para os diversos cargos, que podem ser detectadas pela comparação entre o quadro atual da força de trabalho e o necessário para a realização desses processos de trabalho. Tais insumos contribuirão para que sejam definidos o cronograma, o quantitativo de vagas, os cargos ofertados, as competências requeridas, o regime e a jornada de trabalho desejado.

A área responsável pela gestão de recursos humanos deve desenhar estratégias de recrutamento e seleção que garantam a oferta rápida e contínua de colaboradores competentes e qualificados, de acordo com o perfil necessário, bem como uma alocação eficiente para eles. Para tanto, o recrutamento de pessoal deve ocorrer de forma regular e escalonada, de modo a suprir as necessidades detectadas no planejamento, sem pressionar fortemente o orçamento.

A empresa adota um processo permanente e pró-ativo de atração e seleção de profissionais estabelecendo as melhores práticas de análise na identificação das competências compatíveis com os desafios organizacionais.

Todos os cargos têm um perfil definido pelos gestores, onde são ressaltadas as competências essenciais e funcionais. O recrutamento interno ou externo deve respeitar esse perfil, principalmente no que refere às competências essenciais da empresa.

5. PROGRAMA DE AMBIENTAÇÃO

A proposta do programa é promover um processo de integração para cada colaborador recém- admitido fazendo com que ele se sinta parte integrante da empresa, onde serão evidenciados os seguintes aspectos:culturais, normas, regulamentos, direitos e deveres, ética

profissional,código de conduta, bem como a legislação de segurança e saúde do trabalhador.



6. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

O capital humano é a principal fonte para o crescimento organizacional. O talento individual e o trabalho em equipe constituem um grande desafio, sendo de responsabilidade de todos, gestores e colaboradores, atuando no sentido de se autodesenvolver para assegurar a competitividade organizacional.

Portanto, para estimular o desenvolvimento e o aperfeiçoamento profissional dos colaboradores a área de Recursos Humanos elabora um Plano de Educação Continuada, tendo como fundamento a avaliação de desempenho, onde são evidenciadas as deficiências técnicas e comportamentais de cada profissional.

Investimos em educação, formação e desenvolvimento das pessoas, sempre com o foco no objetivo permanente da sua qualificação e preparo para o enfrentamento de novos e maiores desafios. A busca incessante por maiores e melhores resultados pressupõe que as pessoas trabalhem de forma harmoniosa, felizes, motivadas, e sempre compreendendo que o seu crescimento virá naturalmente com o crescimento da empresa. O processo de Educação, Treinamento e Desenvolvimento se subdivide em:

Treinamentos técnicos – são aqueles voltados para capacitação dos colaboradores tendo como objetivo desenvolver habilidades específicas, técnicas e gerais. São desenvolvidos treinamentos de atendimento, higiene pessoal, segurança e medicina do trabalhador, informática, primeiros-socorros, parada cardio-respiratória, administração de medicamentos, efeito farmacológico das medicações, primeiros socorros, esterilização, curativos.

Treinamentos comportamentais – visam atender às necessidades de atualização e desenvolvimento das competências essenciais, identificadas e alinhadas a partir do direcionamento estratégico da organização. São desenvolvidos treinamentos de relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, motivação, marketing pessoal, ética, liderança, etiqueta corporativa.

Programa de desenvolvimento gerencial - visa atender as necessidades de desenvolvimento das competências para o melhor desempenho das atividades gerenciais.

Destacam-se como seus principais objetivos:



- Promover a constante disseminação dos valores organizacionais;
- Desenvolver uma cultura voltada à gestão de pessoas aliada à excelência dos serviços e ao foco nos resultados;
- Garantir o número necessário de pessoas com o perfil adequado para o plano de crescimento.

No cenário atual de competitividade, os gestores devem empenhar-se em obter os melhores resultados, mas devem fazê-lo de modo que integrem as pessoas, motivem o trabalho em equipe, estimulem o crescimento contínuo de suas equipes e promova a humanização no atendimento como forma de garantir a missão da organização.

7. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Avaliação de Desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização em torno do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos empregados quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de orientação na contratação de pessoas mais adequadas, motivação, promoção, treinamento e desenvolvimento e norteia ainda, o processo de demissão. Para o funcionário, um *feedback* adequado que, se conduzido com seriedade é um fator de automotivação e reconhecimento, pois direciona para um plano de desenvolvimento profissional e conseqüentemente um maior comprometimento com a empresa.

O *feedback* tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constitui em um benefício para a organização que deseja ter funcionários comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento, a satisfação traz maior produtividade e qualidade dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e seu funcionário e este instrumento visa avaliar os seguintes fatores: conhecimento do

trabalho, produção e rendimento do trabalho, ética profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal, espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O funcionário também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerencia participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os funcionários e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6 meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão entregues aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada funcionário, preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação.

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e funcionário no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o funcionário compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado juntamente com o funcionário o seu plano de desenvolvimento profissional em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O funcionário também terá uma efetiva participação neste processo, pois o mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como o seu funcionário percebe a sua gestão.

Finalmente, os resultados da avaliação são mapeados e apresentados a diretoria de cada área, aos gestores e aos funcionários, tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

8. BENEFÍCIOS

Fica a critério da empresa proporcionar benefícios de qualidade aos colaboradores visando estimular e promover o bem-estar na busca contínua do equilíbrio entre o sucesso profissional e pessoal. A empresa poderá disponibilizar os seguintes benefícios:

- Assistência Médica
- Cesta básica
- Fornecimento de material escolar
- Kit de higiene pessoal
- Cesta bebê
- Refeitório
- Fardamento
- Serviço de orientação jurídica
- Empréstimo Financeiro
- Cesta de aniversariante
- Plano Odontológico

9. MEDICINA E SEGURANÇA NO TRABALHO

O Departamento de Medicina, Saúde e Segurança ocupacional visa o bem estar biopsicossocial dos colaboradores, sua qualidade de vida no trabalho, desenvolvendo atividades fundamentadas no levantamento de riscos ambientais, contemplando também aspectos ergonômicos e organizacionais.

A área de saúde ocupacional é responsável pela promoção de programas educativos que visam à redução dos acidentes de trabalho (campanhas de acidentes perfuro-cortantes, Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT - e treinamentos *in loco*, palestras com temas relacionados à Medicina Preventiva e temas referentes ao tipo de trabalho em que atuam no dia-a-dia. A segurança no trabalho, além de um dever, é também um direito do colaborador ao ingressar na organização.

As normas de segurança seguem a legislação vigente e reforçam a responsabilidade da empresa. Busca também a conscientização dos funcionários a fim de evitar acidentes de trabalho.

Os procedimentos internos devem ser revisados periodicamente. As ações em segurança da empresa visam melhorar continuamente o ambiente de trabalho e manter a integridade física do trabalhador.

Ações de promoção da Saúde e Qualidade de Vida que devem ser desenvolvidas:



- Saúde Ocupacional
- Exames periódicos e preventivos de acordo com a função
- Programa de conscientização e acompanhamento médico
- Consultas e acompanhamentos nutricionais para estímulo alimentação saudável
- Programa coração saudável visando controles anuais de colesterol, triglicérides, peso, altura(IMC) e pressão arterial.
- Vacinação contra gripe
- Massagem terapêutica- Quick massage
- Espaço de Lazer

10. ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS E SALÁRIOS E REMUNERAÇÃO

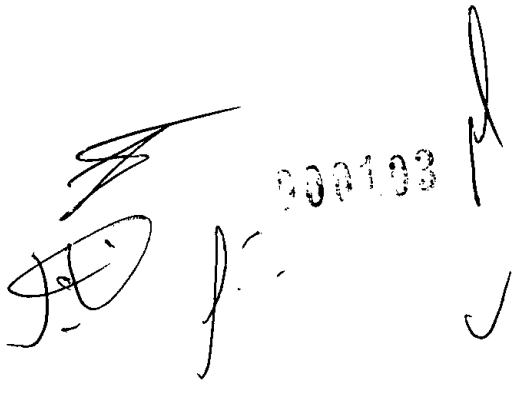
Conhecer a remuneração como componente fundamental às estratégias de Recursos Humanos, diante do cenário de uma economia competitiva, compreendendo o processo e as técnicas básicas para a estruturação e implantação de um plano de cargos e salários; adquirir uma visão prática para o desenvolvimento e análise de descrição e especificação de cargos; fundamentos para a implantação e manutenção de uma estrutura de cargos e salários em busca de melhor aproveitamento do potencial humano da empresa e otimização dos resultados.

A Descrição de Cargos consiste em definir os papéis da equipe de trabalho na organização, suas responsabilidades, competências, habilidades e atitudes desejadas na estrutura. Esta descrição de cargos está alinhada com a avaliação de desempenho e procedimentos operacionais padrão.

A política de remuneração é definida de modo a manter-se competitiva no mercado, capaz de atrair, reter e motivar os profissionais.

Realizaremos pesquisas de mercado com segmentos da área da saúde. Os resultados da pesquisa permitem a definição de faixas salariais perfeitamente alinhadas aos valores praticados pelo mercado.

As relações com os Sindicatos e entidades de classe são mantidas e aprimoradas, com base no reconhecimento recíproco dos direitos e deveres dos empregados da organização.



PROPOSTA DE MODELO PARA RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

NOME:	CARGO:
SETOR/DEPTO:	DATA:

Este inventário lhe oferece uma oportunidade de fazer um estudo objetivo do grau e dos padrões de comunicação em suas relações interpessoais. Ele permitirá que você compreenda melhor a maneira como você se apresenta e age ao se comunicar com pessoas em seus contatos e atividades diárias.

INSTRUÇÕES:

- Ao responder as questões, considere seu relacionamento com pessoas que não sejam membros de sua família;
- Responda às questões tão rapidamente quanto puder e de acordo com o que você estiver sentindo no momento (não da maneira como você se sente usualmente ou estava sentindo na semana passada, por exemplo);
- Faça o estudo sozinho e sem conversar com seus colegas (você poderá discuti-lo depois, uma vez completado o estudo. Não altere quaisquer das respostas, pois isso fará com que o mesmo perca o seu valor;
- É imprescindível que as respostas sejam bastante honestas. Use de total franqueza, uma vez que as respostas terão caráter confidencial;
- Use os exemplos abaixo para praticar. Coloque uma marca (V) em uma das linhas à direita para mostrar como a questão se aplica ao seu caso.

É fácil para você expressar seus pontos de vista aos outros ?

( ) SIM (usualmente)
( ) NÃO (raramente)
( ) ÀS VEZES

Os outros ouvem seus pontos de vista ?

( ) SIM (usualmente)
( ) NÃO (raramente)
( ) ÀS VEZES

A coluna do "SIM" deve ser usada quando a questão pode ser respondida como: "acontece na maior parte das vezes ou usualmente".

A coluna "NÃO" deve ser usada quando a questão pode ser respondida com um "raramente" ou "nunca".

A coluna do "ÀS VEZES" deve ser assinalada quando você definitivamente não puder responder com um "SIM" ou um "NÃO". Use esta coluna o mínimo que puder.

Leia cada questão com cuidado. Se você não puder dar uma resposta exata a uma questão, responda-a da melhor forma que puder (NÃO deixe de responder a quaisquer

das questões). Não há respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a maneira que você sente neste momento. E lembre-se que você não deve se referir a membros da sua família ao responder as questões.



Nº	QUESTÕES	SIM	NÃO	ÀS VEZES
01	Em conversas, as palavras lhe saem como você gostaria que elas saíssem ?			
02	Quando alguém lhe faz uma pergunta que não seja clara, você pede para a pessoa explicar o significado da mesma ?			
03	Quando você está tentando explicar alguma coisa, as pessoas tendem a "botar palavras em sua boca" ?			
04	Você simplesmente presume que a outra pessoa sabe o que você quer dizer, sem que você tenha que explicar o que você quer realmente dizer ?			
05	Você costuma pedir à outra pessoa lhe dizer como ela se sente sobre o ponto que você quer provar ?			
06	É difícil para você conversar com outras pessoas ?			
07	Em conversa, você fala sobre coisas que são de interesse tanto para você como para a outra pessoa ?			
08	Você acha difícil expressar suas idéias quando as dos membros que o circundam são contrárias às suas ?			
09	Em conversas, você tenta se colocar no lugar da outra pessoa ?			
10	Em conversas, você tem a tendência de falar mais do que a outra pessoa ?			
11	Você está ciente de que o tom de sua voz pode afetar os outros ?			
12	Você evita dizer algo que você sabe só irá ferir os outros ou piorar as coisas ?			
13	É difícil para você aceitar críticas construtivas de outros ?			
14	Quando alguém fere seus sentimentos você discute o fato com a pessoa ?			
15	Você se desculpa, depois, com alguém cujos sentimentos você tenha possivelmente ferido ?			
16	O fato de alguém não concordar com você o deixa "bastante" chateado ?			
17	Você acha difícil pensar com clareza quando você está zangado com alguém ?			
18	Você deixa de discordar de outros porque você tem medo que eles fiquem zangados ?			
19	Quando um problema surge entre você e uma outra pessoa, você consegue discuti-lo sem ficar zangado ?			
20	Você está satisfeito com a maneira pela qual você resolve suas diferenças com os outros ?			
21	Você fica amuado e aborrecido por muito tempo quando alguém o perturba ?			
22	Você fica pouco a vontade quando alguém o elogia ?			
23	De modo geral, você é capaz de acreditar nos outros ?			
24	Você acha difícil exaltar/louvar e elogiar os outros ?			
25	Você tenta deliberadamente esconder suas falhas dos outros ?			
26	Você ajuda os outros a lhe entenderem dizendo como você pensa, sente e no que acredita ?			
27	É difícil para você confiar aos outros ?			
28	Você tem a tendência de mudar de assunto quando seus sentimentos entram numa discussão ?			
29	Em conversas, você deixa a outra pessoa terminar de falar antes de reagir a o que ele está dizendo ?			
30	Você nota às vezes não estar prestando atenção ?			

31	Você tenta ouvir procurando o significado que se quer transmitir quando alguém está falando ?			
32	Os outros parecem ouvi-lo quando você está falando ?			
33	Numa discussão, é difícil para você ver as coisas através dos pontos de vista da outra pessoa ?			
34	Você finge estar ouvindo a outras pessoas quando na verdade você não está ?			
35	Em conversas, você consegue diferenciar o que a pessoa está dizendo do que ela pode estar sentindo ?			
36	Ao falar, você procura se manter ciente de como as pessoas estão reagindo aquilo que você está dizendo ?			
37	Você sente que os outros desejariam que você fosse um tipo diferente de pessoa ?			
38	As outras pessoas entendem seus (os de você) sentimentos ?			
39	Os outros costumam dizer que você sempre pensa estar certo ?			
40	Você admite estar errado quando você sabe que você está errado sobre alguma coisa ?			

GABARITO

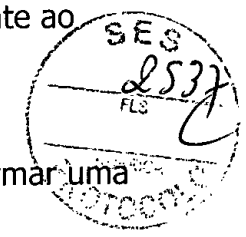
QUESTÕES	SIM	NÃO	ÀS VEZES
01	03	01	02
02	03	01	02
03	01	03	02
04	01	03	02
05	03	01	02
06	01	03	02
07	03	01	02
08	01	03	02
09	03	01	02
10	01	03	02
11	03	01	02
12	03	01	02
13	01	03	02
14	03	01	02
15	03	01	02
16	01	03	02
17	01	03	02
18	01	03	02
19	03	01	02
20	03	01	02
21	01	03	02
22	03	01	02
23	03	01	02
24	01	03	02
25	01	03	02
26	03	01	02
27	01	03	02
28	01	03	02

29	03	01	02
30	01	03	02
31	03	01	02
32	03	01	02
33	01	03	02
34	01	03	02
35	03	01	02
36	03	01	02
37	03	01	02
38	03	01	02
39	01	03	02
40	03	01	02
TOTAL DE PONTOS =>			

40 a 58 pontos	SOFRÍVEL
59 a 83 pontos	SOFRÍVEL/ACEITÁVEL
84 a 120 pontos	ACEITÁVEL

ENTREVISTA DE SELEÇÃO

É a primeira entrevista que se aplica ao candidato a emprego. Normalmente é solicitado que o candidato preencha o formulário de emprego. Devemos observar o seguinte ao iniciar a entrevista:



MECANISMO DE DEFESA

O candidato está a procura de satisfazer as suas necessidades, logo, procura formar uma cadeia de forças de auto proteção (defesa de suas fraquezas).
Seu objetivo é vender a batalha da entrevista, o candidato sente seu "eu" ameaçado pelo entrevistador, que lhe afigura como um investigador de sua vida privada.
Seu mecanismo de defesa é manipular as informações sobre si mesmo, simulando um personagem que ele não é (tende falsificar as informações). Também a sua memória tende a esquecer fatos desagradáveis, ou modificar e distorcer inconcientemente situações passadas, tornando-as mais agradáveis e mais próprias à imagem do "eu". É por isso que deve ser norma desenvolver uma entrevista só após criado o ambiente favorável (o entrevistador deve ser cordial e sincero para obter a confiança).
Uma vez obtido o ambiente favorável, deve ser mantido durante todo o decorrer da entrevista.

FORMULAÇÃO DE PERGUNTAS

A pergunta é a principal ferramenta do entrevistador e requer anos de prática para ser perfeitamente executada (requer técnica, perfeição e treinamento), o entrevistador deve ser claramente o seu objetivo para perguntar, deve ter amplo vocabulário e saber usar as palavras em precisão.
Antes de perguntar é preciso saber o que e até onde se deseja medir. A linguagem do entrevistador deve estar à altura do candidato (não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem de entrevistador deve estar à altura do candidato (não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem simples junto ao candidato superior).

O CONTROLE DA ENTREVISTA

Embora deva ser espontânea, deve-se ter algum controle para evitar que o candidato fale livre e caoticamente desperdiçando tempo.
A entrevista dirigida é o termo médio da duas, e evita os excessos das mesmas. Segue esquema mas permite ao candidato grande mobilidade e liberdade de expressão. O tempo na entrevista é um dos fatores a controlar. Deve-se consultar o relógio discretamente. Alguns estudos de tempo de entrevista mostraram.

- 100 minutos è entrevista psicológica com candidatos complexos
- 30 minutos è entrevista casos simples com candidatos nível médio
- 5 minutos è entrevista preliminar ou de triagem

Durante a entrevista recebemos dois tipos de informação: descritiva e valorativa.
A primeira geralmente é digressão ou estória. A segunda, permite penetrar no passado do candidato (experiência de chefia, maturidade emocional, sua prática no grupo).

COMO PREPARAR UMA ENTREVISTA

- obtenha a descrição e análise da função para o qual vai selecionar;
- observe problemas dessa função (turnover, cooperação, tipo de supervisão, disciplina, etc.);
- prepare um esquema de desenvolvimento (tempo por assunto);
- elabore perguntas analíticas e descritivas (não pergunta tipo "sim e não");
- mantenha a entrevista sob controle: não permita divagações do candidato nem fale (você) mais de 10% do tempo.



OTEIRO DE ENTREVISTA

- histórico profissional - 40% do tempo - avalie por ordem cronológica a história profissional do candidato, observando: progresso nos conhecimentos, habilidades, gostos, aversões e fracassos.
- histórico educacional - 20% do tempo - avalie por ordem cronológica a formação cultural e o treinamento, observando orientação vocacional, matérias preferidas, tipo de vida social na escola, atividades extracurriculares.
- histórico familiar - 20% do tempo - avalie os antecedentes familiares, temperamento e caráter dos pais, status sócio-econômico, tipo de educação recebida, como passou a infância, adolescência e juventude.
- ajustamento social atual - 20% do tempo - avalie o homem em face a sua família, à sociedade e a determinados grupos sociais, políticos e religiosos, sua classe social, estabilidade econômica e atividades associativas.

ENTREVISTA DE INTEGRAÇÃO

O grupo de trabalho é uma pequena sociedade e logicamente o novo funcionário sente-se como um "vizinho novo", não basta apresentar o novato ao grupo.
É preciso sensibilizar os sentimentos do novato. Tanto supervisor quanto colegas tem responsabilidade pela sua adaptação.
A entrevista de integração ocorre com a cooperação das pessoas que recebe o novato, e do supervisor sob cujas ordens irá trabalhar.

PREPARAÇÃO

Prepara-se para receber o novato.

RECEPÇÃO E APRESENTAÇÃO

- receba-o com cordialidade (não esqueça seu nome);
- apresente-o ao supervisor;
- o supervisor apresentá-lo-á ao tutor e colegas;
- mostre-lhe seu lugar, equipamentos e instalações.

INFORMAÇÃO E MOTIVAÇÃO

- fale da seção;
- fale das normas e regulamentos da empresa;
- fale das tarefas e funções;

- fale dos contatos que terá fora da seção;
- fale das facilidades, benefícios e oportunidades.



CONCLUSÃO
Coloque-o em serviço sob a orientação do tutor.

ENTREVISTA DE ACONSELHAMENTO
Há 2 métodos: Método diretivo e Método não diretivo.

MÉTODO DIRETIVO
Neste o conselheiro assume a iniciativa da condução da entrevista.
Ocorrem as seguintes condições:

- o aconselhamento está desamparado ou em desespero, e precisa de apoio antes de tomar decisão;
- o aconselhado evidencia incapacidade de iniciar a entrevista;
- o conselheiro pode e deve assumir a maior parte da responsabilidade do procedimento a seguir;
- os fatos e soluções são claros;
- o aconselhado pode e deve aceitar os resultados da entrevista e não perderá as próprias possibilidades de auto-direção.

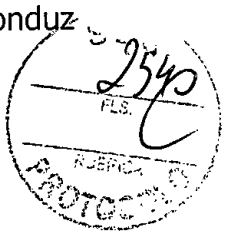
MÉTODO NÃO DIRETIVO
Neste método a responsabilidade pela condução da entrevista cabe ao aconselhado.
Ocorre nas seguintes condições:

- o aconselhado está sob forte tensão;
- o aconselhado tem vários bloqueios afetivos que o impedem de analisar racionalmente;
- o conselheiro é altamente capacitado no uso deste método;
- a solução requer que o aconselhado assuma considerável responsabilidade para decisão e ação;
- as prováveis causas das dificuldades são obscuras e complicadas.

CARACTERÍSTICAS DOS 2 MÉTODOS
No método diretivo o conselheiro assume grande responsabilidade pela solução, colhe informações, analisa as dificuldades e formula a solução (junto com o aconselhado). Registra a entrevista e acompanha o caso.
No método não diretivo o aconselhado procura o conselheiro, tenta passar a responsabilidade ao conselheiro (que o devolve). O aconselhado aceita a responsabilidade solver o problema ou foge à situação. Se aceitar, o conselheiro explica-lhe que a situação do aconselhamento lhe dá oportunidade de resolver o problema com assistência.

ENTREVISTA DE APRECIAÇÃO DO EMPREGO

Quando existe um plano de avaliação de empregado através de entrevistas, a habilidade do entrevistador é ponto chave para o sucesso do plano. A habilidade de entrevistar do supervisor é um requisito essencial do bom chefe. O tipo de entrevista que se conduz também é a base do sucesso.
As entrevistas de avaliação tem os seguintes objetivos:



- lembrar ao subordinado sua posição e função;
- reconhecer seu bom trabalho;
- comunicar-lhe os pontos em que pode melhorar;
- desenvolve-lo nos trabalhos atuais e para funções mais elevadas;
- mostrar-lhe em que direções pode progredir na empresa;
- posicionar o empregado dentro do organograma;
- aconselhar o empregado e lembrá-lo que deve progredir.

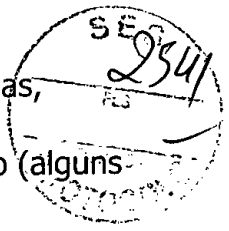
Nem sempre se consegue todos esses objetivos ao mesmo tempo. Normam Mayer no seu livro "The appraisal Interview" propõe 3 tipos de entrevista de apreciação:
Método de dizer e vender: O supervisor faz um diagnóstico da situação e propõe um remédio. O supervisor fala o tempo todo.
Método de dizer e ouvir: O supervisor comunica ao empregado a avaliação feita dele e provoca a sua resposta. Mostra-lhe os seus pontos fracos e fortes, explora os sentimentos do funcionário e age como conselheiro e juiz. O supervisor fala menos.
Método de resolver problemas: É o mais livre e não diretivo. O supervisor deixa o papel de persuasor ou juiz para ser apenas uma ajuda. O supervisor não delimita a área ou natureza dos problemas discutidos, não oferece remédio nem soluções, apenas procura estimular pensamentos.

ENTREVISTA DE ORIENTAÇÃO
Parece ter sido iniciada na Western Eletric Co Americana, que melhorou a situação dos empregados introduzindo um sistema de orientação, estabelecendo uma relação de um (entre) - orientador para cada 300 operários.
Para instituir o sistema precisam medidas preventivas (Ex.: boas remunerações, promoções adequadas, condições físicas do trabalho, etc.).
Há 2 maneiras de ajudar o indivíduo em dificuldade:

- conhecer o meio ambiental em que vive (família, empresa, comunidade, etc.) e recomendar a solução;
- desenvolver no indivíduo a capacidade de resolver seus próprios problemas (processo de orientação).

Dentro do processo de orientação, há 2 formas de agir (tipos):
Orientação à moda antiga:
O orientador escolhe os objetivos e intervém na vida particular do indivíduo, embora usando frases dissimuladas como "se eu fosse você", "eu penso que você deveria", "eu gostaria de sugerir que". Estes conselhos eram completados com ordens e proibições, obtenção de confissão e arrependimento, além da admoestação quando o empregado incorra em falta.
Orientação à moderna:
O objetivo não é resolver um certo problema, mas fazer o indivíduo amadurecer de modo a poder cuidar dos problemas atuais e futuros. Este método se baseia na tendência individual para o crescimento e ajustamento.

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO



Objetivo:
Obter informações com relação à seleção, treinamento, moral e relações humanas, comunicações e supervisão.
Deve ser feita tanto nos casos de afastamento voluntário como nos de demissão (alguns casos).
Quando entrevistar:
No dia em que o empregado manifestar vontade de sair (dias antes do desligamento). Isto possibilita recuperar alguns bons empregados. É preciso avisar que o resultado da entrevista não afetará pagamento, carta de referência ou futuras referências.
Como iniciar a entrevista:
" Nossa entrevista tem o objetivo de melhorar o RH, por isso daremos valor a qualquer idéia que contribua".
Evitar, críticas ao funcionário e aceitar críticas e sugestões. Não pode dar conselhos. Adiar a entrevista se o empregado estiver hostil.
Como conduzir a entrevista:
Deixe as reclamações aparecerem (penetrar mentalmente a queixa, que nem sempre é real). Outras vezes nem tudo é dito, ficando parte subentendido.

- ouça com atenção e tente obter todos os fatos;
- faça perguntas do tipo: O que faz ? O que acha do trabalho ? Como são suas relações com colegas e chefe ? Que acha do colegas ? E da empresa ?
- faça o funcionário resumir novamente a situação e fazer uma apreciação final;
- preencha um formulário ou relatório da entrevista (se possível frente ao funcionário). Obtenha o consentimento do funcionário pelo que foi escrito e se possível que assine.

MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE FUNCIONÁRIO EM PERÍODO DE EXPERIÊNCIA

FINALIDADE:

" Um funcionário mal selecionado e mal integrado, com certeza, terá uma vida curta na empresa " .

Não é interessante à administração da empresa, que o funcionário tenha uma vida curta, pois para admiti-lo a empresa teve várias despesas, tais como: despesas de recrutamento, de seleção, de admissão, de adaptação do novo funcionário, etc.

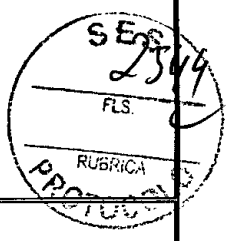
Cabe todo o profissional de Administração de Pessoal, fazer um "feed-back" (reavaliação) no seu processo de integração de um novo funcionário.

MODELO

NOME DO FUNCIONÁRIO:	
CARGO:	SETOR: DATA:
01.	Ao ingressar na empresa você recebeu informações com relação às normas internas ? ( ) sim ( ) não De quem ? Essas informações foram: ( ) suficientes ( ) insuficientes Se insuficientes, faltaram: ( ) informações de ordem técnica ( ) informações de ordem administrativa Quais ?
02.	Você recebeu ou recebe algum treinamento/ou orientação para executar seu trabalho ? ( ) sim ( ) não De quem ? Essa orientação foi: ( ) suficiente ( ) insuficiente Se insuficiente, o que faltou ?
03.	Você apresentou dificuldades para adaptar-se ao ambiente de trabalho ? ( ) sim ( ) não Quais ? Você acredita que sua adaptação está sendo: ( ) rápida ( ) lenta ( ) regular

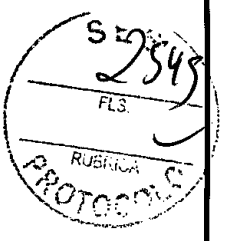
04.	Como é o seu relacionamento com seus colegas ? () ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim Relacionamento com chefe imediato: ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim
05.	Quanto ao seu desempenho: ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim
06.	Quando você tem alguma dúvida ou dificuldades no trabalho, qual é sua atitude ? ( ) resolve sozinho ( ) solicita ajuda ao colega ( ) dirige-se ao chefe imediato ( ) nunca pede ajuda E como você é atendido(a):
07.	No seu grupo de trabalho: ( ) existe cooperação espontânea ( ) não existe cooperação ( ) existe cooperação quando solicitado
08.	Você está desempenhando seu trabalho conforme o método já utilizado pela empresa ou criou seu próprio método ? No segundo caso, houve maior rendimento ? ( ) sim ( )não Justifique:
09.	Seu chefe mantém diálogo com você a respeito de seu trabalho, permitindo-lhe expor suas idéias, dificuldades, etc. ? ( ) sim ( ) não Se não, por que você acha ?
10.	Em que você adaptou-se mais facilmente ? No que foi mais difícil sua adaptação ?

11.	Você está satisfeito com o trabalho que executa ? ( ) sim ( ) não Se não, por quê ?
12.	Em que, a Administração de Pessoal poderia auxiliá-lo(a) ?
13.	Tem alguma crítica ou sugestão a fazer em relação a empresa ?
	(assinatura do funcionário)



MODELO DE CARTA DIRIGIDA AO FUNCIONÁRIO

Local e data



Prezado(a)

Funcionário(a)

Ref.: " ACOMPANHAMENTO DE FUNCIONÁRIO NA EXPERIÊNCIA "

Anexo à presente, estamos encaminhando um questionário para que você responda à Administração de Pessoal/Recursos Humanos.

O nosso objetivo é saber de como está se sentindo nesta NOVA CASA de trabalho.

Nossa meta principal é dar-lhe o melhor aconselhamento durante a sua vida profissional na empresa.

Portanto, procure identificar-se e ser tão objetivo, sincero e honesto, quanto lhe for possível, retratando fielmente as perguntas. Pois, este documento de avaliação será de grande importância para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.

Leia com atenção e responda a todas as perguntas. Posteriormente, entregue ao Depto. de Administração de Pessoal, aos cuidados do Sr. ... no prazo máximo de 5 dias.

Caso haja alguma dúvida nas respostas, procure entrar em contato com o ramal interno nº ... ou ainda pessoalmente, mediante autorização do seu superior hierárquico.

Gratos pela colaboração.

Atenciosamente,

Administração de Pessoal.

Entre a empresa ..., com sede em ... à Rua ..., nº ..., doravante designada EMPREGADORA e ..., portador da CTPS nº ... série ..., a seguir chamado apenas EMPREGADO, e celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições a seguir especificadas:



1. Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para exercer as funções de ..., mediante a remuneração de R$ ... por mês (ou por hora).

A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2. O horário de trabalho será anotado na sua ficha de registro e a eventual redução da jornada, por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre íntegra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário que lhe for determinado, observando o limite legal.

3. Obriga-se também o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA, na forma prevista em lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com o acréscimo legal, salvo a ocorrência de compensação, com a conseqüente redução da jornada de trabalho em outro dia.

4. Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho isto é, tanto durante o dia como a noite, desde que sem simultaneidade, observadas as prescrições legais reguladoras do assunto, quanto à remuneração.

5. Fica ajustado nos termos do que dispõe o § 1º do art. 469, da Consolidação das Leis do Trabalho, que o EMPREGADO aceitará ordem emanada da EMPREGADORA para a prestação de serviços tanto na localidade de celebração do Contrato de Trabalho, como em qualquer bairro ou cidade, capital ou território nacional, quer essa transferência seja transitória, quer seja definitiva.

6. No ato da assinatura deste contrato, o EMPREGADO recebe o Regulamento Interno da Empresa cujas cláusulas fazem parte do Contrato de Trabalho, e a violação de qualquer delas implicará em sanção, cuja graduação dependerá da gravidade da mesma, cominando com a rescisão do contrato por justa causa.

7. Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA, autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo, o qual fará, com fundamento no parágrafo único do art. 462 da CLT, já que essa possibilidade fica expressamente prevista em contrato.

8. O presente contrato, tem início a partir de __/__/__ e término no dia __/__/__, sendo celebrado para as partes verificarem reciprocamente, a conveniência ou não de vincularem em caráter definitivo a um contrato de trabalho. A empresa passando a conhecer as aptidões do EMPREGADO e suas qualidades pessoais e morais; o EMPREGADO verificando se o ambiente e os métodos de trabalhos atendem à sua conveniência.

00117

9. Na hipótese deste ajuste transformar-se em contrato de prazo indeterminado, pelo decurso do tempo, continuarão em plena vigência as cláusulas de 01 a 07, enquanto durarem as relações do EMPREGADO com a EMPREGADORA.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam o presente Contrato de Experiência em 2 vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

Goiânia-GO, __/__/__

(assinatura - empregadora)

(assinatura - empregado)

(assinaturas de 2 testemunhas)

TERMO DE PRORROGAÇÃO:

Por mútuo acordo entre as partes, fica o presente contrato de experiência, que deveria vencer nesta data, prorrogado até __/__/__.

(assinatura - empregadora)

(assinatura - empregado)

(assinaturas de 2 testemunhas).

ANOTAÇÕES NA CTPS

Na página de "Anotações Gerais" da CTPS, deverá ser transcrito ou carimbado, com os seguinte termo:

2548
FLS

" Em __/__/__ foi firmado o Contrato de Experiência pelo prazo de ... dias, conforme documento em nosso poder, tendo-se o término no dia __/__/__, podendo ser prorrogado por mais ... dias. "

(local e data)

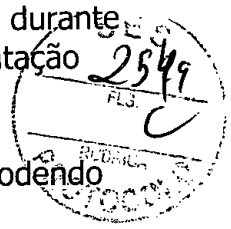
(carimbo e assinatura da empresa).

" Em __/__/__, o Contrato de Experiência firmado em __/__/__, foi prorrogado por mais ... dias, tendo-se o término em __/__/__, "

(local e data)

(carimbo e assinatura da empresa).

Denomina-se contrato de experiência, aquele destinado a permitir que a empresa, durante um certo tempo, verifique as aptidões do empregado, tendo em vista a sua contratação por prazo determinado.



O prazo que a empresa tem para avaliar suas aptidões é de 90 dias no máximo, podendo ser prorrogado apenas uma só vez respeitado o limite de 90 dias.

Portanto, na hipótese em que o empregado está sendo readmitido na mesma função e tendo trabalhado como temporário e posteriormente efetivado, não cabe nessa situação o contrato de experiência, uma vez que o empregador teve a sua oportunidade de conhecer suas aptidões no serviço.

Algumas empresas desinformadas chegam mesmo a acreditar que é desnecessária a anotação na CTPS e registro, durante o período de experiência.

O empregado, para fazer o período experimental, tem que ser registrado, sua CTPS deve ser anotada, pois do contrário, não poderá aplicar a legislação pertinente aos contratos por prazo determinado. Cabe aí, então, o pagamento de todas as verbas rescisórias, garantindo-se a estabilidade e o aviso prévio, inclusive.

CLÁUSULAS DO CONTRATO

Via de regra, quanto mais detalhada e mais alternativas forem transcritas no contrato, menos problemas haverão no futuro.

O artigo 468 da CLT, cita o seguinte:

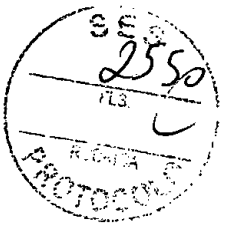
" Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, ainda assim, desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia. "

m, para efeito de alteração contratual, as hipóteses não previstas no contrato estarão subordinadas à anuência do empregado, e ainda desde que não acarretem prejuízos ao empregado.

Basicamente o contrato deverá conter:

- tipo de trabalho a ser prestado;
- local de trabalho;
- transferência entre empresas;
- jornada de trabalho;
- remuneração;
- danos;
- natureza do contrato;

- testemunhas;
- e outros, de acordo com a particularidade de cada empresa.



A empresa ... , de um lado aqui chamada EMPREGADORA, e de outro lado, Sr(a) ..., chamado EMPREGADO, portador da CTPS nº ... série ..., ajustam o presente contrato por prazo indeterminado, regendo pelas seguintes cláusulas a seguir:

01. A empregadora admite o empregado para exercer a função de ..., mediante o salário de R$ ... por ... .

02. A duração do trabalho será de ... horas diárias, com intervalo de ... horas, para alimentação e descanso.

03. Fica facultado à empregadora fazer o empregado trabalhar em regime de revezamento, ou em horário misto, ou só a noite, conforme o interesse e necessidade da produção, bem como o trabalho em horas extraordinárias, quando a necessidade assim o exigir.

04. O empregado aceita como condição deste contrato fazer a sua prestação de serviço em qualquer seção ou estabelecimento, sem ônus para a empregadora, mesmo sendo em outro município.

05. O empregado obriga-se ainda a trabalhar sempre que for solicitado pela empregadora, em horário prorrogado ou compensado, observados os preceitos legais.

06. Independentemente das sanções disciplinares cabíveis, de acordo com a gravidade, o empregado responderá civilmente por quaisquer danos e prejuízos que, direta ou indiretamente, por culpa ou dolo, causar a empregadora ou a terceiros, ficando esta, desde já, autorizada a ressarcir-se mediante desconto em folha de pagamento, do valor total apurado.

07. O empregado obriga-se a respeitar o regulamento interno da empregadora, do qual tomou ciência e cujos termos aderimos a este contrato.

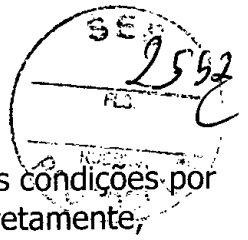
08. Fica estabelecido que todos os aumentos salariais concedidos pela empregadora, à título de liberalidade, podem ser compensados com os aumentos ou abonos de qualquer natureza, bem como os determinados pelos dissídios coletivos ou individuais.

E por estarem justos e contratados, assinam o presente em 2 vias de igual teor, após lidas e achadas conformes, diante das testemunhas que a tudo foram presentes.

Local e data.
(carimbo e assinatura da empresa)
(assinatura do empregado)
(responsável pelo menor)
(testemunhas)

CLÁUSULAS DO CONTRATO

Via de regra, quanto mais detalhada e mais alternativas forem transcritas no contrato, menos problemas haverão no futuro.



O artigo 468 da CLT, cita o seguinte:

" Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, ainda assim, desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia. "

Assim, para efeito de alteração contratual, as hipóteses não previstas no contrato estarão subordinadas à anuência do empregado, e ainda desde que não acarretem prejuízos ao empregado.

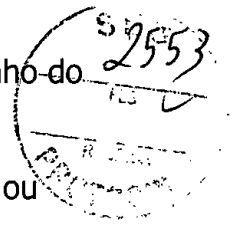
Basicamente o contrato deverá conter:

- tipo de trabalho a ser prestado;
- local de trabalho;
- transferência entre empresas;
- jornada de trabalho;
- remuneração;
- danos;
- natureza do contrato;
- testemunhas;
- e outros, de acordo com a particularidade de cada empresa.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

FINALIDADE:

Durante o período experimental do novo funcionário, procura-se encaminhar ao responsável pelo setor de trabalho a fim de verificar e acompanhar o desempenho do novo funcionário.



Esta ficha de avaliação é de extrema importância, pois ela revelará, a eficiência ou ineficiência dos serviços da Administração de Pessoal.

MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

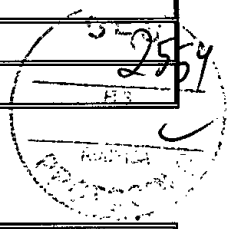
FUNCIONÁRIO:		CHAPA/REGISTRO:
CARGO:	ADMISSÃO:	SETOR:
SUPERIOR IMEDIATO:		CARGO:

INSTRUÇÕES:	
01	Esta ficha constitui a primeira avaliação de desempenho do novo funcionário. Do seu resultado depende a sua contratação ou desligamento definitivo da empresa.
02	Ao dar sua opinião, procure ser objetivo e imparcial, analisando o desempenho do funcionário durante o período da experiência e suas possibilidades de vincular-se definitivamente à empresa.
03	Escolha apenas uma frase de cada item, assinalando-a com um "X".
04	Caso as frases não correspondam às características do seu novo funcionário, ou estejam incompletas, assinale a que mais se aproximar, fornecendo maiores explicações no espaço reservado a "observações".
05	Observe a data de devolução, que é de 5 dias.

ADAPTAÇÃO NO TRABALHO:	
É a reação do recém-admitido diante do tipo de trabalho e características administrativas da empresa.	
	tem feito o possível para integrar-se não só ao próprio trabalho, como também às características da empresa.
	precisa modificar radicalmente suas características pessoais para conseguir integrar-se ao trabalho e aos requisitos administrativos da empresa.
	mantém um comportamento oposto ao solicitado para o seu cargo e demonstra ter sérias dificuldades de aceitação das características da empresa.
	está plenamente identificado com as atividades do seu cargo, e integrou-se perfeitamente às normas da empresa.
	Obs.:

INTERESSE:
É o entusiasmo demonstrado frente ao trabalho.

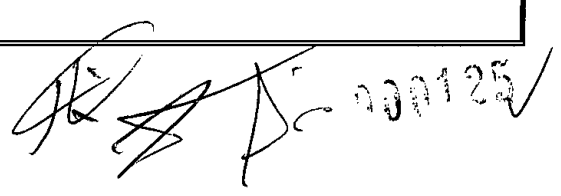
	parece vivamente interessado por seu novo emprego.
	dá a impressão de ser um funcionário que no futuro necessitará de constante estímulo para poder interessar-se por seu trabalho.
	é indiferente, apresentando uma falta total de entusiasmo e vontade de trabalhar.
	apresenta um entusiasmo adequado, tendo em vista o seu pouco tempo de casa.
	Obs.:



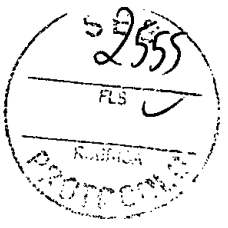
RELACIONAMENTO SOCIAL: É o maior ou menor facilidade de integração ao grupo de trabalho.	
	sente-se perdido entre os colegas, parece não ter sido aceito pelo grupo de trabalho.
	entrosou-se bem com os demais, foi aceito sem resistência.
	apresentou grande habilidade em conseguir amigos, mesmo com pouco tempo de casa, todos já gostam muito dele.
	está fazendo muita força para conseguir maior integração social com os colegas.
	Obs.:

CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM: É a facilidade com a qual consegue perceber pontos importantes daquilo que lhe está sendo ensinado.	
	está conseguindo aprender o que lhe foi ensinado à custa de grande esforço pessoal, necessário repetir-se a mesma coisa várias vezes.
	parece especialmente habilitado para o cargo em que está, tem facilidade para aprender, permitindo-lhe executar sem falhas.
	parece adequado para o cargo ao qual foi encaminhado, aprende suas tarefas sem problemas.
	é tão fácil compreender o que lhe estão ensinando que parece não ter a mínima capacidade para o trabalho.
	Obs.:

INFORMAÇÕES GERAIS:	
01	Qual o aspecto mais favorável do funcionário ?
02	Qual o aspecto que mais prejudica o funcionário ?
03	Que orientação deverá ser dada ao funcionário para corrigir-se ?
04	De maneira geral, como o funcionário pode ser classificado ? ( ) fraco ( ) constitui elemento com boas possibilidades futuras ( ) tem possibilidades rotineiras ( ) trata-se de excelente aquisição para a empresa
05	SÍNTESE: ( ) demitir ( ) efetivar ( ) encaminhá-lo para o treinamento
	LOCAL E DATA



	(assinatura do superior imediato)



MODELO 2 DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

FICHA INDIVIDUAL DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO			CHEFIAS
( ) 1º TRIMESTRE	( ) 2º TRIMESTRE	( ) 3º TRIMESTRE	( ) 4º TRIMESTRE
FUNCIONÁRIO			ADMISSÃO
CARGO		DEPTO	

Instruções:

- Preencha a ficha à tinta e em letra de forma;
- Ao avaliar, considerar o desempenho do funcionário dentro dos requisitos do cargo;
- Em relação a cada fator, avaliar estabelecendo comparações entre os funcionários que exerçam o mesmo cargo, assinalando com "x" a alternativa mais adequada ao desempenho do avaliado.
- Avaliar cada fator com suas alternativas de maneira cuidadosa, não permitindo que o conceito emitido em um fator, influencie nos demais.
- Confira e assine a Ficha de Avaliação. Feito isto, leve a apreciação do seu superior, encaminhando posteriormente, em envelope lacrado ao Departamento Recursos Humanos.

LIDERANÇA

Capacidade caracterizada pela forma como mantém sua autoridade e como se interessa pelos seus subordinados.

Não chega a apresentar problemas como superior, mas é demasiadamente liberal com os seus subordinados.

Faz valer plenamente a sua autoridade e a mantém com facilidade e, sua área funciona muito bem.

Sua supervisão gera problema de insatisfação entre o seu pessoal, influindo decididamente na qualidade e quantidade de trabalho.

Algumas vezes não consegue controlar seus subordinados, revelando que precisa ser treinado para melhorar a sua supervisão.

CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO

Avaliar a habilidade no controle do trabalho de sua área.

Não tem idéia aproximada da capacidade de produção de seus subordinados, provocando grande variação na carga de trabalho. Precisa se organizar mais.

Conhece muito bem as possibilidades de seu pessoal e consegue manter a produção sem acúmulos de trabalho. Tudo corre normalmente.

Conhece as reais possibilidades de trabalho de seu pessoal e consegue manter a produtividade acima do normal, programando e distribuindo adequadamente o trabalho.

Não tem nenhuma idéia sobre quando e como contar com o seu pessoal. Apresenta um trabalho desorganizado e em ritmo irracional.

INICIATIVA

Avaliar a segurança que demonstra nas suas decisões, aliada a convicção com que as coloca em prática.

Apresenta boas soluções para os problemas de sua área, mas demonstra certa insegurança ao colocá-las em prática.

Resolve sempre de maneira correta os problemas de sua área e tem facilidade para colocar adequadamente, suas idéias em prática.

Desenvolve apenas o trabalho de rotina e tem sérias dificuldades em orientar os seus subordinados na resolução dos problemas funcionais.

Tem capacidade para chegar às conclusões teóricas, mas tem real impossibilidade em tomar iniciativas práticas.

CONHECIMENTO DO TRABALHO

Avaliar o conhecimento e a compreensão dos princípios básicos, teóricos e práticos do trabalho.

O conhecimento prático que possui de sua área é insatisfatório. Parece trabalhar por tentativas e de maneira confusa.

Possui bom conhecimento prático de sua área e conhece satisfatoriamente, suas ligações com as demais áreas.

Reúne profundos conhecimentos práticos e teóricos do seu trabalho. Possui perfeita noção de importância dos trabalhos de sua área e de sua ligação com as demais áreas.

Conhece bem a sua área, mas não conhece a sua ligação com as demais. Seu conhecimento é apenas prático.

JULGAMENTO DE SUBORDINADOS

Avaliar o interesse e a objetividade ao julgar seus subordinados, levando em conta a imparcialidade.

Avalia seus subordinados com honestidade e espírito de justiça, pois conhece-os muito bem. Sua imparcialidade é reconhecida.

Dá a devida importância a avaliação de desempenho de seus subordinados. Seu julgamento é satisfatório.

O interesse demonstrado pela avaliação de desempenho de seus subordinados é apenas relativa e apresenta algumas falhas.

É totalmente indiferente quanto à importância de avaliação de seus subordinados.

PLANEJAMENTO

Capacidade de elaboração do trabalho de preparação para qualquer empreendimento, para se atingir os objetivos traçados pela empresa.

Não tem capacidade de elaboração e preparação de planos que objetivem metas futuras, despendendo muito tempo.

Elabora e prepara com relativa perfeição os planos, adequando-os aos objetivos da empresa.

Possui noção de elaboração e preparação de planos, mas devido o seu nível de conhecimento requer acompanhamento.

Elabora e prepara com perfeição os planos dentro dos objetivos traçados pela empresa.

DEDICAÇÃO À EMPRESA

Avaliar o grau de dedicação. Relacionado com a confiança que inspira no desempenho de suas funções.

Está constantemente preocupado com a importância da empresa e em preservar a sua boa imagem, podendo lhe delegar qualquer missão que exija confiança.

Não se interessa pelos resultados de seu trabalho para a empresa. Seu real interesse pode ser colocado em dúvida.

Não se pode confiar inteiramente. Atribui importância ao trabalho até certo ponto, desde que não exija dele dedicação especial.

É dedicado ao trabalho e procura atender aos interesses da empresa, portanto, merece confiança.

PRODUTIVIDADE

Examinar o rendimento alcançado pelo funcionário em sua área, relacionado com a produtividade esperada.

Esforça-se para atingir níveis de produtividade previstos, mas precisa melhorar a distribuição de seu pessoal para aumentar sua quantidade de trabalho.

A perfeita distribuição das tarefas proporciona sempre uma produtividade acima da esperada.

Atende aos níveis de produtividade esperada e esforça-se pela distribuição adequada de seus E... pessoal.

Há execesso de horas extras em sua área e, constantemente, reclama por reforço de pessoal. Nunca está em dia com a produção.

2558
Fls.
RUBRICA
PROTOCOLO

DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Avaliar a preocupação no desenvolvimento técnico e cultural de seus funcionários.

Tem noção da importância do desenvolvimento técnico e cultural do seu pessoal mas acha que, por ora, é suficiente os recursos humanos que dispõe.

Está constantemente se empenhando no desenvolvimento técnico e cultural de seu pessoal.

Se empreende no desenvolvimento técnico e cultural de seu pessoal, levado pelas situações imprevistas.

Não dá importância e não se interessa pelo desenvolvimento técnico e cultural de seu pessoal.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Qual o conceito que você atribuiria ao seu funcionário ?

Excelente.
Bom.
Médio
Médio inferior.
Insuficiente.

De acordo com a avaliação feita, indicar mediante justificação, o procedimento a ser adotado com o avaliado.

Permanecer no cargo atual: ...
Transferir para: ....
Outros procedimentos: ...

Avaliador: ...
Data: ...

MODELO DE ESCALA DE REVEZAMENTO

000129

EXEMPLO: 5 x 1

SE 2559 FLS

EMPRESA: ENDEREÇO: MUNICÍPIO/UF:	ESCALA DE REVEZAMENTO 1ª QUINZENA: (mês/ano) SETOR/DEPTO.:	VISTO DA FISCALIZAÇÃO

ORD.	EMPREGADOS	HORÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª
01	José da Silva	A	F						F						F		
02	Joaquim Silvério	B		F						F						F	
03	João de Souza	C			F						F						F
Obs.: (assinatura da empresa)																	

As empresas legalmente autorizadas a funcionar nos domingos e feriados devem organizar escala de revezamento ou folga, para que seja cumprida a determinação do artigo 67 e seu parágrafo único da CLT:

"Art. 67 - Será assegurado a todo empregado um descanso semanal de vinte e quatro horas consecutivas, o qual, salvo motivo de conveniência pública ou necessidade imperiosa do serviço, deverá coincidir com o domingo, no todo ou em parte.
Parágrafo único - Nos serviços que exijam trabalho aos domingos, com exceção quanto aos elencos teatrais, será estabelecida escala de revezamento, mensalmente organizada e constando de quadro sujeito à fiscalização."

DIA MAIS APROPRIADO

Para a legislação trabalhista, o domingo é considerado o dia mais apropriado para o descanso do empregado. O descanso semanal, além de obrigatório, é necessário, pois propicia ao empregado a oportunidade de revitalizar suas forças através do convívio com seus familiares e amigos. O domingo, portanto, é a ocasião em que o empregado pode ter tempo para seu lazer e recreação. Em virtude do exposto, o descanso instituído pela CLT é de cunho social.

Devido ao fato do empregado de determinadas atividades ser obrigado a trabalhar nos domingos e feriados é que a legislação manda a empresa organizar a escala de revezamento.

NECESSIDADE DA ESCALA DE REVEZAMENTO

A escala de revezamento semanal é necessária a fim de que todo empregado possa, periodicamente, gozar o descanso, bem como propiciar ao empregado o conhecimento de suas folgas com tempo razoável para programar suas atividades.

No intuito de garantir ao empregado o repouso semanal no domingo, a Portaria MTPS nº 417/66 determinou que, mediante organização da escala de revezamento, o empregado tivesse em um período máximo de sete semanas de trabalho, a oportunidade de usufruir pelo menos um domingo de folga. Ressalte-se que o empregador deverá consultar a Convenção Coletiva da Categoria, pois algumas prevêem um período máximo de quatro semanas de trabalho.

Salienta-se que o artigo 386 da CLT estabelece que para a mulher que laborar em escala de revezamento, o seu descanso dominical deverá ser organizado quinzenalmente.

SES 2560 FLS.

TURNO ININTERRUPTO DE REVEZAMENTO

As empresas que trabalhem em turnos ininterruptos de revezamento deverão obedecer jornada de seis horas diárias, salvo negociação coletiva.

Este tipo de jornada dependerá da concorrência concomitante de vários fatores:

a) existência de turnos: isso significa que a empresa mantém uma ordem ou alteração dos horários de trabalho prestado em revezamento;
b) que os turnos sejam em revezamento: isso quer dizer que o empregado, ou turmas de empregados, trabalha alternadamente para que se possibilite, em face da interrupção do trabalho, o descanso de outro empregado ou turma;
c) que o revezamento seja ininterrupto, isto é, não sofra solução de continuidade no período de 24 (vinte e quatro) horas, independentemente de haver ou não trabalho aos domingos.

É permitida, mediante negociação coletiva, a prorrogação da jornada de 6 (seis) horas. Nesse caso, admite-se o máximo de 2 (duas) horas extras por dia.

FORMULÁRIO

A escala de revezamento pode ser anotada em qualquer impresso ou formulário, uma vez que não há modelo oficial, podendo a empresa escolher o modelo que mais se adapte às suas necessidades.

JURISPRUDÊNCIA

HORAS EXTRAS. TURNO ININTERRUPTO DE REVEZAMENTO. A atividade em turno ininterrupto de revezamento sujeita o empregado à jornada normal de seis horas, mormente quando inexistente negociação coletiva de jornada diversa. A concessão de intervalos para repousos não o descaracteriza, fazendo jus ao pagamento, como extras, das 7ª e 8ª horas laboradas. Art. 7º, inc. XIV, da Constituição Federal e Enunciado nº 360 do C.TST. (...) (Acórdão do Processo nº 00875.821/96-0 (RO), data de publicação: 30.08.1999, Juiz Relator: Joni Alberto Matte)

TURNO ININTERRUPTO DE REVEZAMENTO. DURAÇÃO DA JORNADA. NEGOCIAÇÃO COLETIVA. A prévia existência da negociação coletiva regular, afasta a jornada excepcional de 6 horas diárias, quando existente o trabalho em turno ininterrupto de revezamento, na esteira do inc. XIV do art. 7º da CF/88. (Acórdão do Processo nº 00636.732/97-5 (RO) - TRT 4ª R, data de publicação: 08.05.2000, Juiz Relator: Alcides Matte)

TURNOS ININTERRUPTOS DE REVEZAMENTO. INTERVALOS INTRAJORNADA E SEMANAL. A interrupção do trabalho destinada a repouso e alimentação, dentro de cada turno, ou o intervalo para repouso semanal, não descaracteriza o turno de revezamento com jornada de 6 horas previsto no art. 7º, inciso XIV, da Constituição da República de 1988 (Enunciado 360 do TST). TURNOS ININTERRUPTOS DE REVEZAMENTO. ALTERNÂNCIA DE TURNOS. O que caracteriza os turnos ininterruptos de revezamento é a prestação de trabalho com alternância de horários - que desorganizam a vida social e biológica do indivíduo. O fato de que haja interrupção na atividade por parte da empresa, sem funcionamento nas 24 horas, não afasta o direito do empregado que trabalha em turnos alternados. Caracterizado o regime de turnos ininterruptos de revezamento, consideram-se extras todas as horas trabalhadas além das 6 diárias ou 36 semanais. Entretanto, quanto às horas excedentes daí decorrentes, como o valor básico já se encontra pago, devido é

apenas o adicional legal, sob pena de repetição. (...) (Acórdão do Processo nº 01188.922/94-7 (RO), data de publicação: 05.06.2000, Juiz Relator: Alcides Matte)

TURNOS DE REVEZAMENTO. HORAS EXTRAS. Para caracterizar o turno ininterrupto de revezamento a que se refere o inciso XIV do art. 7º da Constituição Federal, é necessário haver revezamento dos trabalhadores em diversas jornadas, mediante escala, o que justificaria a jornada reduzida de seis horas a fim de amenizar o desgaste biológico e fisiológico do empregado. (Acórdão do Processo nº 00501.027/97-1 (RO) - TRT 4ª Região, data de publicação: 19.06.2000, Juiz Relator: João Ghisleni Filho)

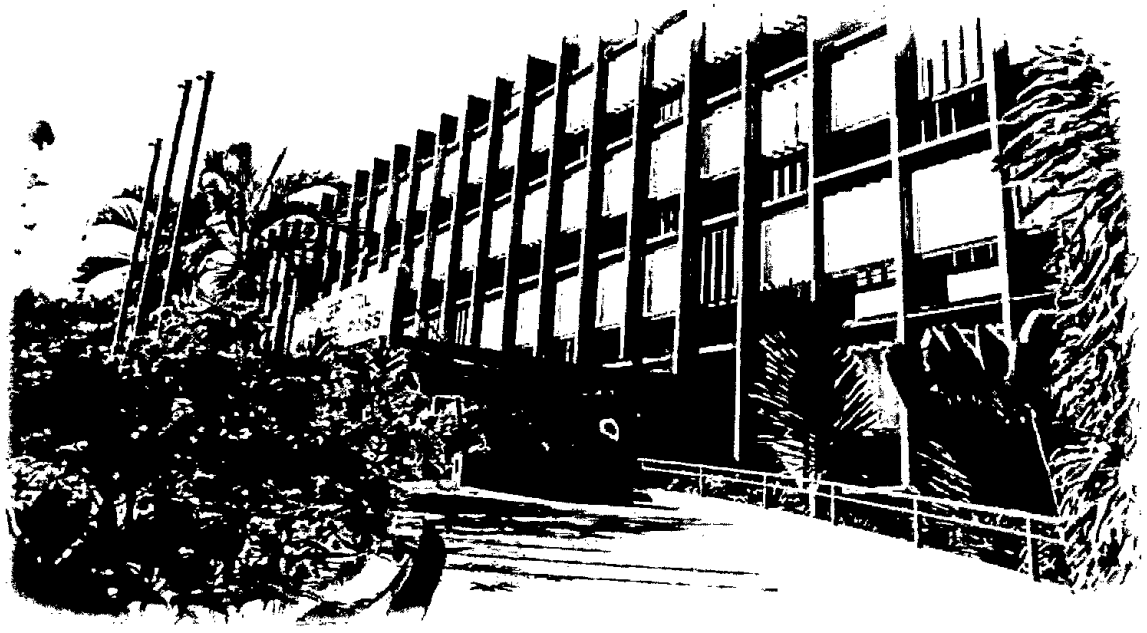
HORAS EXTRAS. TURNOS ININTERRUPTOS DE REVEZAMENTO. Trabalhando o empregado em sistema de revezamento habitual, em diferentes turnos, sua jornada é de seis horas, por aplicação do inciso XIV do artigo 7º da Constituição Federal. (Acórdão do Processo nº 00875.221/98-0 (RO) - TRT 4ª Região, data de publicação: 31.07.2000, Juiz Relator: Beatriz Zoratto Sanvincente)

HORAS EXTRAS. TURNOS ININTERRUPTOS DE REVEZAMENTO. Trabalhando o empregado em sistema de revezamento habitual, em diferentes turnos, é beneficiário da jornada reduzida de seis horas, por aplicação do inciso XIV do artigo 7º da Constituição Federal. (Acórdão do Processo nº 00321.661/97-4 (RO) - TRT 4ª Região, data de publicação: 08.05.2000, Juiz Relator: Mário Chaves)

Base: Constituição Federal, art. 7º, Instrução Normativa SRT nº 01/88

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Regimento Interno do Hospital

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES 2563 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Pág.

Título I – Das Finalidades..... 04
Título II – Da Manutenção..... 07
Título III – Das Organização Geral..... 08
Título IV – Das Diretorias e Gerências..... 08
Título V– Da Gestão de Pessoas..... 12
Título VI – Dos Serviços de Apoio Administrativo e de Produção de Saúde..... 13
Título VII – Das Disposições Gerais e Transitórias..... 14

TÍTULO I - DAS FINALIDADES

Artigo 1º - O HGG destina-se a prestar atendimento hospitalar nas áreas de clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e ortopédica, bem como urgência e emergência, e atendimento à média complexidade ambulatorial conforme PPI (Programação Pactuada Integrada)

§1 º - O Hospital disponibiliza os seguintes serviços à comunidade usuária do SUS:

- Internação Hospitalar nas clínicas: médica, cirúrgica, e ortopédica
  - ✓ Em situação eletiva e referenciada

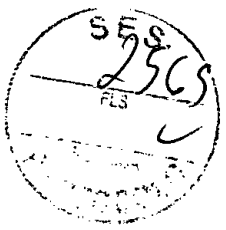
- Atendimento Ambulatorial:
  - ✓ Modalidades dos serviços oferecidos: consultas novas, consultas subseqüentes, cirurgias ambulatoriais
  - ✓ 34 consultórios multidisciplinares
  - ✓ 02 consultórios de odontologia para pacientes especiais
  - ✓ 02 salas para procedimentos de gesso e curativos
  - ✓ Funcionamento: 06 às 19h, 05 dias da semana.
  - ✓ Especialidades disponíveis:
    - Angiologia
    - Cardiologia
    - Dermatologia
    - Gastroenterologia
    - Odontologia
    - Oftalmologia
    - Otorrinolaringologia
    - Urologia
    - Cirurgia Geral
    - Cirurgia plástica Reparadora
    - Endocrinologia
    - Mastologia

- Neurologia
- Ortopedia
- Pneumologia

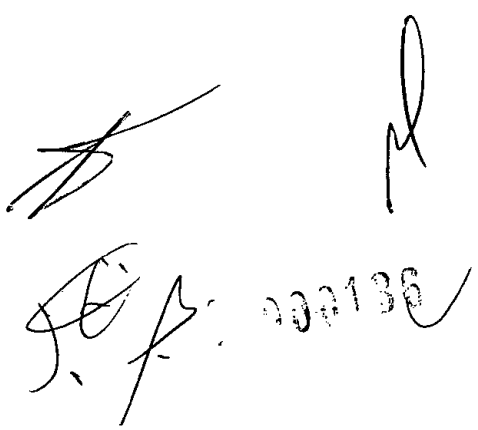
falta Tomografia mamografia Ressonância

✓ Exames disponíveis

- Exames laboratoriais (checquinhos)
- Raios-x
- Ultrassonografia



- Internamento
  - ✓ 81 leitos para internação nas clínicas médicas abaixo:
    - Bariátrica
    - Cardiologia
    - Clínica Médica
    - Clínica médica/isolamento
    - Nefrologia
    - Pneumologia
    - Neurologia
    - Reumatologia
    - Hemodinâmica-cardio
    - Endocrinologia
    - Gastroenterologia
  - ✓ 95 leitos para internação nas clínicas cirúrgicas abaixo:
    - Bariátrica/reserva técnica
    - Cabeça e Pescoço
    - Torácica
    - Geral
    - Buco maxilo
    - Neurogirurgia
    - Odontologia/reserva técnica
    - Plástica Reparadora
    - Vascular
    - Proctologia



- Ortopedia/2 isolamentos
- Urologia
- Otorrino/ 2 reservas
- Isolamento

✓ 47 leitos outras especialidades:

- Diálise
- Hemodiálise (em funcionamento)
- Transplante renal
- Hemodiálise (capacidade)
- Leitos desativos 10 leitos

✓ 34 leitos UTI capacidade instalada

- Centro Cirúrgico
  - ✓ 11 salas de procedimentos cirúrgicos (capacidade para mais 01 sala)
  - ✓ Funcionamento 07 ás 19h, 05 dias da semana

- Laboratório de Anátomo-patologia
  - ✓ Para pacientes de cirurgias
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h
  - ✓ Dispõe do serviço de biópsia por congelação ~~✗~~ Falta o macroscopista, (atualmente é terceirizado)

- Laboratório de Análises Clínicas
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais. ñ atende.
  - ✓ Dispõe de exames de:
    - Bioquímica
    - Coprologia
    - Hematologia
    - Hormônios

- imunologia
- fluidos corporais (incluindo liquor)
- microbiologia
- patologia clínica
- patologia ocupacional
- gasometria arterial
- uroanálise



- Imageologia
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe de aparelho de Tomografia Computadorizada
  - ✓ Dispõe de aparelho de eletrocardiograma/ergometria
  - ✓ Dispõe de aparelhos de Ultrassonografia (convencional e com doplller) realizando exames de USG:
  - ✓ Dispões de aparelhos de Raio-x
  - ✓ Dispõe de aparelho de audiometria
  - ✓ Dispõe de aparelho de vídeoscopia

TÍTULO II - DA MANUTENÇÃO

Artigo 2º - O HGG será mantido com base nas seguintes fontes de rendas:

a. orçamento da União;
b. prestação de serviços diagnósticos e terapêuticos em nível ambulatorial, de
c. internação através de remuneração prevista em convênio com o SUS;
d. verbas específicas, acordos, repasses, subvenções e donativos.

TÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO GERAL

Artigo 3º - A estrutura do HGG compreende duas áreas articuladas, figurando na primeira a estrutura técnico-administrativa e assistencial para internação, e na segunda (anexo) a estrutura para atendimento ambulatorial.

Artigo 4º - A estrutura do HGG distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:

a. Diretorias
b. Gerências

TÍTULO IV - DAS DIRETORIAS E GERÊNCIAS

Artigo 5º - A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades do HGG

§ 1º - A Diretoria é composta por: Diretor Geral , Diretor Administrativo-Financeiro, diretor clínico e diretor de enfermagem

§ 2º - O Diretor Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Clínico, e Administrativo, nesta ordem.

§ 3º - A indicação da diretoria do HGG ocorrerá concomitantemente com o processo sucessório da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, exceto em se tratando do clínico, que deverá ser eleito pelo corpo clínico conforme legislação do CFM.

Artigo 6º - Ao Diretor Geral, compete:

I. Gerir e representar o HGG
II. Indicar os Diretores clínico, Administrativo-Financeiro e de enfermagem
III. Facilitar processo de votação do Diretor Clínico em parceria com o Conselho Regional de Medicina

IV. Cumprir e fazer cumprir as decisões dos órgãos e autoridades a que esteja subordinado;

V. Cumprir e fazer cumprir as normas deste Regimento Interno;

VI. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

VII. Aplicar recursos orçamentários destinados ao HGG, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, decidindo sobre licitação para aquisição de materiais, equipamentos e execução de serviços;

VIII. Autorizar despesas de compras e serviços de urgência, sem licitação;

IX. Movimentar contas bancárias conjuntas com o Diretor Administrativo-Financeiro.

X. Elaborar e submeter à apreciação da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás o relatório anual, que o submeterá à aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, bem como planos, projetos e orçamentos;

XV. Apresentar ao CDE até o segundo mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades do HGG no ano anterior, e a proposta de trabalho para a ano subseqüente;

Artigo 7º - As demais Diretorias são órgãos executivos da Diretoria, com atribuição de promoverem a articulação dos Serviços do HGG, para a melhor ordenação dos trabalhos assistenciais e administrativos.

§1º - As demais Diretorias são as seguintes:

a. Diretoria Clínica

b. Diretoria de Enfermagem

c. Diretoria Administrativa-Financeira

§2º - As demais Diretorias serão exercidas por profissionais de nível superior das áreas de saúde ou administração hospitalar, em regime de tempo integral.

§ 3º - A Diretoria Clínica coordenará as atividades do corpo clínico, bem como as relacionadas a assistência não médica, porém de terapias complementares, de diagnóstico e terapia, e de farmácia

§ 4º - A Diretoria de Enfermagem coordenará o planejamento e a execução das atividades de enfermagem desenvolvidas no âmbito do HGG

§ 5º - A Diretoria Administrativa-Financeira coordenará as atividades técnico administrativas e de apoio às atividades assistenciais.

Artigo 8º - Ao diretor Administrativo-Financeiro, compete:

I. autorizar, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoal e propor contratação e desligamento de acordo com a Legislação vigente;

II. zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

III. aplicar recursos orçamentários destinados ao Hospital, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo corpo diretivo, decidindo sobre aquisição de materiais, equipamentos e execução de serviços;

IV. autorizar despesas de compras e serviços de urgência

V. movimentar contas bancárias conjuntas com o Diretor Geral

VI. assinar folhas de pagamento de serviços extraordinários de profissionais da área

de saúde e de pessoal técnico-administrativo;

XII. delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua diretoria definir normas e determinações de serviços, no âmbito administrativo;

XIII. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal técnico-administrativo;

XIV.. superintender o recrutamento, a seleção e o treinamento do pessoal técnicoadministrativo;

XV. efetuar o provimento interno do pessoal técnico-administrativo, podendo transferi-lo de acordo com a necessidade de serviço, sem prejuízo para a servidor;

XVI. propor ao Diretor sanções disciplinares ao pessoal técnico-administrativo,

respeitada a legislação pertinente.

XVII. apresentar ao Diretor, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e propostade trabalho para o ano subseqüente.

Parágrafo único - O Diretor administrativo-financeiro ,será indicado e nomeado pelo Diretor Geral.

Artigo 9º - Ao Diretor clínico compete:

I. coordenar as atividades assistenciais dos profissionais médicos e outros da área de saúde terapias complementares e diagnóstico) lotados no HGG

II. assegurar o cumprimento das escalas de serviço do pessoal médico e outros terapias complementares e diagnóstico)da área de saúde lotados no HGG

III. definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais médicos e outros da área de saúde (terapias complementares e diagnóstico)

IV. apresentar ao Diretor geral, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano,relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e propostade trabalho para o ano subseqüente.

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal médico e outros da área de saúde terapias complementares e diagnóstico)

Parágrafo único - O Diretor clínico, será eleito pelo corpo clínico do Hospital, seguindo as determinações do CFM.

Artigo 10º- Ao Diretor de Enfermagem, compete:

I. coordenar as atividades assistenciais dos profissionais de enfermagem lotados no HGG

II. assegurar o cumprimento das escalas de serviço do pessoal de enfermagem lotados no HGG

III. definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais de enfermagem lotados no HGG

IV. apresentar ao Diretor geral, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano,relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subseqüente

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal de enfermagem

Parágrafo único - O Diretor de enfermagem será indicado e nomeado pelo Diretor Geral.

TÍTULO V – DA GESTÃO DE PESSOAS

Artigo 12º - A Gerência de RH, indicada e nomeada pelo Diretor Geral, tem por função a implementação da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas do Hospital

Artigo 13º - Compete ao gerente de RH:

I – Planejar, coordenar e implementar ações pertinentes à gestão e desenvolvimento de pessoas no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG

II-Assessorar as Diretorias do Hospital em assuntos de sua competência;

III - Assessorar as Unidades Funcionais e apóia-las em suas atividades, principalmente as voltadas para capacitação permanente de pessoal.

IV - Desenvolver e acompanhar a Política de Humanização de acordo com as Diretrizes Nacionais;

TÍTULO VI – DOS SERVIÇOS DE APOIO ADMINISTRATIVOS E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Artigo 14º. As Unidades Assistências (diretoria clínica e de enfermagem) e as Unidades de Apoio Hospitalar (administrativa-financeiras), são encarregadas de operacionalizar assistência no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG.

§ 1º- As Unidades Assistências e as Unidades de Apoio Hospitalar, serão constituídas pela agregação de serviços afins;

§ 2º- O número e a denominação dos Serviços Assistenciais e de Apoio Hospitalar, serão aprovadas pela equipe diretiva do Hospital, mediante processo de Planejamento Estratégico.

§ 4º - Cada Serviço Assistencial e de Apoio Hospitalar, será administrada por um gerente, escolhido e nomeado pelo Diretor Geral;

Artigo 15º .- Compete aos gerentes dos Serviços Assistenciais e de apoio administrativo

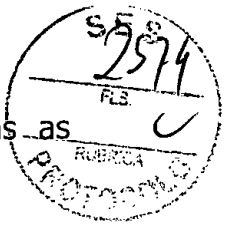
I – Elaborar plano de ação, contendo objetivos, metas e indicadores de avaliação de desempenho, em consonância com a missão e as metas gerais do Hospital, contratualizado com a Direção Geral.

II - Encaminhar para apreciação do Diretor de sua área e diretor geral, o planejamento interno do Serviço;

III - Desenvolver as atividades de sua competência de forma integrada com os demais Serviços que compõem o Hospital.

TÍTULO VII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 11º - Este Regimento será aplicado a todo pessoal que exerce atividade no HGG, inclusive aos estagiários, no que couber.



Artigo 12º - Este Regimento entrará em vigor nesta data, revogadas as disposições em Contrário

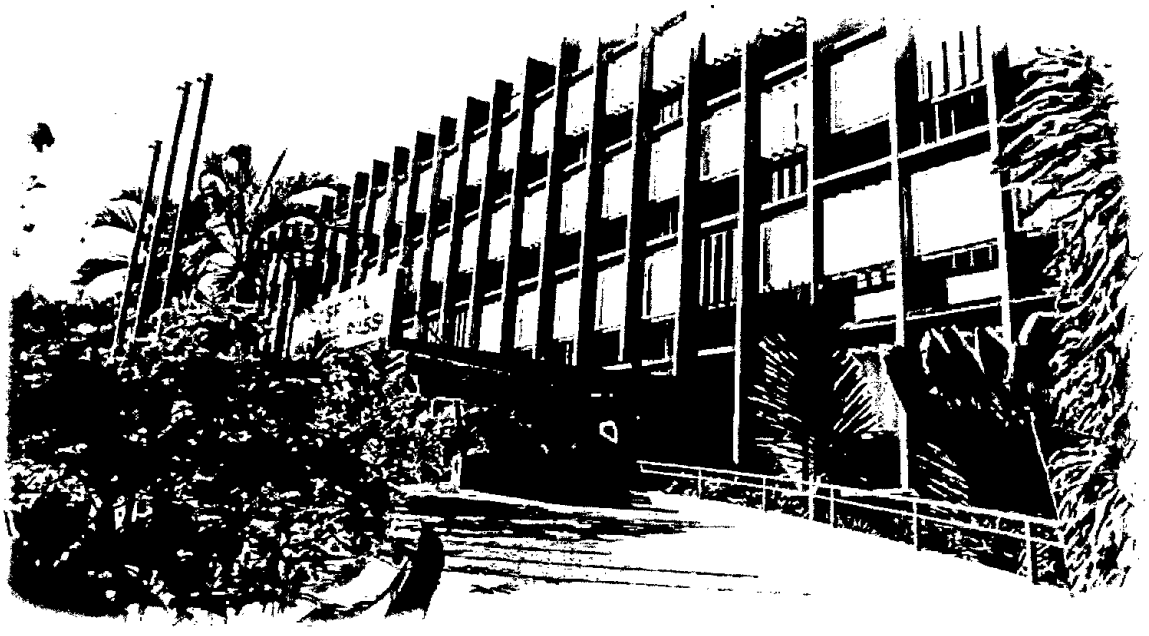
Goiânia, ___ de _____ de 2011

Representante do HGG

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
2375
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta do Regimento do Serviço de Enfermagem

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
2576
FLS.
04
PROTOCOLO

1. **INTRODUÇÃO** 04

2. **MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM** 04

SES
2511
FLS.

1. INTRODUÇÃO

Este documento apresenta a sugestão de modelo de regimento interno do serviço de enfermagem do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

2. MODELO RE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I
Das Finalidades ou objetivos

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é o compromisso e o dever dos profissionais da Enfermagem para com seus clientes internos ou externos.

Art.1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:
1. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível;
2. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
3. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CAPÍTULO II
Da Posição:

Posição do serviço de Enfermagem no organograma da instituição e quem o coordenará.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem do HGG está subordinado a/ao _____, (Direção, Secretário de Saúde, outros) e será coordenado exclusivamente por um Enfermeiro (Gerente / Responsável Técnico), que possui administração própria e autonomia profissional;

CAPÍTULO III
Da Composição: (Estrutura Administrativa)

Profissionais que compõe o Serviço de Enfermagem de forma hierárquica.

Art.3º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

I Chefe do Serviço de Enfermagem – gerente /responsável técnico;
II Enfermeiros supervisores;
III Enfermeiros chefes de unidades;
IV Enfermeiro responsável pela CCIH;
V Técnicos de Enfermagem;
VI Auxiliares de Enfermagem;

CAPÍTULO IV
Da competência

Relacionar as diversas unidades e/ou serviços e suas competências.

Art.4º - A Instituição mantém os Serviços nas áreas que seguem:
Coordenação de Enfermagem;
Unidade de Internação
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
Unidade de Emergência;
Unidade de Centro Cirúrgico;
Unidade de Obstetrícia;
Unidade de Centro de Materiais;

Art.5º - À Gerência de Enfermagem, compete:

1. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem voltado a atender às necessidades organizacionais do Hospital, do próprio serviço e satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem *sob* seus cuidados;

2. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;

3. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.

Art.6º - À Unidade de Internação, compete:

1. Assistir o paciente atendendo-o nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua patologia;
2. Colaborar com a equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do cliente;
3. Manter o estoque de material, e os medicamentos de seu turno organizados, para o bom funcionamento da unidade;

Art.8º - À Unidade do Centro Cirúrgico, compete:

1. Realizar os atos cirúrgicos para diagnóstico e/ou tratamento dos pacientes;
2. Proporcionar ao cliente, uma assistência de Enfermagem segura;

Art.9º - À Unidade de Obstetrícia, compete:
1. Prestar assistência de enfermagem à parturiente durante o trabalho de parto, assistência ao parto e pós-parto;
2. Manter-se atualizado tecnologicamente para atendimento as gestantes de alto risco;

Art.10 - À Unidade de Centro de Materiais, compete:

1. Processar todo o processo de esterilização do material utilizado na Instituição;
2. Realizar periodicamente os testes de controle da eficácia da esterilização;

Art.11 - Ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
1. Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares,
2. Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
3. Participar da equipe de Padronização de medicamentos;

Observação: Este capítulo refere-se à instituição de saúde.

CAPÍTULO V
Do Pessoal e seus Requisitos

Discriminar as categorias profissionais e os cargos existentes, assim como os requisitos necessários para seu preenchimento, mostrar a relação chefe/subordinado, a delegação de autoridade e responsabilidade. Faz-se necessário citar como requisito principal a obrigatoriedade de possuir registro no COREN-GO e exercer as atividades dispostas na **Lei nº 7.498,** os demais requisitos necessários ficarão a cargo da instituição.

Art.13 - Classificação das categorias profissionais.
I - Chefe do Serviço de Enfermagem; II - Enfermeiro Supervisor; III - Enfermeiro Chefe de Unidade; IV - Enfermeiro do CCIH; V - Técnico de Enfermagem; VI - Auxiliar de Enfermagem;

Art.14 - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.
I - Chefe do Serviço de Enfermagem:

1. Registro profissional no COREN-GO; Certidão Negativa; Experiência profissional comprovada;
Possuir especialização em Administração Hospitalar;



II – Enfermeiro Supervisor:
1. Registro profissional no COREN-GO; Possuir Certidão Negativa; Experiência profissional comprovada na área de supervisão; Capacidade de liderança;

III - Enfermeiro Chefe de Unidade:
1. Possuir registro profissional no COREN-GO; Estar quite com o Órgão de Classe; Conhecimento específico para chefia da unidade (Centro Cirúrgico, Obstetrícia);

IV-Enfermeiro do CCIH:
1. Registro profissional no COREN-GO; Estar em dia com as anuidades do mesmo; Experiência profissional mínima de dois anos como Enfermeiro de área hospitalar;

V-Técnico de Enfermagem;
1. Registro profissional no COREN-GO; Certidão Negativa; Perfil para trabalhar em equipe; Experiência profissional de seis meses;

VI-Auxiliar de Enfermagem;
1. Possuir o título de Auxiliar de Enfermagem, registro profissional no COREN-BA e estar em dia com o mesmo;
COREN-GO

CAPÍTULO VI
Do pessoal e suas atribuições

Discriminar os cargos e as categorias profissionais, relacionando suas atribuições em conformidade com a legislação e normas vigentes (Lei 7498/86(1) e Decreto 94406/87(2)).

Art.15 - São atribuições do pessoal:
I - Chefe do Serviço de Enfermagem
1. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de Enfermagem;
2. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade;

II - Enfermeiro Supervisor
1. Supervisionar e administrar o Serviço de Enfermagem das unidades de internação sob sua competência;

III - Enfermeiro Chefe de Unidade
1. Distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe;

2. Elaborar e responsabilizar-se pela escala de serviço do pessoal de enfermagem sob sua supervisão;
3. Planejar os cuidados de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade;



IV - Enfermeiro do CCIH
1. Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
2. Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIH;
3. Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades;

V - Técnico de Enfermagem
1. Prestar assistência de Enfermagem de maior complexidade;
2. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
3. Prestar os cuidados de Enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades;
4. Cumprir rigorosamente as prescrições médicas e de Enfermagem;
5. Registrar e assinar os procedimentos executados;

VI – Auxiliar de Enfermagem
1. Auxiliar nas atividades técnicas de baixa complexidade;
2. Zelar pela manutenção e organização da unidade;
3. Zelar pela manutenção dos equipamentos da unidade em bom estado de conservação e funcionamento;
4. Encaminhar ao expurgo todo o material usado;

CAPÍTULO VII
Do Horário de trabalho:
Horário de trabalho das diversas categorias profissionais discriminado por turnos e/ou horário de funcionamento de unidades ou setores.

Art.16 - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:
I – Horário Diurno
1. 7h às 13 horas e das 13 às 19 horas;
2. 14h às 20 horas;
3. 16h às 22 horas;
4. Conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

II - Horário noturno:
1. 19h às 7 horas em dias alternados;
2. 20h às 00h00min;
3. Conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

III – Ambulatório
1. 7h às 19 horas (segunda a sexta feira)



CAPÍTULO VIII
Das Disposições Gerais:

Relacionar as situações não previstas nos capítulos anteriores.

Art.17 - Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO

Art.18 - O pessoal de enfermagem ao ser admitido deve apresentar, além do registro profissional, Certidão Negativa do COREN-GO

Art.19 - Anualmente o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal, comprovante de quitação da anuidade;

Art.20 - O pessoal de Enfermagem não poderá receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art.21 - O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem";

Art.22 – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pelo Chefe do Serviço de Enfermagem e Diretor da Instituição.

Local e data de expedição

Nome
Enf. Responsável Técnico
COREN –GO nº

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 258 FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta do Regimento do Corpo Clínico

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



1. **INTRODUÇÃO**

2. **MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA O CORPO CLÍNICO** 04

1. INTRODUÇÃO



Este documento apresenta a sugestão de modelo de regimento interno do corpo clínico do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

2. MODELO RE REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I – CONCEITUAÇÃO

Art. 1º - Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o (estabelecimento de saúde, hospital, clínica etc.), respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2º - Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico do _____, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em ____/____/____.

CAPÍTULO III – OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO.

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:
I – a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
II – o desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;
III – a implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO IV – DIRETORIA CLÍNICA

Art. 4º - A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico.

Art. 5º - Integram a Diretoria Clínica:
- Diretor Clínico.
- Assistentes Clínicos.
- Comissão de Ética Médica.
- Comissões Técnico-Científicas.
- Gerência de Enfermagem.

Art. 6º - O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Parágrafo Único: O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas.

Art. 7º - O Diretor Clínico será escolhido pelo Diretor Técnico após votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico através de lista tríplice.
Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de (quatro) anos, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 8º - São atribuições do Diretor Clínico:

I – A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no _____, observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal.
II – A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Sistema Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados o âmbito do _____;
III – A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;
IV – A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;
V – O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na instituição.
VI – Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do CRMDF
VII – Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento.
VIII – Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;
IX – Credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo Departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce.
X – A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.
XI – Constituir as Comissões Técnico-Científicas.
XII – Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos

Art. 9º - Os Assistentes Clínicos tem as seguintes atribuições:

I – Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II – Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos.
III – Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento.
IV – Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica.
V – Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;
VI – Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades do Estabelecimento de Saúde em regime de (emergência, internação, ambulatório, unidade-dia etc....)
VII – Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico-Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes.
VIII – Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

Art. 10º - As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico;

Parágrafo único – A Comissão de Ética Médica, será eleita e homologada conforme a Resolução nº 169/99 do CRMDF.

Art. 11º - As Comissões Técnico-Científicas tem sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

Art. 12º - As Comissões Técnico-Científicas tem por finalidade proporcionar subsídios ao

Diretor Clínico no que se refere a:
- Protocolos de conduta.
- Controle de infecção hospitalar.
- Normas e procedimentos operacionais.
- Registros médicos.
- Avaliação de desempenho.
- Farmácia e terapia.
- Qualidade de assistência médica.
- Publicações periódicas.
- Residência médica.
- Credenciamentos.
- Procedimentos complexos.
- Análise de óbitos.

Art. 13º - As comissões devem ter o caráter multidisciplinar.

Art. 14º - Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CRMDF, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação.

Art. 15º - Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

CAPÍTULO V – DOS MÉDICOS

Art. 16 – Os médicos que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem no _____ são distribuídos nas seguintes categorias:

I – Efetivos.
II – Temporários.
III – Consultores.
IV – Estagiários.
V – Autônomos.

Art. 17 – São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de (seis) meses e após aprovação do cadastro se declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

Art. 18 – São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Clinico para internar seus pacientes no _____, podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

Parágrafo único: O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder à (doze)meses.

Art 19 – São membros consultores os médicos de reconhecida capacidade técnica, que aceitam colaborar com o Corpo Clínico quando solicitado pelo Diretor Clínico, na forma deste Regimento.

Art. 20 – São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc) os médicos devidamente inscritos no CRMDF, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Parágrafo único – Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

Art. 21 – São membros autônomos os médicos autorizados pelo Diretor Clínico a atuarem atendendo, dentro do estabelecimento, clientela privada ou de convênios próprios, recebendo seus honorários desvinculados da instituição.

Art. 22 – Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas

administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.



CAPITULO VI – DO CREDENCIAMENTO

Art. 23 – O credenciamento consiste na aprovação pelo Corpo Clínico do cadastro de um membro temporário, candidato a membro efetivo.

Parágrafo único: Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

Art. 24 – São pré-requisitos para credenciamento:
- Atuação como membro temporário do Corpo Clínico há pelo menos (seis) meses.
- Competência, experiência e atualização comprovadas relevantes.
- Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas.

Art. 25 – Cabe a Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

Parágrafo Único: Informações necessárias para cadastramento
- registro profissional e de qualificação pelo CRMDF;
- certificados e atestados de qualificações;
- relação dos programas de treinamento e nome dos responsáveis dos serviços que tenha participado;
- declaração do candidato sob pendências éticas ou jurídicas presentes e passadas;
- declaração de aceite em cumprir o Regulamento da Instituição e o Regimento do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 26 – Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:
- Votar e ser votado.
- Integrar e presidir comissões.
- Representar clínicas e/ou serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

Art. 27 – O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO VIII – DA ORGANIZAÇÃO

Art. 27 – As atividades do médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios nas seguintes especialidades:
a) (Clinica Médica)
b) (Clínica Cirúrgica)
c) (Pediatria)

d) (Gineco-Obstetrícia)
e) _____

Art. 28 – Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Art. 29 – Ao representante do serviço compete:
a- supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;
b- promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais freqüentes no serviço;
c- identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

CAPITULO IX – DAS PENALIDADES

Art. 30 – As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:
§ Advertência escrita reservada.
§ Suspensão temporária do credenciamento.
§ Descredenciamento.

Art. 31 – A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 32 – No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo único: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedido de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

CAPÍTULO X – DAS REUNIÕES

Art. 33 – As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 34– As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 35 – As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 36 – As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 37 – É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

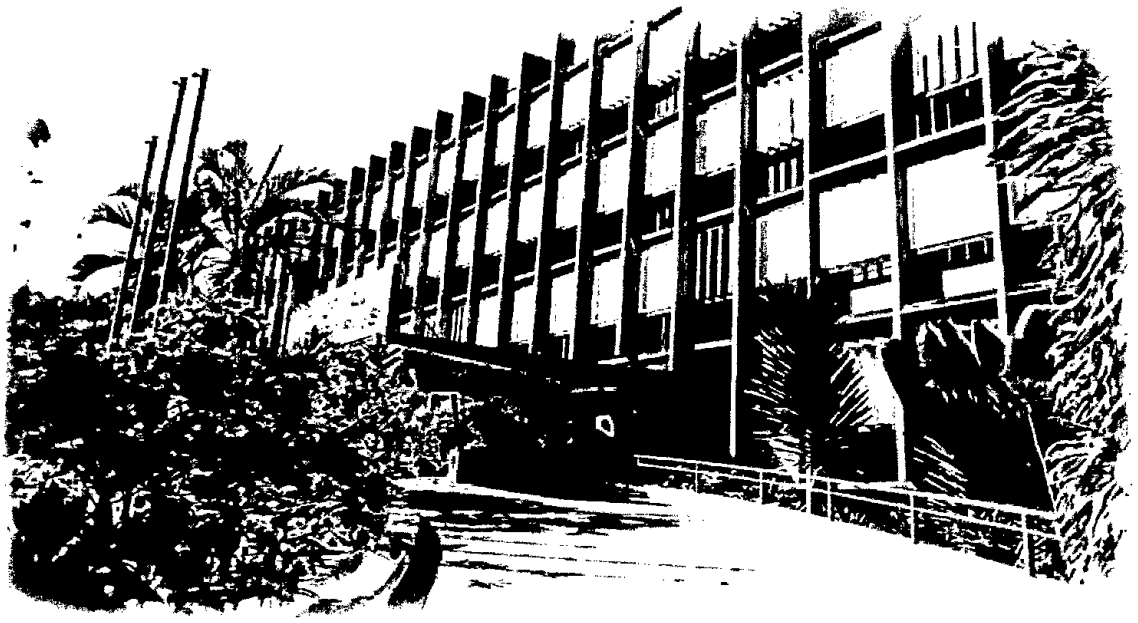
Art. 38 – Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades no _____estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.

Art. 39 – As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 40 – O presente Regimento aprovado em reunião de ___/___/_____, entrará em vigor na data de sua publicação.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

Pág.

Introdução..... 02

Exposição de Motivos..... 03

Objetivos.....

Principais Tipos de Fluxos..... 04

Acessos.....

Setorização..... 08

Fluxos Operacionais de Circulação em Áreas Restritas..... 08

Centro Cirúrgico 08

Acesso de Funcionários do C.C., Manutenção, Eng. Clínica, ... 08

Acesso de pacientes..... 09

Circulação de Resíduos..... 09

Circulação de Roupas..... 10

U.T.I 11

Acesso de Funcionários do C.C., Manutenção, Eng. Clínica, ... 11

Acesso de pacientes..... 11

Circulação de Resíduos..... 12

Circulação de Roupas..... 13

Central de Esterilização 15

Acesso de Funcionários do C.C., Manutenção, Eng. Clínica, ... 15

Acesso de pacientes..... 15

Circulação de Resíduos..... 16

Circulação de Roupas..... 16

INTRODUÇÃO

A preocupação com os fluxos hospitalares faz parte da própria história do edifício hospitalar, pelo menos desde o surgimento, no final do séc. XVIII, do conceito de hospital terapêutico.

Até então o hospital não tinha propriamente uma finalidade terapêutica, funcionando, na maioria dos casos, como uma estrutura de exclusão, na qual eram internados doentes, loucos, devassos, prostitutas e todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, poderiam ameaçar a sociedade com algum tipo de "contágio" social ou patológico.

Desenvolvidas por Howard e Tenon, as pesquisas citadas por Foucault estabeleceram, pela primeira vez, a relação entre o espaço, os fluxos e as taxas de mortalidade e de sucesso dos atendimentos hospitalares.

Com base nesses preceitos, esta proposta apresenta sugestões de fluxos operacionais básicos a serem elaborados e implementados no HGG, pois sem a compreensão das características dos diferentes fluxos hospitalares, dificilmente a distribuição das unidades funcionais poderá ser feita de uma forma adequada.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Os saberes e procedimentos médicos passaram por uma grande transformação decorrente de uma maior compreensão das doenças e de suas formas de transmissão, do surgimento de novos medicamentos e do desenvolvimento da engenharia clínica, que colocou a serviço dos médicos uma infinidade de novos equipamentos que, por sua vez, revolucionaram os diagnósticos e tratamentos, tornando-os muito mais eficientes.

Paralelamente desenvolveram-se novas técnicas de assepsia, que extrapolaram o campo cirúrgico para abranger todo o edifício hospitalar, através de uma atitude pró-ativa no que se refere à limpeza da edificação, à esterilização de materiais e equipamentos e à própria higiene dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Este conjunto de medidas resultou num controle muito maior do ambiente hospitalar e, consequentemente, na contenção das infecções hospitalares via procedimentos e não mais através das barreiras físicas, como era comum tanto nos hospitais pavilhonares como nos primeiros hospitais em monobloco.

Atualmente, a RDC-50 recomenda:

- A melhor prevenção da infecção hospitalar é tratar os elementos contaminados na fonte; o transporte de material contaminado, se condicionado dentro da técnica adequada, pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente sem risco algum.
- Circulações exclusivas para elementos sujos e limpos é medida dispensável nos EAS. Mesmo nos ambientes destinados à realização de procedimentos cirúrgicos, as circulações duplas em nada contribuem para melhorar a técnica asséptica, podendo prejudica-la pela introdução de mais um acesso, e da multiplicação de áreas a serem higienizadas.

Apesar desta tendência geral, algumas barreiras físicas continuam necessárias, notadamente nas áreas classificadas como críticas pela RDC-50.

Daí a relevância de definição segura dos fluxos operacionais para o HGG.

OBJETIVOS

Geral

- Dotar o HGG de bases legais para o estudo e definição dos fluxos operacionais da Unidade

Específicos

- Realizar estudo da organização arquitetônica e distribuição funcional das áreas assistenciais do HGG
- Analisar a necessidade de re-setorização do HGG com vistas a otimização da funcionalidade dos serviços
- Definir fluxos operacionais de forma segura e funcional, observando as barreiras de proteção para redução dos riscos

PRINCIPAIS TIPOS DE FLUXOS

Ao analisarmos os fluxos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos:

- os fluxos **interfuncionais** (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais)

os **intrafuncionais** (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

Fluxos Interfuncionais:

a) Paciente Externo

São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de internação.

A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas *circulações brancas,* reservadas aos funcionários e pacientes internados.

b) Paciente Interno

São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

c) Acompanhantes

São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos (alojamento conjunto).

d) Funcionários

São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade.

A circulação de funcionários pode, por vezes, ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade.

Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

e) Insumos

São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc.

Em algumas áreas do hospital verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e, dependendo do porte, à Central de Material Esterilizado.

f) Material Contaminado e Resíduos Sólidos

São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se as instalações de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários.

De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão

de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imuno-deprimidos)

g) Cadáver

Os cuidados especiais tomados com a chamada "circulação do cadaver" se justificam, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar entre pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação.

Assim, sempre que possível, devemos criar as condições físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, o necrotério ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações por onde passam pacientes e acompanhantes.

h) Visitantes

É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados etc.

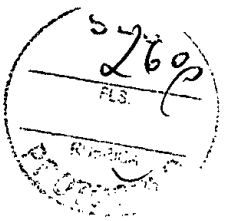
O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

4.2 Fluxos Intrafuncionais

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

Por exemplo nas Lavanderias o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC- 50).

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



ACESSOS

Boa parte dos fluxos hospitalares são determinados pelos acessos à unidade, assim a adequação dos fluxos não pode prescindir de um cuidadoso planejamento do número e da localização dos diferentes acessos necessários ao funcionamento de um hospital.

Quanto maior número de acessos maior é a necessidade de controle e, conseqüentemente dos custos de operação devido ao aumento de funcionários necessários para controla-los. Ainda assim, para uma melhor organização dos fluxos é necessário um número mínimo de acessos que varia, evidentemente, em função do porte e da complexidade da unidade.

De uma maneira geral são geralmente projetados os seguintes acessos:

a) Acesso à Internação, Ambulatório, Apoio ao Diagnóstico e Administração;

Em unidades de pequeno e médio porte a existência de um único acesso à estas unidades funcionais é totalmente aceitável, desde que os sistemas de informação e orientação dos usuários (balcão de informações e a programação visual) e o dimensionamento das áreas de espera sejam adequados.

b) Acesso ao Atendimento Imediato (Urgência e Emergência);

Em unidades de médio e grande porte o acesso ao atendimento imediato é feito de forma a separar os pacientes que dão entrada na unidade deambulando, daqueles que chegam em ambulância.

c) Acesso de Funcionários e Insumos

Mesmo em hospitais de grande porte podemos adotar um único acesso para a entrada de funcionários e de insumos, desde que estejam claramente identificados os trajetos a ser percorrido por cada tipo de fluxo após a passarem pelo controle.

Outros acessos e saídas podem ser previstos em função do perfil, do porte e da forma com que a unidade será operada. Em determinados casos, por exemplo, torna-se desejável que a internação obstétrica seja independente, feita através de um acesso separado dos demais. O mesmo acontece em relação ao Apoio ao Diagnóstico, quando o porte e a complexidade dessa unidade assim o exige.

SETORIZAÇÃO

Estudados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais do hospital.

A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim uma CME geralmente é posicionada junto aos centros cirúrgico e obstétrico, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes centros. Entretanto caso a CME for projetada para atender a outras unidades da rede de saúde, sua melhor localização, neste caso, seria fora do corpo hospitalar.

Terminando, podemos afirmar que sem a compreensão das características dos diferentes fluxos hospitalares, dificilmente a distribuição das unidades funcionais poderá ser feita de uma forma adequada.

A modernização gerencial trouxe a organização do trabalho por meio de processos, permitindo definição do fluxo de trabalho e a integração horizontal de todas as etapas. Esta abordagem possibilita uma diminuição do custo e do desperdício, reduzindo os custos da não-qualidade, evitando o retrabalho. Reconhecer e mapear detalhadamente os processos organizacionais e aperfeiçoá-los para que não se corra o risco de automatizar erros e/ou as atividades não agregadoras de valor é hoje um grande diferencial na gestão das organizações. Na saúde isso não é diferente.

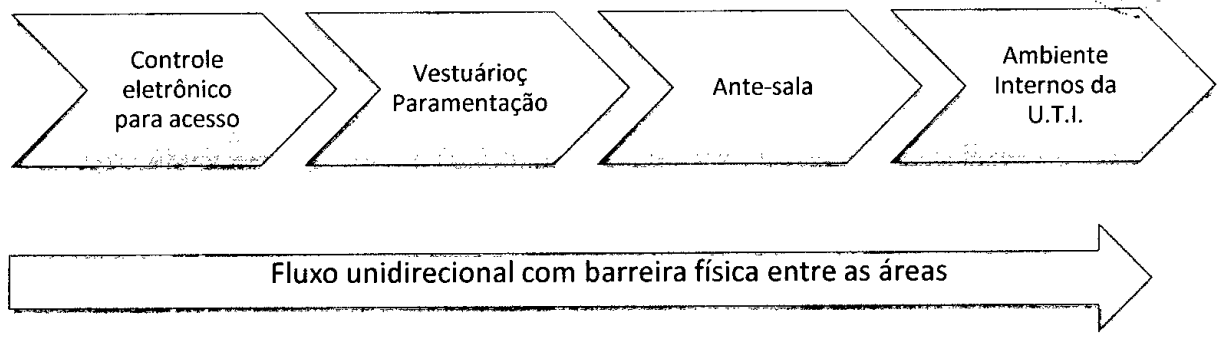
Para que possamos otimizar as tarefas, é necessário integrar as ações de assistência às ações administrativas, gerando melhoria do resultado, o que reflete na maior segurança da assistência.

Na estrutura por processo, os recursos (humanos, técnicos, financeiros, de informação e materiais) e os fluxos de trabalho são organizados em função dos processos da organização, com vistas à melhoria contínua da assistência e a segurança do paciente.

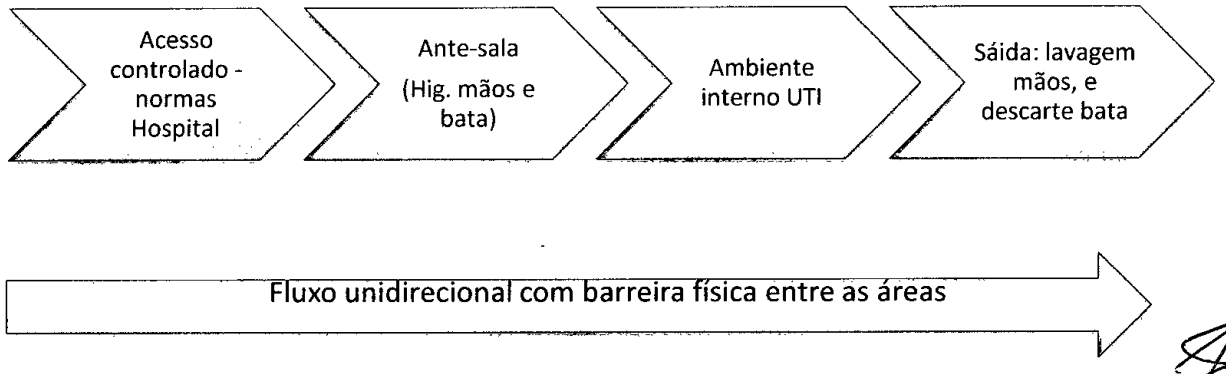
SES 201
FLS
000172

2 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

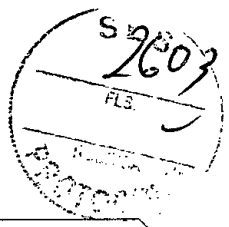
UTI – ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

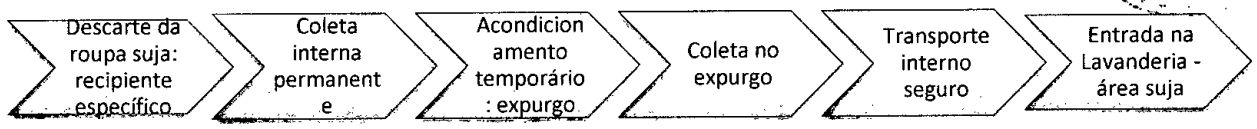


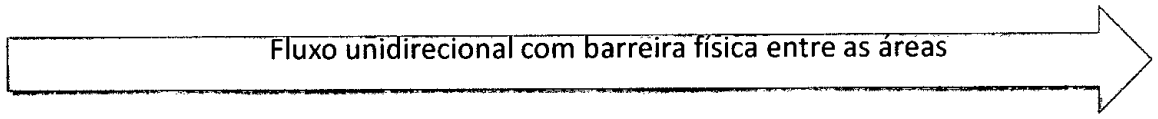
U.T.I. – ACESSO DE PACIENTES



CENTRO CIRÍRGICO – CICRULAÇÃO DE ROUPAS – Roupa Suja



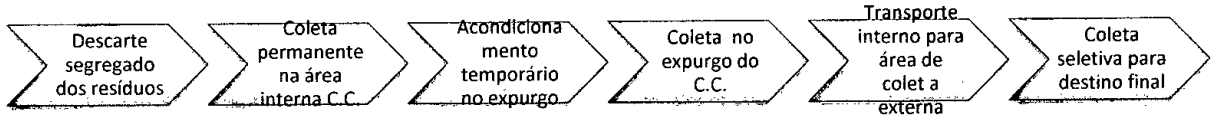


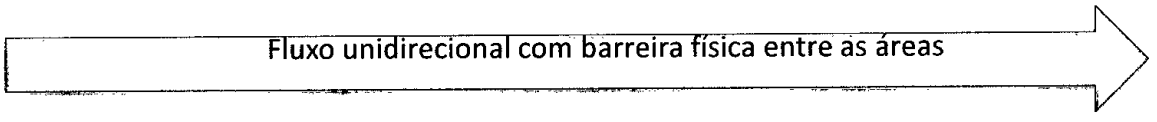


CENTRO CIRÍRGICO – CIRCULAÇÃO DE RESÍDUOS

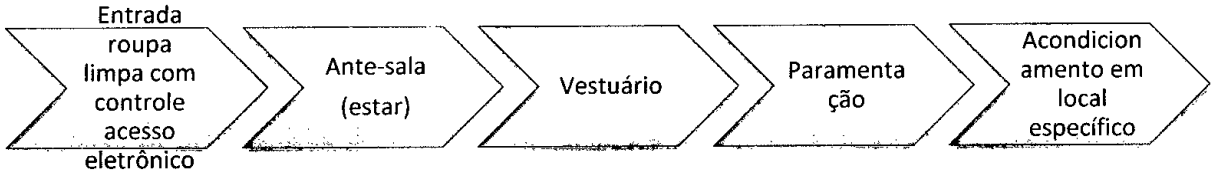
SES 2604 FLS. RUBRICA

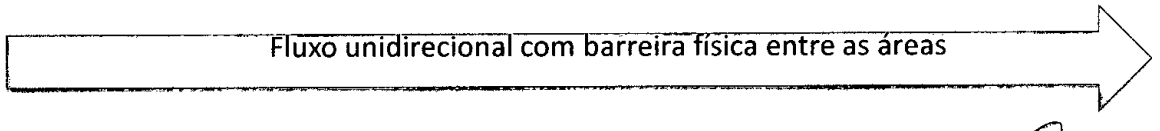
- Profissionais da Higienização exclusivos do Centro Cirúrgico
- Profissional da coleta externa ao Centro Cirúrgico com função exclusiva de coleta nas áreas assistenciais





CENTRO CIRÍRGICO – CIRCULAÇÃO DE ROUPAS – Roupa Limpa

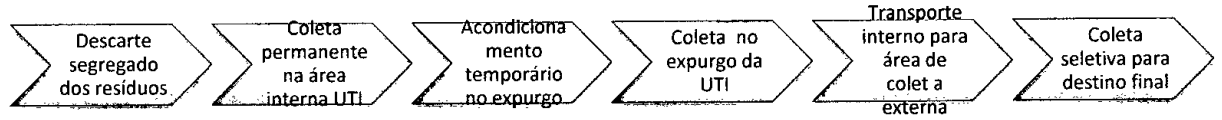


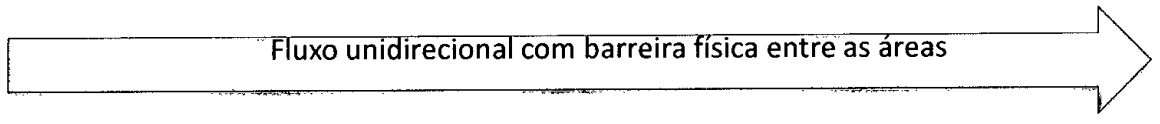


0001775

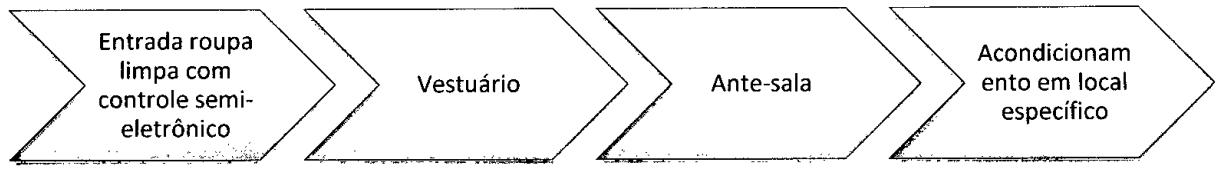
U.T.I – CIRCULAÇÃO DE RESÍDUOS

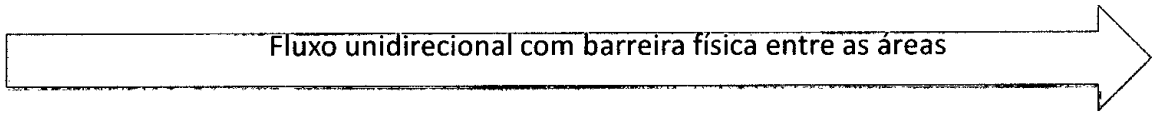
- Profissionais da Higienização exclusivos da U.T.I.
- Profissional da coleta externa à U.T.I. com função exclusiva de coleta nas áreas assistenciais



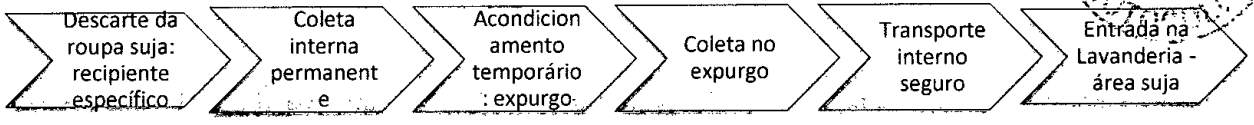


U.T.I. – CIRCULAÇÃO DE ROUPAS – Roupa Limpa





U.T.I. – CICRULAÇÃO DE ROUPAS – Roupa Suja

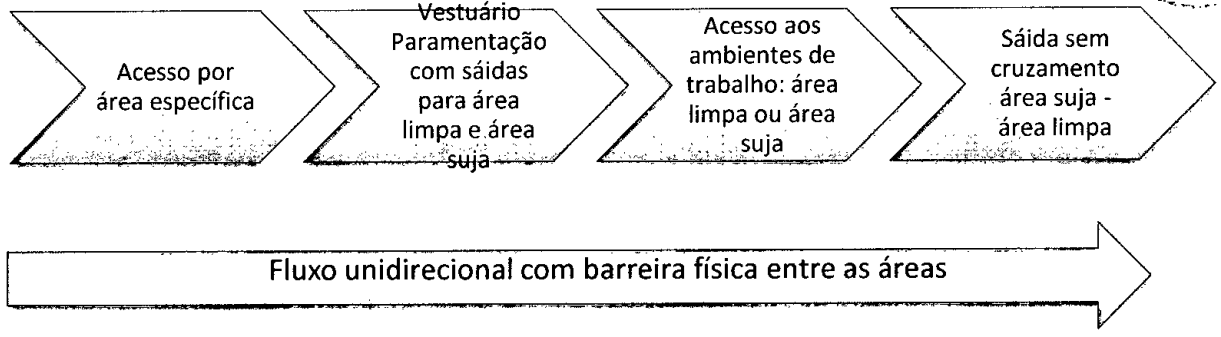


Fluxo unidirecional com barreira física entre as áreas

3 CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)

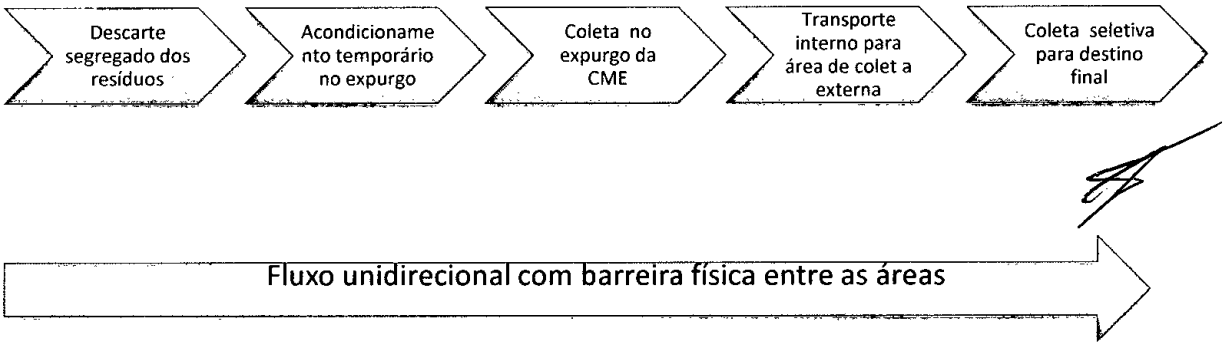
SQC
2607
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

C.M.E. – ACESSO DE FUNCIONÁRIOS

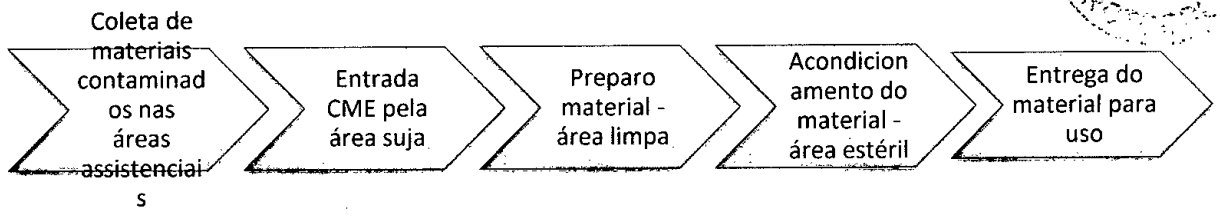


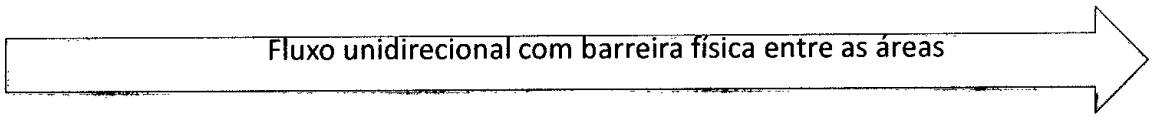
C.M.E. – CIRCULAÇÃO DE RESÍDUOS

- Profissionais da Higienização exclusivos da C.M.E (área suja)
- Profissional da coleta externa à C.M.E. com função exclusiva de coleta



C.M.E. – FLUXO UNIDIRECIONAL DE MATERIAIS





HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS

Aquisição de materiais

↓

Pré Lavagem

↓

Lavagem

↓

Autoclavagem

↓

Preparação

↓

Organização/guarda

↓

Distribuição ---------- Transporte interno seguro

↓

Coleta de material para processamento ---------- Transporte interno seguro

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

5-2690
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS

Aquisição da roupa

↓

Lavagem

↓

Lavagem ---------- Controle diário quantidade (Kg) de roupa lavada

↓

Calandragem

↓

Dobradura

↓

Organização/guarda --------- Controle do Uso do enxoval – rotatividade destino

↓

Transporte interno seguro --------- Distribuição da roupa limpa --------- Controle diário/quantidade roupas por serviço

↓

Coleta de roupa suja

000121

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA REGISTRO E DOCUMENTOS

Chefia identifica necessidade
de emissão de documentos

↓

Contata secretária responsável
Pelo controle de emissão de documentos

↓

Recebe código/numeração
do documento a ser emitido

↓

Registra documento

↓

Emite documento interno
Ou externo – conforme
Ocasião e necessidade

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

2612

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE

Descarte dos resíduos sob
Segregação pelos
Diversos serviços

↓

Coleta seletiva dos
resíduos

↓

Transporte interno à área
de guarda temporária

↓

- Coleta final dos resíduos recicláveis por parceiros
- Coleta final dos resíduos comuns pelo serviço público
- Coleta final dos resíduos hospitalares por terceiro especializado

Controle diário da quantidade (Kg)
Dos resíduos coletados por
tipologia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
213
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
PROPOSTA TÉCNICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

000134

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
2614
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Protocolos Assistenciais

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

1. NORMAS DO CENTRO CIRÚRGICO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Centro Cirúrgico**	EO.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Centro Cirúrgico**		Revisão	
		Nº:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do serviço do centro cirúrgico.

Normas

- Os funcionários que trabalham no Centro Cirúrgico devem registrar o cartão de ponto na entrada e saída do plantão;
- Todos os funcionários deverão estar devidamente uniformizados com as roupas padronizadas pela instituição;
- É vedado aos funcionários o uso de adornos durante a jornada de trabalho dentro do Centro Cirúrgico;
- A equipe do Centro Cirúrgico deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso;
- Os funcionários deverão verificar diariamente a integridade dos materiais e equipamentos, registrando qualquer intercorrência com os mesmos;
- Registrar diariamente as intercorrências ocorridas no Livro de Registro do setor;
- Ler diariamente o Livro de Registro das ocorrências;
- Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão;
- Manter o setor organizado durante e ao final do plantão;
- Manter silêncio dentro do Centro Cirúrgico;
- É vedado aos funcionários do Centro Cirúrgico alimentar-se dentro setor;
- Cumprir rigorosamente aos horários de entrega e recebimento de materiais;
- Durante o plantão o funcionário deverá permanecer dentro do setor;
- Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho;
- Usar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- As trocas de plantão somente serão efetuadas quando acordadas previamente com a Coordenação de Enfermagem;
- As trocas de plantão dentro do mês ficam restritas a três trocas, salvo necessidade justificada junto à Coordenação de Enfermagem;
- Todos os funcionários (Médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e serviços de apoio) do Centro Cirúrgico deverão manter-se vestidos com as roupas especiais do setor – touca e pro-pés;
- É vedada a circulação de funcionários de outras unidades dentro do Centro Cirúrgico, salvo autorização da chefia imediata do serviço;
- É vedada a entrada de acompanhantes no setor – enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem;
- Colher o sangue do cordão umbilical imediatamente após o parto e encaminhado para laboratório.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

2. ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO

SES 2616 FLS.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.1 Emissão
Tarefa: Recebimento de plantão pelos auxiliares e técnicos de enfermagem		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades
- Receber o plantão;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Checar o mapa cirúrgico;
- Checar sala de cirurgia;
- Solicitar maletas de anestesia lacradas à farmácia;
- Solicitar limpeza e higienização da sala de cirurgia após cada procedimento realizado;
- Checar caixa de instrumental antes de cada procedimento;
- Trocar cal sodada sempre que o anestesista solicitar, obedecendo aos critérios de identificação do frasco com data, hora e assinatura;
- Checar roupas, laps e compressas cirúrgicas.

Cuidados
- Atenção ao checar o mapa cirúrgico e a sala de cirurgia a fim de evitar a falta de material e/ou medicamentos necessários;
- Atenção ao trocar a cal sodada para que a identificação no frasco seja feita de forma correta;
- Atenção ao checar a caixa de instrumental cirúrgico para que não haja transtornos na hora do procedimento;
- Após cada procedimento cirúrgico enviar os instrumentais para a CME para desinfecção e esterilização.

Ações em caso de não conformidade
- Se a maleta de anestesia vier com o lacre rompido, devolver para a farmácia e solicitar outra maleta de anestesia;
- Se não houver roupas, laps e compressas em quantidades necessárias, solicitar aos respectivos setores a reposição das mesmas;
- Informar à chefia imediata toda e qualquer intercorrência na unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Regina

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.2 Emissão Revisão No: Data:

Tarefa: Recebimento de plantão pela enfermeira

FLS. 261
RUBRICA
PROTOCOLO

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, fichas e material de reposição.

Atividades
- Verificar se todos os equipamentos estão em perfeito funcionamento;
- Supervisionar o serviço dos auxiliares e técnicos de enfermagem durante o plantão;
- Conferir as fichas de gastos;
- Controlar o psicotrópicos;
- Checar o carro de emergência, fazendo as reposições necessárias e posteriormente mantê-lo lacrado;
- Inspecionar o Centro Cirúrgico quanto à organização e limpeza;
- Conferir a presença do pessoal escalado para o plantão e distribuir as tarefas;
- Checar o mapa cirúrgico;
- Supervisionar o serviço dos auxiliares e técnicos de enfermagem;

Cuidados
- Atenção ao checar mapa cirúrgico, observando se há algum procedimento de urgência e/ou algum procedimento cancelado;
- Atenção ao checar os psicotrópicos para ver nada falta.
- Atenção ao verificar os equipamentos, sobretudo os equipamentos de manutenção à vida;
- Atenção ao checar o carro de emergência para evitar transtornos na hora em que for preciso usá-lo.

Ações em caso de não conformidade
- Solicitar o serviço de manutenção quando algum equipamento apresentar defeito;
- Informar à farmácia e à Coordenação de Enfermagem quando a quantidade de psicotrópicos não estiver em conformidade;
- Comunicar à Coordenação de Enfermagem toda e qualquer intercorrência na unidade;
- Solicitar à Coordenação de Enfermagem reposição de profissional quando alguém faltar a escala do dia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Gerência 13/01/16

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.3 Emissão FLS. Revisão No: Data:
Tarefa: conferência dos equipamentos do carro de anestesia		

SES
CIRÚRGICA

Executante Médico anestesista.
Resultados esperados Garantir a segurança de todos os usuários durante os procedimentos cirúrgicos.
Recursos Necessários Carro de anestesia.
Atividades • Realizar testes diários em todos os equipamentos e materiais do carro de anestesia; • Registrar diariamente o resultado dos testes realizados no carro de anestesia; • Controlar o uso da cal sodada.
Cuidados Ter bastante atenção na hora armazenar os produtos, verificando os lotes e os prazos de validade.
Ações em caso de não conformidade Se algum equipamento estiver apresentando defeito, encaminhar imediatamente para a manutenção consertar e solicitar uma substituição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

00137

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.4 Emissão:
Tarefa: Assistência de enfermagem no pré-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Atendimento cordial ao usuário e garantir a perfeita funcionalidade do centro cirúrgico.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.).

Atividades

- Ligar para o setor de internação e solicitar que encaminhe o usuário para o centro cirúrgico;
- Receber e acolher o usuário com cordialidade, chamando-o pelo nome;
- Fazer a admissão do usuário, checando todas as informações (patologias e/ou alergias medicamentosas) contidas no prontuário deste;
- Solicitar ao usuário a retirada de todos os adornos, próteses, roupa íntima e grampos de cabelo;
- Colocar no usuário com gorro e pro-pés antes do procedimento cirúrgico;
- Realizar tricotomia no usuário, antes do procedimento cirúrgico;
- Aplicar pré-anestésico no usuário;
- Fazer reserva de sangue e/ou solicitar transfusão de sangue, conforme indicações contidas no prontuário do usuário;
-

Cuidados
Ter bastante atenção ao ler as informações contidas no prontuário do usuário, evitando erros que possam por em risco a vida deste.

Ações em caso de não conformidade
Detectando alguma anormalidade no usuário e/ou discrepância nas informações contidas no prontuário deste, comunicar o médico cirurgião imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.5 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência de enfermagem no trans-operatório		

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico e dar suporte ao médico cirurgião.

Recursos Necessários
Mês, cadeira, folha de gastos, folha de anestesia, livro de registro de procedimentos realizados e caneta.

Atividades

- Checar todo o instrumental cirúrgico antes da realização do procedimento, verificando se está esterilizado;
- Anexar no prontuário do paciente os comprovantes de esterilização do instrumental cirúrgico utilizado durante o procedimento;
- Controlar a quantidade de compressas cirúrgicas usadas durante o procedimento cirúrgico;
- Permanecer na sala de cirurgia durante o procedimento cirúrgico, auxiliando o médico cirurgião em tudo que ele necessitar;
- Descrever na folha de anestesia a indução anestésica, hora de início da cirurgia e as medicações utilizadas;
- Registrar no livro de procedimentos o início do procedimento, tipo de procedimento, nomes da equipe médica e o nome do paciente;
- Registrar na folha de gastos, tudo que foi utilizado durante o procedimento cirúrgico.

Cuidados

- Ter atenção ao checar o instrumental cirúrgico, evitando possíveis infecções;
- Ter atenção ao registrar as informações no livro de procedimentos e na folha de gastos, evitando perdas de informações e/ou erros de registro.

Ações em caso de não conformidade
Se for detectado que o instrumental cirúrgico não obedece aos padrões de esterilização, informar a instrumentadora e solicitar outro instrumental devidamente esterilizado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP 6 FLS. 262 Emissão Revisão
Tarefa: Assistência de enfermagem no pós-operatório		No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas do pós-operatório sejam cumpridas visando à segurança do paciente e o correto registro das informações sobre o procedimento cirúrgico realizado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, livro de registro de procedimentos realizados, prontuário do paciente, e telefone.

Atividades

- Encaminhar o paciente para CRPA ou para a unidade internação de origem, após a liberação do médico anestesista;
- Registrar no prontuário do paciente o final do procedimento cirúrgico;
- Conferir a quantidade de compressas utilizadas durante o procedimento cirúrgico;
- Conferir a caixa de instrumental cirúrgico;
- Encaminhar a caixa de instrumental cirúrgico para o CME;
- Conferir a maleta anestésica;
- Encaminhar para a farmácia a maleta anestésica com o lacre violado;
- Registrar no livro de procedimentos final do procedimento cirúrgico;
- Enviar o prontuário do paciente ao setor onde ele se encontra (CRPA ou unidade de internação) com todas as informações registradas;
- Informar a equipe do setor onde se encontra o paciente (CRPA ou unidade de internação) as medicações prescritas e o horário de administração das mesmas.

Cuidados

- Atenção no registro das informações do procedimento, medicações, horários de administração destes, no prontuário do paciente;
- Atenção na conferência do instrumental cirúrgico e maleta anestésica, evitando perdas;
- Atenção no registro das informações do procedimento cirúrgico realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo a falta de algum instrumental, informar imediatamente a chefia imediata do centro cirúrgico e ao CME;
- Percebendo algum dano na maleta anestésica, informar imediatamente à farmácia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.7 Emissão Revisão
Tarefa: Solicitação de psicotrópicos		No: Data:

553 2222 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir o controle dos medicamentos psicotrópicos.

Recursos Necessários
Receituário de medicações.

Atividades
- Solicitar a equipe médica receita com os psicotrópicos utilizados durante o procedimento cirúrgico;
- Solicitar a equipe médica receita dos psicotrópicos que serão administrados ao paciente no pós-operatório;
- Encaminhar para a farmácia as receitas dos psicotrópicos prescritos pela equipe médica.

Cuidados
Atenção ao encaminhar as receitas para a farmácia, evitando perdas ou extravios.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo a perda de alguma receita de psicotrópico, informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e a farmácia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Gregina

200191

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.8 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência de enfermagem no procedimento obstétrico		

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Acolhida cordial à parturiente e registro correto das informações sobre o procedimento e o RN.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, ficha de admissão do paciente, ficha de declaração dos nascidos vivos (DNV), telefone e caneta.

Atividades

- Receber e acolher a parturiente;
- Fazer a admissão da parturiente no centro obstétrico;
- Solicitar a presença de pediatra na sala de parto para recepção do RN;
- Auxiliar o pediatra nos cuidados ao RN;
- Preencher corretamente a Declaração de Nascidos Vivos

Cuidados
Atenção no preenchimento correto da Declaração de Nascidos Vivos.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo algum erro de preenchimento na DNV, emitir uma nova declaração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.9
		Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no procedimento obstétrico		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Registro correto das informações no livro de procedimentos e garantir que mãe e filho estejam correta e devidamente identificados.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, pulseiras de identificação (mãe e filho), telefone e caneta.

Atividades

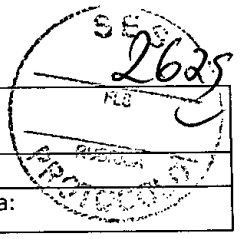
- Registrar no livro de procedimentos as informações sobre o tipo de parto (normal ou cesariana), equipe médica, início e fim do procedimento realizado;
- Preencher corretamente com letra legível as pulseiras de identificação (nome da puérpera, sexo do RN, data e hora do nascimento);
- Colocar na puérpera e no RN as pulseiras de identificação;
- Verificar e registrar as condições do penso cirúrgico, nos casos de cesarianas, antes de encaminhar a puérpera para a unidade de internação de origem;
- Informar a unidade de internação da puérpera que a mesma está sendo encaminhada;
- Encaminhar puérpera para a unidade internação de origem, após prescrição médica;
- Identificar e protocolar os restos placentários dentro de geladeira própria, antes de enviá-los para o velório;
- Conferir a caixa de instrumental utilizada no procedimento obstétrico;
- Encaminhar para o expurgo do CME a caixa de instrumental;
- Solicitar ao serviço de higienização, limpeza e desinfecção da sala cirúrgica;
- Colher amostra sanguínea do cordão umbilical do RN para realização de sorologias;
- Identificar corretamente o cordão umbilical do RN e encaminhá-lo sob protocolo para o laboratório;
- Identificar e protocolar o corpo do RN Nati-Morto com menos de 500g;
- Encaminhar para o velório, em geladeira própria, o RN Nati-Morto com menos de 500g, após o médico pediatra emitir a Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g.

Cuidados

- Atenção no preenchimento correto das pulseiras de identificação da mãe e do filho, evitando transtornos de trocas de recém-nascidos;
- Atenção na identificação do cordão umbilical, antes de enviá-lo para o laboratório;
- Atenção na identificação do RN Nati-Morto com menos de 500g, antes de enviar para o velório.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que houve um erro nas pulseiras de identificação, informar à chefia imediata e refazer as pulseiras com as informações corretas;
- Percebendo que houve um erro na identificação do cordão umbilical do RN, solicitar ao laboratório que devolva o material para fazer as correções;
- Percebendo que falta instrumental dentro da caixa utilizada no procedimento cirúrgico, informar a chefia imediata e ao CME;



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.10 Emissão 2626 Revisão No: Data:

Tarefa: Encaminhamento do recém-nascido para o berçário

Executante
Médico pediatra.

Resultados esperados
Garantir que o recém-nascido está em condições de ser levado para o berçário.

Recursos Necessários

Atividades
- Examinar o recém-nascido, verificando todos os sinais vitais
- Verificar se o recém-nascido está com a devida pulseira de identificação;
- Encaminhar recém-nascido para o berçário.

Cuidados
Atenção ao verificar os sinais vitais do recém-nascido.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que o recém-nascido apresenta algum problema, seguir com os protocolos médicos garantindo a segurança e vida do RN.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.11 Emissão
Tarefa: Emitir Declaração de Óbito de RN Nati-Morto com menos de 500g		Revisão No: Data:

Executante Médico pediatra.
Resultados esperados Assegurar que o protocolo com RN nati-morto com menos de 500g seguiu os tramites legais.
Recursos Necessários Mesa, cadeira, Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g, caneta e carimbo com identificação do médico pediatra.
Atividades • Preencher Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g; • Assinar e carimbar a declaração, entregando à equipe de enfermagem.
Cuidados Atenção ao preencher a Declaração, evitando erros.
Ações em caso de não conformidade Percebendo que houve erro de preenchimento na declaração, emitir uma nova declaração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.12
		Emissão:
Tarefa: Encaminhamento da gestante para o pré-parto		Revisão
		No: Data:

Executante Médico obstetra.
Resultados esperados Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.
Recursos Necessários Cama e luvas para exame.
Atividades Examinar a gestante, verificando se a mesma já está entrando em trabalho de parto.
Cuidados Atenção ao realizar o exame, confortando a gestante.
Ações em caso de não conformidade Se a gestante não estiver em trabalho de parto, aguardar no leito da unidade de internação que a mesma se encontra.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.13 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Checagem de centro cirúrgico para realização do parto		

SES FLS. 0629 RUBRICA PROTOCOLO

Executante Enfermeira
Resultados esperados Agilizar os procedimentos para a realização do parto.
Recursos Necessários Telefone.
Atividades • Comunicar ao centro cirúrgico a utilização do leito de pré-parto; • Verificar e checar o preparo da sala de parto.
Cuidados Atenção ao preparo da sala de parto para que não falte nada.
Ações em caso de não conformidade Nos casos em que falte alguma coisa na sala de parto, providenciar imediatamente a reposição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Gregiura

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.14 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Admissão da gestante no pré-parto		

SES 2650 FLS. RUBRICA

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.

Recursos Necessários
Ficha de admissão da gestante e caneta.

Atividades

- Receber a gestante;
- Realizar a admissão da gestante;
- Monitorar a gestante, se for necessário;
- Solicitar a presença de profissionais da saúde para dar suporte emocional a gestante se for necessário;
- Comunicar ao serviço social, nutrição e recepção de internação sobre a permanência da gestante no leito de Pré-parto.

Cuidados
Atenção nos casos em que a gestante necessita de monitoramento, ou da presença de profissionais da saúde para suporte emocional da mesma.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que o estado da gestante apresentar alguma anormalidade, chamar o médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Gleyciane 00197

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.15 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência de enfermagem à gestante no pré-parto		

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.

Recursos Necessários
Telefone, prontuário da gestante e caneta.

Atividades

- Monitorar a gestante continuamente, solicitando avaliação do médico obstetra sempre que achar necessário;
- Observar se a gestante está com perda de líquidos, sangue ou dejetos e informar ao médico obstetra em caso afirmativo;
- Comunicar ao centro cirúrgico que a gestante está sendo encaminhada, após solicitação do médico obstetra;
- Comunicar ao médico pediatra que a gestante está sendo encaminhada para o centro cirúrgico;
- Encaminhar a gestante para o centro cirúrgico;
- Solicitar ao serviço de higienização, a limpeza e desinfecção do leito de pré-parto;
- Fechar a sala de pré-parto, após a desinfecção do mesmo.

Cuidados

- Atenção no monitoramente da gestante quanto à perda de líquidos, sangue e dejetos, informando ao médico obstetra imediatamente;
- Não se esquecer de comunicar ao médico pediatra que a gestante está sendo encaminhada para o centro cirúrgico, para que este recepcione o RN;
- Não se esquecer de fechar a sala de pré-parto, após a desinfecção do mesmo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que o estado da gestante apresentar alguma anormalidade, chamar o médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.16 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilizar o atendimento do funcionário que sofreu o acidente de trabalho, garantindo que todos os protocolos de segurança sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Telefone e luvas para exame.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;
- Solicitar suporte emocional aos profissionais da saúde se for necessário;
- Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.

Cuidados
Não se esquecer de comunicar a todos os setores envolvidos com acidente de trabalho com perfuro-cortante.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.16 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir atendimento ágil e eficiente ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.

Recursos Necessários
Luvas para exame, caneta, ficha de programação de avaliação de sorologias e ficha de relatório médico para encaminhamento de funcionário

Atividades

- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Avaliar o grau de risco de transmissão;
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subseqüente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão;
- Encaminhar o funcionário para o Hospital Central Roberto Santos (HCRS) – Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados

- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão;
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o HCRS, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.17 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Solicitação de roupa à lavanderia		

SES 1634 FLS

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir estoque de roupas suficientes dentro do Centro Cirúrgico.

Recursos Necessários
Ficha de previsão de roupa e caneta.

Atividades

- Checar o estoque de roupas existentes no setor;
- Fazer previsão de roupas para o período;
- Solicitar roupas à lavanderia nos horários determinados (manhã e tarde);
- Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
- Revisar as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
- Guardar as roupas recebidas no armário destinado as mesmas.

Cuidados

- Atenção na conferência do estoque de roupara para fazer uma previsão correta;
- Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia, para não guardar roupas que na estejam acondicionadas da forma correta.

Ações em caso de não conformidade
Devolver à lavanderia as roupas que não vierem acondicionadas de forma correta e solicitar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Gerência

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.18 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Descarte de roupa suja		

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.

Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Atividades

- Observar diariamente, em todos os turnos, as condições do lençol da maca e LAP cirúrgico;
- Realizar a troca de lençol da maca após o uso do paciente;
- Colocar no Hamper toda a roupa e/ou veste suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), considerando-a contaminada;
- Recolher ao final de cada procedimento cirúrgico toda a roupa existente na sala de cirurgia e colocá-la no Hamper;
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 1/3 da capacidade;
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

- Atenção ao checar as condições das roupas do centro cirúrgico, evitando que peças sujas/contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que o lençol da maca e o LAP cirúrgico ainda foram trocados, substituí-los imediatamente;
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.19
		Emissão: 16/36
Tarefa: Solicitação do serviço de manutenção		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta, ficha de ordem de serviço e livro de ocorrência.

Atividades
- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de avaliação da manutenção;
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias;
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção;
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material considerado irregular.

Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento/material que necessita de avaliação do serviço de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
- Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem;
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento e/ou material necessitar sair do setor, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.20 Emissão
Tarefa: Autorização de saída externa de equipamento e/ou material do centro cirúrgico		Revisão No: Data:

Executante
Coordenadora de Enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência e caneta.

Atividades

- Registrar dia, hora e setor de saída do equipamento e/ou material que necessitar de reparos feitos fora do setor;
- Informar a equipe do centro cirúrgico o motivo pelo qual o equipamento/material está sendo levado para o setor de manutenção;
- Aguardar retorno do equipamento/material para o centro cirúrgico;
- Testar o equipamento/material quando da volta do setor de manutenção, juntamente com o funcionário do referido serviço.

Cuidados
Atenção na hora de testar o equipamento/material para só recebê-lo se ele estiver em perfeitas condições de uso.

Ações em caso de não conformidade
Se na hora de testar o equipamento/material perceber que este não está funcionando direito, devolver ao funcionário da manutenção para novos reparos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. NORMAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Setor de Internamento		Revisão Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do Setor de Internamento.

Normas

- Os funcionários que trabalham no setor de internamento devem registrar o cartão de ponto na entrada e saída do plantão;
- Todos os funcionários deverão estar devidamente uniformizados com as roupas padronizadas pela instituição;
- A equipe do setor de internamento deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso;
- Os funcionários deverão verificar diariamente a integridade dos materiais e equipamentos, registrando qualquer intercorrência com os mesmos;
- Registrar diariamente as intercorrências ocorridas no Livro de Registro do setor;
- Ler diariamente o Livro de Registro das ocorrências;
- Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão;
- Manter o setor organizado durante e ao final do plantão;
- Manter silêncio dentro do setor de internamento;
- É vedado aos funcionários do setor de internamento alimentar-se dentro setor;
- Cumprir rigorosamente aos horários de entrega e recebimento de materiais;
- Durante o plantão o funcionário deverá permanecer dentro do setor;
- Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho;
- Usar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- As trocas de plantão somente serão efetuadas quando acordadas previamente com a Coordenação de Enfermagem;
- As trocas de plantão dentro do mês ficam restritas a três trocas, salvo necessidade justificada junto à Coordenação de Enfermagem;
- Tem direito a acompanhante os pacientes portadores de algum tipo de deficiência, idade acima de 65 anos, crianças e menor de idade;
- Todo acompanhante deverá portar o "cartão de acompanhante" emitido pelo Serviço Social e/ou Enfermagem (à noite e aos domingos), enquanto estiver acompanhando o paciente;
- É obrigatória a lavagem das mãos antes e após a realização de cada procedimento, visando evitar o risco de infecção e/ou contaminação;
- O médico deverá informar ao paciente, antes da cirurgia, quando o mesmo vai necessitar de hemo-transfusão;
- Antes de realizar qualquer transfusão sangüínea no paciente, verificar se não existe preconceitos religiosos;
- A ambulância deverá aguardar no Banco de Sangue a liberação de bolsas de sangue solicitadas e transportá-las SEMPRE em caixa térmica com gelo e sem manter contato direto com as mesmas;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exame interno deverá ser feito mediante a presença de profissional de enfermagem portando o prontuário do paciente com o encaminhamento na evolução;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exames externos deve ser feito mediante a presença de um profissional da enfermagem ~~e~~/ou acompanhante~~/~~responsável pelo paciente, portando documento e ficha de encaminhamento (original), com encaminhamento na evolução.;
- Nenhum paciente poderá sair de lata hospitalar sem estar acompanhando de um familiar ou responsável.

Regina



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4. NORMAS DE ISOLAMENTO DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.2	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas que regulamentam o funcionamento da área de Isolamento da Unidade de Internamento**		Revisão	
		Nº:	Data:

Normas

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por microorganismos epidemiologicamente importantes, que são transmitidos por contato direto com o paciente (mãos ou pele) e/ou contatos indiretos (contatos com superfícies ambientais ou itens de uso do paciente) devem adotar as seguintes precauções:

    1. **Internar o paciente em quarto individual (isolamento).** Se não for possível, colocar o paciente no mesmo quarto em que já exista outros pacientes internados apresentando infecção pelo mesmo microorganismo. A CCIH deverá ser consultada, nos casos de dúvidas antes da internação do paciente;

    2. **Usar luvas limpas não estéreis ao entrar no quarto do paciente e durante o tempo do atendimento do mesmo.** Trocá-las após contato com material infectado com alta concentração de microorganismos (fezes, secreções de feridas, etc.). Retirar as luvas após o uso, antes de deixar o ambiente. Lavar as mãos com anti-séptico. Assegurar que as mãos não toquem as superfícies ambientais ou itens do quarto do paciente para evitar transferência de microorganismos para outros pacientes e ambientes;

    3. **Usar avental limpo não necessariamente estéril ao entrar no quarto, quando existir a possibilidade de um contato substancial com o paciente contaminado** (incontinente, diarréico, com ileostomia, colostomia ou drenagem de ferida não contida pelo curativo) ou itens do quarto. Retirar o avental antes de deixar o quarto. Assegurar que as roupas pessoais não entraram em contato com superfícies potencialmente contaminadas, evitando a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambientes.

    4. **Transportar o paciente para outros ambientes, somente o estritamente necessário.** Assegurar que as precauções sejam mantidas para diminuir o risco de transmissão de microorganismos para outros pacientes e a contaminação de superfícies ambientais, equipamentos, quando o paciente necessitar ser levado para fora do quarto.

    5. **Os equipamentos de uso (estetoscópio, termômetro, etc.)** deverão ser utilizados somente para o paciente infectado. Caso não seja possível, os equipamentos devem ser limpos e desinfectados com álcool à 70% antes de ser utilizado em outro paciente.

    6. **Os itens com os quais o paciente entra em contato e as superfícies ambientais devem ser submetidas à limpeza diária.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes com suspeita de infecção ou confirmada por microorganismos transmitidos por aerossóis (partículas de tamanho = 5 µm) que permanecem suspensas no ar e que podem ser dispersadas a longas distâncias (varicela, sarampo e tuberculose) deve tomar as seguintes precauções:

    1. **Internar paciente em quarto isolado com pressão de ar negativa em relação à área adjacente.** Trocar o ar a cada seis horas, no mínimo. Filtrar o ar do quarto utilizando filtros

de alta eficiência (filtro HEPA – High-Eficiency Particulate Air), antes da circulação do ar para as outras áreas do hospital. Manter as portas do quarto sempre fechadas.

2. **Usar proteção respiratória sempre que for entrar em contato com o paciente (máscara com capacidade de filtragem e vedação lateral adequadas).** Pessoas com suscetibilidade a sarampo e varicela não devem entrar em quarto de pacientes com suspeitas dessas infecções.

3. **O transporte de paciente infectado deve ser o mínimo necessário, mas quando houver indicação, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes portadores ou infectados por microorganismos transmitidos por gotículas de tamanho maior que 5 µm, que podem ser gerados durante tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos deve tomar as seguintes precauções:

1. **Internar o paciente em quarto isolado.** Quando não houver a possibilidade, colocá-lo em quarto com paciente que apresente infecção pelo mesmo microorganismo. A distância entre os dois pacientes ou entre paciente e visitante deve ser de um metro. Realizar ventilação e circulação do ar especiais dentro do quarto.

2. **Deve ser utilizada máscara sempre que a proximidade com o paciente for menor que um metro.**

3. **Limitar ao mínimo possível o transporte do paciente** infectado, mas quando for necessário, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Regina

5. ROTINAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.1 Emissão SEC 1642 FLS Revisão No: Data:
Tarefa: Recebimento de plantão pelos auxiliares e técnicos de enfermagem		

Executante Auxiliares e técnicos de enfermagem.
Resultados esperados Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.
Recursos Necessários Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.
Atividades • Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados; • Ler o Livro de Registro de Ocorrências; • Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.
Cuidados Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.
Ações em caso de não conformidade Solicitar a enfermeira chefe da unidade que esclareça quaisquer dúvidas que venham a surgir quanto ao início das rotinas diárias.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.2 Emissão
Tarefa: assistência de enfermagem na unidade de internamento		Revisão 2643 No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário do paciente, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e caneta.

Atividades

- Administrar medicação dos pacientes, conforme prescrição médica;
- Checar nominalmente as medicações com as prescrições;
- Registrar na evolução do paciente os cuidados de higiene realizados;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Verificar sinais vitais dos pacientes e registrar na folha de evolução;
- Observar o funcionamento de sondas e cateteres;
- Encaminhar e/ou acompanhar pacientes para transferências;
- Realizar a mudanças de decúbito nos pacientes;
- Massagear os pacientes, quando estes necessitarem;
- Pegar material esterilizado na CME;
- Utilizar os EPI's corretos durante a execução dos procedimentos de enfermagem;
- Levar material sujo para o expurgo;
- Encaminhar pacientes para realizarem exames, quando estiverem prescritos;
- Registrar na folha de evolução do prontuário do paciente, a higiene realizada no mesmo;
- Orientar os familiares e/ou visitantes do paciente quanto à importância da lavagem das mãos;
- Identificar os equipos instalados com data e hora da instalação;
- Identificar os curativos de punção venosa com data e hora da punção e, o nome do profissional responsável;
- Quando necessário, utilizar placas de identificação nos leitos dos pacientes, tais como: jejum, RX, USG, exame laboratorial, etc..

Cuidados

- Atentar para as medicações dos pacientes, que somente podem ser ministradas, após a conferência das prescrições médicas;
- Atentar para as sondas e cateteres dos pacientes para evitar complicações no quadro do paciente;
- Atentar para o registro de todas as informações necessárias na folha de evolução do prontuário do paciente;
- Atentar para a nominação nos leitos dos pacientes (jejum, RX, USG, etc.), evitando erro e/ou esquecimento quanto aos procedimentos a serem realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar a enfermeira chefe da unidade de internamento esclarecimentos quando tiver dúvidas sobre alguma rotina;
- Informar a enfermeira chefe da unidade internamento toda e qualquer alteração nas rotinas e/ou evolução dos pacientes, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.3 Emissão SE Revisão No: Data:
Tarefa: Recebimento de plantão pela enfermeira		

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades
- Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.

Cuidados
Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.

Ações em caso de não conformidade
Informar a Coordenação de Enfermagem qualquer alteração observada no registro das ocorrências, solicitando esclarecimentos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Regina

000211

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.4 Emissão Revisão No: Data:

Tarefa: Coordenação de enfermagem na unidade de internamento

SES 744 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, livro de ocorrências, carro de emergência, EPI's (luvas, máscaras, óculos, etc.) caneta e carimbo.

Atividades

- Distribuir as rotinas diárias para equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos);
- Estabelecer prioridades de assistência;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Realizar o controle de materiais e medicamentos;
- Supervisionar e controlar o fluxo de visitas dentro da unidade de internamento, atentando para horário e quantidade de visitantes por enfermaria;
- Controlar os psicotrópicos;
- Atualizar o censo diário;
- Revisar e repor os materiais e medicamentos do carro de emergência da unidade;
- Solicitar ao serviço de higienização da limpeza e desinfecção do leito, após alta do paciente;
- Checar e testar o funcionamento dos equipamentos da unidade;
- Emprestar materiais para outros setores, mediante protocolo;
- Informar à recepção, serviço social e nutrição, sempre que admitir um paciente na unidade;
- Registrar todas as intercorrências do plantão em livro apropriado.

Cuidados

- Atenção no controle dos psicotrópicos;
- Atenção na revisão do carro de emergência para que não falte nenhum medicamento e/ou material;
- Atenção nas sondas e cateteres dos pacientes, evitando extravasamento e/ou riscos de alteração no quadro do paciente;
- Não se esquecer de informar à recepção, serviço social e nutrição quando admitir paciente na unidade;
- Não se esquecer de realizar censo diário da unidade.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber a falta de algum psicotrópico informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e/ou Farmácia;
- Se algum equipamento do carro de emergência apresentar algum defeito, chamar o serviço de manutenção para que o mesmo seja consertado;
- Se ocorrer alguma complicação com o paciente, por motivos quaisquer, comunicar imediatamente ao médico plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Regina

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.5 Emissão Revisão No: Data:

Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internamento

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.), leito, EPI's (luvas, óculos, máscaras, etc.).

Atividades

- Verificar se o leito que o paciente irá ocupar está devidamente preparado;
- Receber o paciente chamando-o pelo nome, independente do nível de consciência;
- Colocar o paciente no leito, observando o estado clínico/cirúrgico do mesmo;
- Trocar a roupa do paciente;
- Lavar as mãos com água e sabão antes e após contato com o paciente;
- Verificar e registrar na evolução de enfermagem, os sinais vitais do paciente;
- Monitorar paciente caso seja necessário;
- Prestar cuidados de enfermagem ao paciente, sempre que necessário;
- Registrar as intercorrências em livro próprio;
- Verificar se o paciente tem pertences, para entregá-los aos familiares d mesmo;
- Usar os EPI's adequados durante a realização dos procedimentos;
- Garantir e preservar a privacidade do paciente;
- Monitorar continuamente os pacientes;
- Checar as prescrições médicas no prontuário do paciente.

Cuidados

- Manter atitude cordial e gentil com o paciente ao recebê-lo para admissão;
- Atentar para o uso dos EPI's corretos antes da realização dos procedimentos de enfermagem;
- Sempre lavar as mãos antes e depois de tocar no paciente;
- Não ministrar nenhuma medicação ao paciente sem antes conferir a prescrição médica.

Ações em caso de não conformidade
Toda e qualquer alteração e/ou intercorrência com o paciente e/ou rotinas da unidade, comunicar a enfermeira chefe, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.7 Emissão
Tarefa: Administração de medicamentos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente tome a medicação prescrita de forma correta e segura.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, prescrição médica, medicamentos, material médico-hospitalar, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e prontuário do paciente.

Atividades

- Ler atentamente a prescrição médica;
- Ler atentamente o rótulo do medicamento antes de prepará-lo;
- Lavar as mãos antes de preparar a medicação e antes de administrá-la ao paciente;
- Identificar o paciente com a medicação:
    1. Paciente certo;
    2. Medicação certa;
    3. Mora certa;
    4. Via certa;
    5. Dose certa;
- Manter silêncio e atenção durante o preparo da medicação;
- Verificar o prazo de validade do medicamento;
- Identificar o recipiente que comporta a medicação com: nome do paciente, medicação, número do leito, dose, via e horário;
- Usar EPI correto (luvas) na administração de medicação venosa;
- Administrar a medicação no paciente.

Cuidados

- Ter bastante atenção quando for preparar a medicação, verificando a prescrição corretamente;
- Nunca administração medicação venosa sem o uso do EPI correto (luvas);
- Ler atentamente o rótulo do medicamento e o prazo de validade do mesmo;
- Nunca administrar medicação com dúvidas.

Ações em caso de não conformidade
Se surgir alguma dúvida durante o preparo da medicação e/ou com a prescrição médica, chamar a enfermeira chefe da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.8 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		

Executante Enfermeira.
Resultados esperados Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.
Recursos Necessários Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.
Atividades • Observar o prontuário do paciente, verificando se o mesmo tem indicação de alergias a medicamentos e/ou patologias; • Informar a nutrição, o serviço social e ao centro cirúrgico a admissão de paciente para pré-operatório; • Reservar sangue se houver solicitação; • Orientar ao paciente sobre a troca de roupa.
Cuidados Atenção ao observar o paciente sobre possíveis patologias e/ou alergias medicamentosas, para não por a vida do paciente em risco.
Ações em caso de não conformidade Percebendo alguma patologia e/ou alergia medicamentosa nas informações do paciente, informar ao médico cirurgião imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA	**PROCEDIMENTO**	POP.9

Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão No: Data: 2649

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.

Atividades

- Sinalizar o leito do paciente com a placa de jejum;
- Verificar se o paciente está de jejum;
- Verificar se o paciente está com adorno. Em caso afirmativo, solicitar que sejam retirados;
- Protocolar os adornos do paciente e entregá-los à família e/ou responsável;
- Remover esmalte das unhas do paciente, se for o caso;]
- Encaminhar paciente para o banho aspersão, antes de encaminhá-lo para o centro cirúrgico;
- Realizar o procedimento de tricotomia, se for necessário, uma hora antes da cirurgia;
- Verificar se foi realizada a consulta pré-anestésica;
- Administrar medicação pré-anestésica no horário determinado, caso tenha sido prescrita;
- Protocolar os exames pré-operatórios recebidos e encaminhar junto com o prontuário para o centro cirúrgico;
- Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais.

Cuidados

- Atenção quando for aplicar a medicação pré-anestésica observando a prescrição médica;
- Não se esquecer de remover o esmalte das mãos do paciente;
- Atenção no procedimento de verificação dos sinais vitais do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.10 Emissão 2650
Tarefa: Encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, caneta, exames pré-operatórios, telefone e maca.

Atividades

- Verificar os sinais vitais do paciente e registrar no prontuário do mesmo;
- Solicitar ao paciente que esvazie a bexiga antes de seguir para o centro cirúrgico;
- Observar se todos os adornos, próteses, objetos de metal e peças íntimas do paciente foram retirados;
- Registrar na folha de evolução do prontuário data e hora do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico;
- Informar ao centro cirúrgico que o paciente está pronto;
- Encaminhar o paciente para o centro cirúrgico, juntamente com o prontuário e exames pré-operatórios, quando este solicitar.

Cuidados

- Atenção par que o paciente não suba de bexiga cheia;
- Atenção para não esquecer de encaminhar junto com o paciente o prontuário e os exames pré-operatório;
- Atenção para não esquecer da retirada dos adornos, próteses e pecas íntimas do paciente antes de encaminhar para o centro cirúrgico.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Gregina

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.11 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pós-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, prontuário do paciente e telefone.

Atividades

- Receber o paciente encaminhado do centro cirúrgico;
- Observar o nível de consciência do paciente;
- Controlar rigorosamente os sinais vitais e registrar no prontuário do paciente;
- Observar penso cirúrgico, verificando se existe a presença de sangramento;
- Verificar o funcionamento de drenos e/ou sondas;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Observar a presença de diurese espontânea.

Cuidados
Ter bastante atenção na verificação dos sinais vitais do paciente, assim como das sondas, drenos, penso cirúrgico e diurese.

Ações em caso de não conformidade

- Se o penso cirúrgico apresentar sangramento, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente o médico cirurgião;
- Se os sinais vitais do paciente apresentar alguma alteração, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.12 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar o cumprimento da dieta alimentar prescrita para o paciente, assim como o encaminhamento correto de peças para exame na anatomia patológica, quando estas existirem.

Recursos Necessários
Mapa de dieta, prontuário do paciente, caneta, livro de protocolo, telefone, etiqueta e recipiente contendo a peça.

Atividades
- Receber a prescrição médica, indicando o tipo de dieta do paciente;
- Observar o horário da liberação da dieta;
- Informar ao serviço de nutrição sobre a dieta do paciente;
- Observar o nível de aceitação da dieta por parte do paciente;
- Identificar as peças encaminhadas pelo centro cirúrgico, juntamente com o paciente, para serem encaminhadas para exame de anatomia patológica da seguinte forma:
    1. Nome do paciente;
    2. Nome do médico;
    3. Tipo da peça;
    4. Data;
    5. Nome da pessoa que preparou;
- Protocolar a peça identificada e junto com a requisição de exame da mesma entregar para a família e/ou responsável.

Cuidados
Ter bastante atenção quando for identificar as peças que vão para exame de patologia, evitando trocas e erros.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente não tiver um bom nível de aceitação da dieta, informar ao médico assistente e à nutrição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.13 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente no puerpério		

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente no puerpério receba todos os cuidados necessários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e prontuário do paciente.

Atividades

- Receber a paciente do centro cirúrgico;
- Observar se o penso cirúrgico apresenta sinais de sangramento (no caso de cesariana);
- Observar se existe a presença de loquiação e registra no prontuário da paciente;
- Verificar se a paciente apresenta presença de colostro;
- Verificar se existe a presença de diurese espontânea;
- Estimular na paciente a amamentação e observar a aceitação do RN;
- Observar se a paciente apresenta sinais de mastite, psicose puerperal e infecção.

Cuidados

- Ter bastante atenção quanto as observações no estado geral para paciente;
- Não se esquecer de registrar no prontuário da paciente todas as informações quanto ao quadro clínico da mesma;
- Procurar estimular a amamentação e aceitação por parte do RN.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo a presença de sinas de sangramento no penso cirúrgico, comunicar imediatamente ao médico cirurgião;
Percebendo sinais de mastite, psicose puerperal e/ou infecção na paciente, comunicar ao médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.14 Emissão
Tarefa: solicitação de bolsas de sangue ao HEMOBA para a realização de transfusão sanguínea		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que as bolsas de sangue solicitadas são adequadas para a realização de hemo-tranfusão, evitando riscos para a vida do paciente.

Recursos Necessários
Requisição de transfusão sanguínea, telefone, prontuário do paciente, caneta e ambulância.

Atividades

- Checar no prontuário do paciente se existe solicitação do médico para transfusão sanguínea;
- Entrar em contato com o laboratório para a realização de exame de tipagem sanguínea do paciente;
- Entrar em contato com o HEMOBA informando sobre a necessidade de transfusão, comunicando a tipagem sanguínea do paciente e quantidades de bolsas;
- Solicitar ao laboratório a coleta de amostra de sangue do paciente;
- Acionar o motorista da ambulância, após confirmação do HEMOBA, quanto à disponibilidade de bolsas de sangue compatíveis com o paciente;
- Entregar ao motorista da ambulância a amostra de sangue do paciente, requisição com a solicitação do médico e informar a quantidade de bolsas necessárias;
- Receber a caixa térmica com gelo, contendo as bolsas de sangue.

Cuidados

- Ter bastante atenção quando informar a tipagem sanguínea para evitar erros, que ponham a vida do paciente em risco;
- Não manter contato com as bolsas de sangue.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente e seus familiares apresentarem resistência quanto a realização da transfusão sanguínea comunicar imediatamente ao serviço social e ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.15 Emissão RUBRICA Revisão
Tarefa: Preparo do paciente para a realização de transfusão sanguínea		No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.

Recursos Necessários
Termômetro, prontuário do paciente e caneta.

Atividades
- Verificar a temperatura do paciente antes de iniciar a transfusão sanguínea e registrar no prontuário do mesmo;
- Registrar na evolução do paciente data e hora do início da instalação da bolsa de sangue;
- Monitorar os sinais vitais do paciente durante a transfusão.

Cuidados
- Não se esquecer de anotar data e hora da instalação da bolsa de sangue no prontuário;
- Não se esquecer de registrar no prontuário do paciente todas as informações sobre a transfusão sanguínea.

Ações em caso de não conformidade
- Se o paciente estiver com temperatura elevada, informar ao médico plantonista, antes de instalar a bolsa de sangue;
- Se durante a transfusão de sangue o paciente apresentar alguma alteração, comunicar o médico plantonista imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.16 Emissão Revisão
Tarefa: Instalação da bolsa de sangue		No: Data:

SES 2654 RUBRICA PROTOCOLO

Executante Enfermeira.
Resultados esperados Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.
Recursos Necessários Bolsa de sangue, equipo de uma via, prontuário do paciente, caneta e luvas.
Atividades • Instalar a bolsa de sangue em equipo de uma via, após verificar temperatura e sinais vitais do paciente; • Observar se o paciente apresenta hipertermia; • Observar se o paciente apresenta prurido e hiperemia; • Registrar no prontuário do paciente todas as informações e procedimentos realizados no paciente.
Cuidados • Observar com bastante atenção se o paciente não apresenta nenhuma alteração durante a transfusão de sangue; • O fluxo da bolsa de sangue deverá correr por um período máximo de 4 horas, após esse período suspender o uso da mesma.
Ações em caso de não conformidade • Se o paciente apresentar hipertermia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário; • Se o paciente apresentar prurido e/ou hiperemia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Regina

2022

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.17 Emissão
Tarefa: Encaminhar paciente para a realização de exames complementares de diagnóstico		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que todos os exames complementares de diagnósticos solicitados pelo médico assistente, para o paciente, serão realizados.

Recursos Necessários
Telefone, prontuário do paciente, caneta, requisição de exame e ficha de referência (para exames externos).

Atividades

- Verificar no prontuário do paciente se existe requisição de exames complementares solicitada pelo médico assistente;
- Ligar para o setor de imageologia informando sobre a solicitação de exame, atentando para os seguintes detalhes:
    1. RX – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar que o paciente seja chamado;
    2. USG – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar o chamado;
    3. ECG – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar o chamado, salvo em casos especiais, realizar o exame;
    4. Patologia Clínica – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar que o técnico do laboratório venha realizar a coleta do material;
- Acompanhar o paciente para a realização dos exames levando junto o prontuário do paciente e a solicitação do exame feita pelo médico assistente;
- Ligar para unidade externa que realiza exames complementares, quando os exames solicitados pelo médico não podem ser realizados no HMD;
- Ligar para o serviço social informando da necessidade de acompanhar paciente para a realização de exame fora da instituição.

Cuidados
Atenção ao conferir as solicitações de exames complementares do paciente, evitando que algum deixe de ser realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Se os setores que realizam os exames solicitados na puderem realizar os exames, solicitar uma previsão para a realização dos mesmos e informar ao médico pediatra;
- Se o acompanhante e/ou responsável não estiver com documentação para acompanhar o paciente em exame externo solicitar ao mesmo que vá buscar para então, seguir para a unidade onde o exame será realizado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP 18 Emissão Revisão No: Data:

Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir a segurança do paciente nos casos de transferência.

Recursos Necessários
Formulário de solicitação de transferência de paciente, Ficha de Referência e Contra Referência e telefone.

Atividades

- Comunicar aos familiares sobre a necessidade de transferência do mesmo para outra instituição;
- Ligar para a instituição referenciada para a qual o paciente necessita ser transferido, verificando a existência de vaga e, sendo confirmada, informar sobre a transferência do mesmo;
- Informar ao Serviço Social sobre a transferência do paciente e para qual instituição o mesmo está sendo transferido;
- Preencher corretamente o Formulário de Solicitação de Transferência do paciente;
- Preencher a Ficha de Referência e Contra Referência;
- Verificar o prontuário do paciente e anexar o Formulário de Transferência;
- Ligar para a instituição referenciada informando-se sobre o atendimento do paciente.

Cuidados

- Só transferir o pacient4e quando a vaga na outra unidade de saúde estiver confirmada;
- Preencher corretamente a ficha de encaminhamento do pacient4e.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de ausência de vaga em outra unidade de saúde, solicitar ao Serviço Social que entre em contato com todas as instituições até conseguir uma.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.19 2658 Emissão
Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que a ambulância esteja pronta para a transferência do paciente.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades
- Comunicar ao motorista da ambulância que a mesma vai ser utilizada para transferência do paciente;
- Comunicar à recepção a saída do paciente;
- Acompanhar o paciente na transferência;
- Solicitar o serviço de higienização a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados
- Sempre informar ao motorista da ambulância a necessidade de uso da mesma;
- Sempre informar à recepção sobre a saída do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que a ambulância não esteja na instituição, informar ao médico para aguardar até a ambulância chegar.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.20 SES 769 Emissão FLS. Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilizar o atendimento do funcionário que sofreu o acidente de trabalho, garantindo que todos os protocolos de segurança sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Telefone e luvas para exame.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;
- Solicitar suporte emocional aos profissionais da saúde se for necessário;
- Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.

Cuidados
Não se esquecer de comunicar a todos os setores envolvidos com acidente de trabalho com perfuro-cortante.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP 21 166 Emissão Revisão
Tarefa: Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir atendimento ágil e eficiente ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.

Recursos Necessários
Luvas para exame, caneta, ficha de programação de avaliação de sorologias e ficha de relatório médico para encaminhamento de funcionário.

Atividades

- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Avaliar o grau de risco de transmissão;
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subseqüente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão;
- Encaminhar o funcionário para o Hospital Central Roberto Santos (HCRS) – Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados

- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão;
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o HCRS, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.22 Emissão C Revisão No: Data:
Tarefa: Assistência após a morte pela equipe de enfermagem		

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os protocolos necessários para assistir o paciente após a morte sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, Declaração de Óbito, caneta, mesa, cadeira e telefone.

Atividades

- Desligar todos os aparelhos (se for o caso) aos quais o paciente esteja ligado, após a confirmação do óbito do paciente por parte do médico plantonista;
- Registrar na evolução do prontuário do paciente o horário exato que o médico atestou o óbito para o preenchimento correto da Declaração de Óbito;
- Fornecer ao médico a Declaração de Óbito para que a mesma seja preenchida;
- Comunicar ao Serviço Social sobre o óbito para que o mesmo informe aos familiares;
- Providenciar ambiente privativo para a preparação do corpo;
- Utilizar os EPI's corretos durante a preparação do corpo;
- Encaminhar o corpo, após preparação, para o velório;
- Recolher e encaminhar sob protocolo todos os pertences do paciente para o Serviço Social;
- Protocolar a terceira via da Declaração de Óbito e entregar a família;
- Anexar ao prontuário do paciente a primeira e segunda via da Declaração de Óbito;
- Atualizar o censo diário da unidade de internamento, após o óbito do paciente;
- Encaminhar os equipamentos para limpeza;
- Solicitar ao serviço de higienização que proceda a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados

- Atenção ao colocar na evolução do prontuário o horário exato em que o médico atestou o óbito do paciente;
- Recolher, protocolar e enviar para o Serviço Social todos os pertences do paciente que se encontram na unidade de internamento;
- Atualizar o censo diário da unidade, após o óbito do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se houver alguma dúvida no preenchimento da evolução do prontuário, informar-se com o médico que atestou o óbito do paciente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.23
		Emissão:
Tarefa: Preparação corpo pela equipe de enfermagem para envio ao velório		Revisão:
		No: Data:

SES 2662 RUBRICA

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Assegurar que o corpo do paciente morto receberá os devidos cuidados antes de ser enviado para o velório.

Recursos Necessários
Água, sabão, toalha, faixa crepe, atadura de gaze, atadura crepe, esparadrapo, lençol, maca, EPI's, etiqueta de identificação, livro de protocolo, caneta e telefone.

Atividades

- Colocar os EPI's e mantê-los durante todo o processo de preparação do corpo;
- Colocar o corpo no leito em posição supina, com cabeça elevada para evitar a hipótese sanguínea post morten (coloração arroxeada da face);
- Retirar sondas, cateteres, drenos e/ou cânulas em uso no paciente;
- Lavar o corpo de forma adequada e delicadamente com água e sabão e enxuga-lo com a toalha;
- Realizar curativos em toda e qualquer solução de continuidade que exista na pele do RN;
- Fazer o alinhamento corporal antes da rigidez cadavérica (rigor mortis);
- Recolocar prótese dentária se for o caso;
- Tamponar todos os orifícios e cavidades corporais com algodão seco em pinça longa (inclusive cavidade oral);
- Conter o corpo de forma anatômica (sustentar mandíbula com faixa crepe, prendendo a cabeça a faixa que sai do queixo; unir as mãos sobre o tórax e amarrá-las com atadura de gaze; unir os pés e amarrá-los com atadura crepe);
- Fechar as pálpebras e fixá-las com tiras de esparadrapo;
- Prender na altura do tórax a etiqueta adesiva de identificação do paciente;
- Providenciar maca para transportar o corpo do paciente para o velório;
- Forrar a maca com lençol de tecido e posteriormente com lençol descartável em diagonal;
- Deitar o corpo do paciente sobre o lençol descartável e dobrar o lençol sempre na diagonal, como se estivesse fazendo um envelope enrolando todo o corpo;
- Colocar a 2.ª etiqueta adesiva de identificação sobre o lençol descartável;
- Registrar no livro de protocolo o envio do corpo para o velório;
- Informar à portaria a descida do corpo para o velório;

Cuidados

- Atenção em cada procedimento do preparo do corpo;
- Atenção ao colocar a etiqueta de identificação do paciente, facilitando a visualização da mesma;
- Atenção ao entregar o corpo do paciente ao funcionário da portaria, trazendo de volta o livro de protocolo devidamente assinado.

Ações em caso de não conformidade
Observando alguma intercorrência durante o processo de preparo do corpo do paciente, comunicar imediatamente a chefia imediata da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.24 2663 Emissão
Tarefa: Identificação e encaminhamento do corpo para o velório		Revisão
		No: Data:

Executante Enfermeira.
Resultados esperados Assegurar a identificação correta do corpo do paciente e a entrega do mesmo no velório.
Recursos Necessários Etiqueta de identificação, caneta, livro de protocolo, declaração de Nascidos Vivos e Declaração de Óbito.
Atividades • Preencher corretamente a etiqueta de identificação de óbito com as devidas informações: nome completo do paciente, n.° do registro hospitalar, n.° do leito, unidade onde estava internado, data e hora do óbito; • Encaminhar o corpo para o velório; • Retornar do velório trazendo o livro de protocolo devidamente assinado pelo funcionário da portaria.
Cuidados Atenção ao preencher as etiquetas de identificação do corpo e protocolar as declarações que deverão ser entregues à família do paciente.
Ações em caso de não conformidade Percebendo erros de preenchimento nas etiquetas, providenciar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.25
		Emissão
Tarefa: Alta do paciente da unidade de internamento		Revisão
		No: / Data:

SES 2669 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que o paciente esteja em perfeitas condições para sair de alta.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, livro de protocolo, relatório de alta, caneta e telefone.

Atividades
- Checar no prontuário do paciente a prescrição de alta hospitalar;
- Informar ao serviço social, nutrição e recepção sobre a alta do paciente;
- Protocolar exames e pertences e entregar ao paciente ou responsável;
- Providenciar a retirada de acesso venoso, sondas, cateteres, conforme prescrição;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados que deverá ter no retorno para casa;
- Registrar no prontuário do paciente a data e hora da alta hospitalar.

Cuidados
- Atenção ao registrar as informações necessárias no prontuário do paciente;
- Atenção ao protocolar todos os documentos que serão levados pelo paciente;
- Atenção ao passar todas as orientações quanto aos cuidados que o paciente deverá ter quando voltar para casa.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que se perceba alguma anormalidade no paciente na hora da alta hospitalar, comunicar ao médico plantonista imediatamente e solicitar aos familiares que aguardem a chegada do médico.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.26
		Emissão 2665 FLS
Tarefa: Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir estoque de roupas suficientes dentro do Centro Cirúrgico.

Recursos Necessários
Ficha de previsão de roupa e caneta.

Atividades
- Checar o estoque de roupas existentes no setor;
- Fazer previsão de roupas para o período;
- Solicitar roupas à lavanderia nos horários determinados (manhã e tarde);
- Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
- Revisar as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
- Guardar as roupas recebidas no armário destinado as mesmas.

Cuidados
- Atenção na conferência do estoque de roupara para fazer uma previsão correta;
- Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia, para não guardar roupas que na estejam acondicionadas da forma correta.

Ações em caso de não conformidade
Devolver à lavanderia as roupas que não vierem acondicionadas de forma correta e solicitar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Gregiane

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.27 Emissão: 2665 Revisão No: Data:
Tarefa: Descarte de roupa suja		

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.

Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Atividades

- Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos berços e roupas utilizadas pelos pacientes;
- Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário;
- Supervisionar a troca de roupas e vestes;
- Considerar contaminada toda roupa de cama ou veste encontrada suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), colocando-a no hamper forrado de saco plástico;
- Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes ou vírus;
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 1/3 da capacidade;
- Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após as técnicas de higienização do paciente e troca da roupa de cama;
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

- Atenção ao checar as condições das roupas dos leitos da unidade de internamento, evitando que peças sujas/contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor;
- Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por microorganismos multi resistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que os lençóis do leito e vestes do paciente ainda foram trocados, substituí-los imediatamente;
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper;
- Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança pré-determinados, realizar o acondicionamento correto.

Regina

000235

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.28
		Emissão: 2667
Tarefa: Solicitação do serviço de manutenção		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes na unidade de internamento estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta, ficha de ordem de serviço e livro de ocorrência.

Atividades
- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de avaliação da manutenção;
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias;
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção;
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material considerado irregular.

Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento/material que necessita de avaliação do serviço de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
- Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem;
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento e/ou material necessitar sair do setor, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Regina

6. NORMAS DA IMAGEOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Imageologia**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Imageologia		Revisão No: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- Serviço de Raio-X:
  - Pacientes internados e/ou de emergência: 24 horas, de domingo a domingo, obedecendo a rotina estabelecida;
  - Pacientes de PSF e ambulatório: de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, excluindo feriado, seguindo a rotina;
- Serviço de Ultrassonografia:
  - Pacientes de PSF, ambulatório, internados e emergência: as terças e quintas-feiras das 08h às 17h, excluindo feriados, no Centro de Especialidades.
- Entrega de resultados de exames:
  a) Pacientes internados e/ou emergência: 24 horas, seguindo a rotina;
  b) Pacientes de PSF e ambulatório: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h, excluindo feriados, seguindo a rotina.

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, etc.) que buscam os serviços da Imageologia.

Normas

- A finalidade do serviço de imageologia é a realização de exames complementares de diagnóstico dos pacientes oriundos dos PSF's, ambulatório, internamento e emergência do Hospital Municipal de Madre de Deus, assim como atender a todos os munícipes de Madre de Deus;
- Solicitação de exames:
  - Pacientes de PSF: os exames serão realizados com encaminhamento do PSF, devidamente preenchido, solicitação do SUS, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO
  - Pacientes do Programa do Ministério da Saúde no âmbito da Saúde Pública: os exames serão realizados, mediante a apresentação da solicitação feita por enfermeiros capacitados que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USG obstétrica) do Programa de Pré Natal de Baixo Risco;
  - Pacientes de ambulatório: os exames serão realizados com encaminhamento, via ambulatório, com a solicitação do SUS, devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO;
  - Pacientes internados: serão realizados os exames com encaminhamento, via internamento, com a solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO. Nas 24 horas, seguindo a rotina;
  - Paciente de emergência: serão realizados os exames com encaminhamento, via emergência, com a solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO. Nas 24 horas, seguindo a rotina;
- O quadro funcional é composto por médico radiologista, técnicos em radiologia e secretária;
- O médico radiologista trabalha de segunda a sexta-feira, emitindo laudos de RX e realizando USG's;
- Os técnicos em radiologia trabalham em regime de plantão 24 horas semanais;
- As trocas de escalas de plantão, somente serão concedidas, mediante a solicitação prévia junto à

chefia imediata do serviço, que encaminhará à administração para análise. Nos casos positivos, registrar no livro de ocorrências, constando a assinatura dos interessados e da chefia imediata;

- Durante a jornada de trabalho, deverá ser observado o silêncio e a prática de falar baixo;
- Todos os funcionários deverão estar higienizados e devidamente uniformizados para iniciar a jornada de trabalho;
- Evitar o constrangimento de pacientes e/ou familiares, com observações ou discussões, na presença dos mesmos;
- Não é permitido fazer refeições dentro das salas de exames;
- Não é permitido fumar dentro das dependências do serviço de imageologia, durante a jornada de trabalho;
- É vedado a todos os funcionários, emitir comentários sobre os resultados de exames dos pacientes para quem quer que seja. O descumprimento dessa norma será considerado grave, passível de penalidades administrativas;
- É obrigatório registrar no Livro de Ocorrências todas as alterações durante a jornada de trabalho;
- É obrigatório o uso de EPI's por parte dos técnicos em radiologia, tais como: dosímetros, aventais específicos para a realização dos exames de RX e capas anti-radiação;
- As notificações de Doenças de Notificação Compulsória serão feitas pelo médico e/ou pela enfermeira;
- O boletim mensal sobre as Doenças de Notificação Compulsória será elaborado pela auxiliar administrativa.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

7. ROTINAS DA IMAGEOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.1
		Emissão
Tarefa: Recebimento das solicitações de exames		Revisão
		No: / Data:

Executante
Auxiliar administrativa.

Resultados esperados
Assegurar que as solicitações foram preenchidas devidamente e agilizar a realização dos pacientes.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, computador, material de expediente, telefone, guias com solicitação de exames do SUS.

Atividades
- Receber a planilha de agendamento dos exames de RX e USG;
- Conferir as solicitações de exames;
- Lançar no sistema todas as planilhas de exames.

Cuidados
Atenção quando conferir as solicitações de exames, verificando ser estão devidamente preenchidas e assinadas pelo médico solicitante (com carimbo).

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de solicitações que não estão preenchidas e assinadas corretamente, comunicar a chefia imediata para providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.2 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Liberação de exames extras		

SES FLS 2671

Executante
Enfermeira da unidade.

Resultados esperados
Assegurar a real necessidade do exame solicitado e agilizar a liberação do mesmo.

Recursos Necessários
Solicitação do exame.

Atividades
- Receber a solicitação de exame extra;
- Verificar a justificativa médica para a solicitação do exame;
- Liberar o exame.

Cuidados
Verificar se a justificativa para a solicitação do exame foi preenchida corretamente.

Ações em caso de não conformidade
Em casos de dúvidas quanto à justificativa constante na ficha de solicitação de exame extra, comunicar ao chefe do serviço para providências.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.3 Emissão: Revisão No: Data:
Tarefa: Recepção do paciente no dia da realização do exame		

Executante
Auxiliar administrativo.

Resultados esperados
Atendimento cortês, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa e cadeira.

Atividades
- Receber o paciente;
- Perguntar ao paciente qual o exame que ele vai realizar;
- Pedir ao paciente que sente e aguarde ser chamado pelo técnico para a realização do exame.

Cuidados
Ser cordial e atenciosa com o paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente manifestar dúvidas quanto ao exame que vai realizar, solicitar que o mesmo aguarde, pois o médico e/ou o técnico irá explicar como é o procedimento.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.4 Emissão
Tarefa: Orientações ao paciente sobre a realização do exame		Revisão No: Data:

Executante
Médico (USG) e técnico em radiologia (RX).

Resultados esperados
Esclarecer dúvidas e transmitir segurança ao paciente e/ou familiares.

Recursos Necessários
Sala de exame.

Atividades
- Chamar o paciente pelo nome;
- Perguntar se o mesmo tem alguma dúvida quanto à realização do exame;
- Esclarecer as dúvidas do paciente, nos casos afirmativos, usando uma linguagem de fácil compreensão.

Cuidados
Atenção para usar uma linguagem de fácil compreensão quando for tirar dúvidas do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Não realizar o exame do paciente sem que todas as dúvidas do paciente sejam esclarecidas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.7 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Realização do exame de Raio-X		

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Realização de exame de forma correta e ágil.

Recursos Necessários
Sala, equipamento de Raio-X, dosímetro e aventais anti-radiação.

Atividades

- Pedir ao paciente que troque as vestes pela bata, se for o caso;
- Colocar o paciente na mesa do equipamento;
- Informar ao paciente como ele deve proceder durante a realização do exame;
- Vestir o avental anti-radiação;
- Dirigir-se ao local de proteção, onde aciona o equipamento de Raio-X;
- Realizar o exame;
- Solicitar ao paciente que aguarde enquanto vai verificar se será necessário repetir o exame;
- Liberar o paciente se não houver necessidade de repetir o exame.

Cuidados
Só liberar o paciente, após confirmado que a película de Raio-X deu certo.

Ações em caso de não conformidade

- Toda e qualquer alteração durante o exame do paciente, solicitar a presença do médico radiologista;
- Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.5 Emissão: Revisão No: Data:
Tarefa: Checagem do equipamento de Raio-X		

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Garantir que o equipamento está em perfeitas condições para a realização dos exames.

Recursos Necessários
Equipamento de Raio-X, dosímetro e aventais anti-radiação.

Atividades

- Ligar o equipamento, observando através da mesa de comando os seguintes itens:
  - Amperagem – varia de acordo com o tipo de exame a ser realizado;
  - Rede – deve estar em 200;
  - Quilovoltagem – que varia de acordo com o exame a ser realizado;
- Colocar o equipamento dentro dos padrões adequados ao exame que vai ser realizado.

Cuidados

- Nunca realizar exames sem antes verificar o equipamento;
- Sempre ajustar o equipamento para os padrões do exame a ser realizado.

Ações em caso de não conformidade
Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.6 Emissão
Tarefa: Checagem da processadora de Raio-X		Revisão No: Data:

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Garantir que a processadora esteja em perfeitas condições para revelar as películas de Raio-X.

Recursos Necessários
Processadora, solução reveladora e solução fixadora.

Atividades
- Verificar se a lâmpada de segurança da câmara escura está funcionando;
- Colocar as soluções reveladora e fixadora na processadora;
- Ligar a processadora;
- Aguardar 10 minutos para que a processadora aqueça.

Cuidados
- Verificar sempre a lâmpada de segurança da câmara escura, antes de executar os serviços;
- Sempre aguardar 10 minutos para o aquecimento da processadora.

Ações em caso de não conformidade
Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto;
Se a lâmpada de segurança da câmara escura não estiver funcionando, comunicar ao médico radiologista para que este tome as providências de substituição da mesma;
Se os níveis de solução (revelador e fixador) estiverem abaixo do exigido, adiciona uma nova quantidade de cada, para somente então, ligar a processadora.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.8 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Checagem do equipamento de Ultra-som		

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Garantir que o equipamento esteja em perfeitas condições para a realização dos exames.

Recursos Necessários
Ultra-som e sondas.

Atividades
- Ligar o equipamento, verificando se está intacto e em perfeito funcionamento;
- Verificar se todas as sondas necessárias para a realização dos diversos tipos de exames estão completas.

Cuidados
- Atenção antes de ligar o equipamento, verificando se o mesmo está conectado na tomada correta;
- Atenção ao checar as sondas, verificando se as mesmas estão limpas antes da realização dos exames.

Ações em caso de não conformidade
Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que se providencie o conserto;
Se faltar algum sonda do equipamento e/ou quebra-se, informar à administração para que as providências de substituição das mesmas sejam feita.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP 9 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Realização do exame de ultrassonografia		

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Realização de exame de forma correta e ágil.

Recursos Necessários
Sala, equipamento de ultra-som e maca de exame apropriada.

Atividades

- Pedir ao paciente que troque as vestes pela bata, se for o caso;
- Colocar o paciente na mesa de exame;
- Informar ao paciente como ele deve proceder durante a realização do exame;
- Realizar o exame;
- Liberar o paciente.

Cuidados
Conversar com o paciente usando uma linguagem de fácil compreensão com a finalidade de esclarecer todas as dúvidas do mesmo a respeito do exame.

Ações em caso de não conformidade
Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que providencie o conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.10 Emissão
Tarefa: Emissão de laudo dos exames – Raio-X		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Agilidade na emissão do laudo do exame.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, película de Raio-X, negatoscópio, formulário de laudo e caneta.

Atividades
- Receber a película de Raio-X do técnico de radiologia;
- Analisar a película através do negatoscópio;
- Escrever o laudo do exame;
- Entregar o laudo do exame na recepção para ser digitado;
- Assinar e carimbar o laudo do exame, após digitação.

Cuidados
- Atenção na identificação do nome do paciente no laudo, evitando troca de exames.
- Atenção antes de assinar e carimbar o resultado do exame, verificando todas as informações digitadas no laudo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de erro de digitação do laudo do exame, devolver para a recepção e solicitar a digitação do laudo com as devidas correções.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.11 FLS 268 Emissão RUBRICA PROTOCOLO
Tarefa: Emissão do laudo do exame: ultrassonografia		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Agilidade na emissão do laudo do exame.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, formulário de laudo de exame, película do exame de ultra-som e caneta.

Atividades
- Analisar a película do exame de ultra-som;
- Escrever o laudo do exame;
- Entregar o laudo do exame na recepção para ser digitado;
- Assinar e carimbar o laudo do exame, após digitação.

Cuidados
- Atenção na identificação do nome do paciente no laudo, evitando troca de exames.
- Atenção antes de assinar e carimbar o resultado do exame, verificando todas as informações digitadas no laudo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de erro de digitação do laudo do exame, devolver para a recepção e solicitar a digitação do laudo com as devidas correções.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP:12 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção das bancadas		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de higiene.

Resultados esperados
Garantir a limpeza e higienização das bancadas de trabalho.

Recursos Necessários
Luvas, pano limpo, água, sabão e álcool a 70%.

Atividades

- Calçar luvas;
- Pulverizar álcool a 70% em toda a extensão da bancada;
- Passar pano limpo, umedecendo toda a área, removendo a sujidade;
- Retirar o excesso com pano limpo seco;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos com água e sabão.

Cuidados
Não se esquecer de limpar diariamente as bancadas de trabalho.

Ações em caso de não conformidade
Na falta de algum material para a higienização das bancadas, informar a chefia imediata para que as providências de reposição de material seja feita.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

8. NORMAS DO NECROTÉRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Necrotério**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Necrotério		Revisão No: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
24 horas em regime de sobre-aviso.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários que vieram a óbito.

Normas

- O setor de necrotério deverá ser mantido higienizado e mantido fechado constantemente, abrindo apenas quando necessário;
- A chave do setor de necrotério deverá ficar sempre com o serviço de vigilância e a mesma deverá ser entregue sob protocolo quando houver necessidade;
- Todas as peças humanas, resultados de amputação, restos placentários e nati-mortos com menos de 500 grs. deverão ser armazenadas no setor de necrotério, para posteriormente serem enviadas ao Instituto Médico Legal (IML)ç
- As peças armazenadas no setor de necrotério deverão ser enviadas ao Instituto Médico Legal (IML) semanalmente;
- O serviço de higienização deverá realizar a limpeza do setor sempre que o corpo for retirado;
- O setor de necrotério permanecerá aberto para os familiares e amigos do paciente falecido até que os mesmos encaminhem o corpo para o sepultamento.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

9. ROTINAS DO NECROTÉRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.1
		Emissão
Tarefa: Abertura do necrotério por morte de paciente		Revisão
		No: / Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que o necrotério estará aberto para receber o corpo do paciente.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades
- Ligar para o serviço de vigilância informando que precisa da chave do necrotério para encaminhar corpo do paciente falecido;
- Pegar no serviço de vigilância a chave do necrotério;
- Abrir o necrotério.

Cuidados
Ligar para a vigilância antes de ir pegar a chave do necrotério.

Ações em caso de não conformidade
Se não houver ninguém no setor de vigilância, ligar para a portaria solicitando que providencie uma chave para abrir o necrotério.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Necrotério**	POP.2 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Transporte do corpo para o necrotério		

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o corpo do paciente será colocado com os devidos cuidados no necrotério.

Recursos Necessários
Maca e mesa de mármore.

Atividades
- Colocar o corpo sobre a maca;
- Cobrir o corpo do paciente;
- Transportar o corpo até o necrotério;
- Colocar, com os devidos cuidados, corpo do paciente falecido sobre a mesa de mármore.

Cuidados
Atenção na hora de colocar o corpo sobre a mesa de mármore para que o mesmo não caia no chão.

Ações em caso de não conformidade
Se o auxiliar/técnico não tiver condições de colocar o corpo do paciente falecido na mesa de mármore sozinho, solicitar ajuda dos profissionais de apoio.

Gregiana

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.3
		Emissão
Tarefa: Solicitação de limpeza do setor de necrotério		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilidade na higienização do setor.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades

- Ligar para o serviço de higienização e solicitar que o setor de necrotério seja limpo, após a saída do corpo e familiares;
- Solicitar ao serviço de higienização que faça o recolhimento dos materiais que seguirão para descarte.

Cuidados
Ser ágil na solicitação de higienização do setor de necrotério, pois pode surgir uma necessidade imediata.

Ações em caso de não conformidade
Caso o serviço de higienização não possa comparecer ao necrotério imediatamente após a retirada do corpo e saída dos familiares, solicitar que a limpeza seja feita tão logo quanto possível.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.4
		Emissão: 26/06
Tarefa: Higienização e fechamento do necrotério		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de higienização.

Resultados esperados
Garantir que o setor ficará devidamente fechado até surgir uma necessidade de uso deste.

Recursos Necessários
Chave do necrotério.

Atividades
- Providenciar a limpeza do necrotério, conforme os padrões de higienização;
- Fechar o necrotério, certificando-se de que tudo está no seu devido lugar;
- Entregar no serviço de vigilância a chave do necrotério.

Cuidados
Atenção na hora de fechar o necrotério, verificando se realmente a porta foi fechada.

Ações em caso de não conformidade
Se não tiver ninguém no setor de vigilância que for entregar a chave, dirigir-se a portaria e entregar a chave ao porteiro.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

CENTRO DE MATERIAIS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Central de Materiais e Esterilização**	EO.1 Emissão Revisão No: Data:
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Central de Materiais e Esterilização**		

SES 2697 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Horário de funcionamento da área/serviço
Diariamente das 07h às 19h, inclusive feriados e finais de semana.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários do hospital (pacientes, médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que necessitam dos serviços da Central de Materiais e Esterilização.

Normas

- Todos os funcionários da CME deverão adotar as medidas de precaução padrão (medidas de barreira – higiene básica das mãos) para evitar a contaminação a partir de sangue, secreções e excreções;
- Somente poderão acessar as dependências da CME, os funcionários higienizados e devidamente paramentados;
- A porta que dá acesso as dependências da CME deverá ser mantida fechada, exceto nos horários de troca de material sujo;
- O profissional escalado para plantão na área suja será o responsável pelo controle de entrada/saída de pessoal e entrada de materiais;
- A programação cirúrgica deverá ser entregue na CME até as 12:30h do dia anterior às cirurgias, para que os materiais cirúrgicos possam ser preparados com antecedência;
- A CME deverá encaminhar para o centro cirúrgico os materiais, conforme segue:
    1. Na tarde anterior a cirurgia, <u>para cirurgias do período matutino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;
    2. Na manhã da cirurgia, <u>para cirurgias no período vespertino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;
- É de responsabilidade da enfermeira do centro cirúrgico informar a enfermeira da CME toda e qualquer alteração na programação cirúrgica, tais como: suspensão de cirurgias, urgências, emergências, mudança de porte, mudança de procedimento e necessidade de outros materiais;
- Todo e qualquer material proveniente de outra instituição e/ou uso particular deverá ser entregue na CME para processamento, com 48 horas de antecedência da data prevista da cirurgia:
    1. Cirurgias programadas na segunda-feira – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser até sexta-feira;
    2. Cirurgias programadas me feriados – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser na véspera;

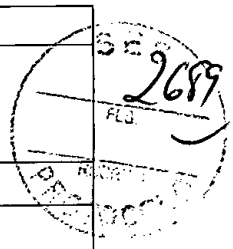
- Todo material que estiver destinado a ser processado por óxido de etileno deverá ser encaminhado para a CME;
- Todos os materiais processados com óxido de etileno deverão ter suas notas fiscais e materiais, conferidas e assinadas pela enfermeira da CME e encaminhadas para a Diretoria Administrativa;
- A enfermeira da CME ou funcionária designada para tal será responsável pela inspeção de entrada/saída de material e/ou equipamento externo ou de uso particular;
- A entrada/saída de todo e qualquer material e/ou equipamento externo deverá ser feita sob protocolo;
- Todo e qualquer material e/ou equipamento externo ou de uso particular deverá ter um impresso com os itens do produto;
- Toda e qualquer visita à CME deverá ser agendada previamente, através de comunicado formal, com a enfermeira da unidade ou secretária;
- Todo e qualquer material sujo deverá ser encaminhado para CME em caixas fechadas e com

tampa com cuidado de proteção;

- Todo e qualquer material sujo que der entrada na CME deverá ser inspecionado e protocolado pela auxiliar de enfermagem e auxiliar da recepção de área suja;
- Todo e qualquer material que tenha a sua integridade e/ou funcionalidade alterada deverá ser devolvido para a CME mediante protocolo;
- O transporte de material esterilizado para as unidades deverá ser feito dentro de recipientes fechados com tampa;
- Todo e qualquer material estéril a óxido de etileno, proveniente de empresa ou de uso particular, deve ser encaminhado previamente para a CME, para avaliação pela enfermeira e disponibilizado para o setor de origem;
- Toda e qualquer intercorrência que aconteça na CME deverá ser comunicada imediatamente a enfermeira da unidade, para que sejam tomadas as providencias necessárias. Na ausência da enfermeira, a comunicação deverá ser feita à secretária ou ao funcionário designado por ela para este fim;
- Ao final do expediente, o funcionário designado deverá fazer a revisão da CME (referente à parte elétrica e limpeza;
- É de responsabilidade do funcionário da CME zelar por toda a estrutura física e equipamentos da mesma;
- Todos os danos causados por mau uso deverão ser ressarcidos pelo funcionário da CME;
- É de responsabilidade da CME devolver todo material e/ou equipamento processado de forma íntegra;
- Somente a enfermeira da CME poderá autorizar a entrega e/ou recebimento de material/equipamento fora dos horários pré-estabelecidos;
- Mensalmente deverá ser realizada uma reunião com todos os funcionários da CME, sendo obrigatória a participação de todos;
- O empréstimo de todo e qualquer material/equipamento somente poderá ser feito após autorização da diretoria do HMD;
- Os materiais/equipamentos que não pertençam a instituição somente poderão ser processados na CME após autorização da diretoria do HMD;
- Periodicamente deverão ser realizados cursos de atualização para os funcionários da CME, sendo obrigatória a presença de todos;
- O horário de distribuição de material estéril é das 08h às 12h;
- É obrigatório o uso de protetor auricular quando o funcionário for usar ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Central de Materiais e Esterilização**	EO.2 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas para a seleção de embalagens na Central de Materiais e Esterilização**		Revisão No: Data:



Normas

- A seleção de embalagens para a CME deve obedecer aos critérios abaixo relacionados:
  1. Ser apropriada para o tipo de material, o método de esterilização utilizado e suportar as condições físicas do processo;
  2. Prover integridade adequada de selagem e ser à prova de violação;
  3. Ser barreira microbiana;
  4. Fornecer barreira adequada a líquidos;
  5. Permitir remoção de ar adequada;
  6. Permitir a penetração e remoção de agente esterilizante;
  7. Proteger o conteúdo da embalagem de danos físicos;
  8. Resistir a rasgos e perfurações;
  9. Ser livre de furos e micro-furos;
  10. Não conter ingrediente tóxico, alvejantes ópticos, corante ou amido;
  11. Ter imprimido o indicador químico específico para cada tipo de esterilização;
  12. Evitar liberação de fibras ou partículas;
  13. Não oferecer dificuldades à abertura do pacote;
  14. Ter uma relação custo/benefício positiva;
  15. Ser facilmente encontrada no mercado;
- O sistema de embalagens deve ser usado de acordo com as instruções escritas pelo fabricante e ter registro no Ministério da Saúde.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.1
		Emissão
Tarefa: Transporte de material sujo		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material sujo seja transportado de forma correta, evitando o perigo de contaminação.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas, máscaras, carro de transporte de material sujo fechado e com tampa, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI's corretos (máscara e luvas);
- Dispor o material sujo dentro do carro de transporte;
- Protocolar em livro próprio os materiais que estão sendo encaminhados para a CME;
- Conferir junto com o responsável pelo recebimento de material sujo, os materiais que estão sendo entregues;
- Retornar para o setor de origem com o livro de protocolo.

Cuidados

- Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;
- Nunca transportar material sujo sem o uso correto dos EPI's;
- Nunca transportar material sujo em carro que não seja específico para esta função.

Ações em caso de não conformidade

- Se o carro de transportar o material sujo apresentar problemas, comunicar a chefia da CME para que providencie o conserto e/ou a substituição do mesmo;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.2 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Recepção de material sujo pela <u>área suja</u>		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material sujo seja recebido de forma correta, evitando o perigo de contaminação.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar os EPI's corretos (óculos, avental, máscara com filtro químico, luvas de látex cano longo);
- Conferir o material sujo que está recebendo, atentando para o quantitativo, condições gerais e funcionalidade;
- Assinar o protocolo após conferência do material sujo;
- Distribuir o material/artigo para lavagem mecânica ou manual;
- Verificar se existe a necessidade de lubrificação e/ou desoxidação do material/artigo, após o termino da lavagem;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos;
- Reiniciar o processo de lavagem do material/artigo, caso verifique que a limpeza não atingiu os padrões exigidos pelas normas;
- Encaminhar o material/artigo limpo para a área de preparo.

Cuidados

- Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;
- Nunca manusear material/artigo sujo sem estar usando os EPI's corretos;
- Muita atenção ao conferir o material que está sendo recebido;
- Muita atenção na verificação do material/artigo após a lavagem, verificando se a mesma atingiu os padrões exigidos.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, anotar no protocolo de recebimento e registrar no livro de ocorrência da CME;
  Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.3
		Emissão: 2692
Tarefa: Recepção e esterilização de material lavado autoclavável		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material processado na autoclave seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de Kevlar, máscara e propé), papel manta (próprio para envolver o material/artigo que vai para a autoclave), etiqueta e caneta.

Atividades

- Receber os matérias/artigos limpos;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos recebidos;
- Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;
- Dispor o material/artigo em invólucro apropriado antes de colocá-los na autoclave;
- Identificar o material/artigo conforme a rotina (data, lote, validade, processo que foi submetido e assinatura do responsável;
- Monitorar cada lote ou carga no processo de esterilização;
- Utilizar luvas de Kevlar quando for retirar da autoclave os materiais/artigos processados;
- Encaminhar, com técnica adequada, o material/artigo estéril para a sala de acondicionamento, utilizando máscara e propé.

Cuidados

- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos limpos recebidos;
- Nunca se esquecer de envolver o material/artigo que será processado na autoclave no papel manta;
- Nunca se esquecer de usar as luvas de Kevlar quando for retirar os materiais/artigos esterilizados;
- Nunca se esquecer de identificar o material/artigo conforme a rotina utilizada;
- Nunca se esquecer de utilizar os EPI's corretos quando for encaminhar os materiais/artigos estéreis para a sala de acondicionamento.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.4
		Emissão: 1693 FLS. Revisão
Tarefa: Recepção e esterilização de material lavado em solução		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material processado em solução seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, máscara com filtro químico, óculos, avental, protetor auricular), compressa estéril, ar comprimido, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Receber os materiais limpos;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos recebidos;
- Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;
- Imergir o material/artigo em solução própria para esterilização, respeitando o tempo necessário de exposição dos mesmos;
- Utilizar pinça mestra quando imergir os materiais/artigos dentro da solução;
- Retirar o material/artigo de forma asséptica;
- Secar o material com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular);
- Acondicionar o material/artigo em invólucro apropriado;
- Devolver o material/artigo processado ao setor de origem, mediante protocolo.

Cuidados

- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos limpos recebidos;
- Nunca se esquecer de usar a pinça mestra quando for imergir os materiais/artigos dentro da solução;
- Respeitar o tempo necessário para a exposição dos materiais/artigo dentro da solução;
- Nunca se esquecer de utilizar o papel invólucro correto quando o material/artigo estiver seco.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.5 Emissão
Tarefa: Recepção de materiais esterilizados na sala de acondicionamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o matéria/artigo processado/esterilizado está acondicionado dentro das normas e exigências sanitárias.

Recursos Necessários
EPI's (propé, máscara e gorro), livro de protocolo, livro de ocorrência e caneta.

Atividades
- Colocar EPI's para receber os materiais/artigos esterilizados;
- Dispor os materiais/artigos conforme as normas e exigências sanitárias;
- Manipular os materiais/artigos esterilizados, o mínimo possível;
- Controlar e registrar a temperatura da sala de acondicionamento de materiais esterilizados;

Cuidados
- Nunca colocar os materiais/artigos uns sobre os outros;
- Ter bastante atenção com os materiais/artigos delicados e perfuro-cortantes;
- Ter bastante atenção para não perfurar o invólucro dos materiais (grau – cirúrgico);
- Devolver ou emprestar materiais/artigos somente após autorização da chefia da CME e mediante protocolo.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber que algum material/artigo está com o invólucro perfurado, devolver para a área de processamento;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber que a temperatura da sala de acondicionamento não está dentro dos padrões, comunicar a enfermeira chefe da CME para que a mesma tome providências;
- Se no manuseio de material/artigo perfuro-cortante esterilizado, o profissional se machucar, comunicar a chefia da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.6 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Recebimento de material/artigo médico-hospitalar		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material/artigo hospitalar seja recebido da forma correta.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's, ficha de conferência de material e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos;
- Colocar EPI's (luvas de procedimento e avental);
- Receber os materiais/artigos médico-hospitalares;
- Conferir os materiais/artigos quanto à integridade, quantidade e funcionalidade dos mesmos;
- Registrar em impresso/protocolo o recebimento dos materiais/artigos, após conferência;
- Registrar em impresso própria a ausência de algum material/artigo;
- Solicitar a assinatura do responsável pela entrega dos materiais/artigos.

Cuidados

- Não receber os materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos recebidos;
- Não se esquecer de registrar a ausência de algum material/artigo.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.7
		Emissão 2696
Tarefa: Limpeza de motores e serras		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os motores e serras serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, toalha papel, detergente enzimático, EPI's (luvas, avental, máscara), recipiente para colocar o detergente.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e máscara);
- Desconectar cada acessório: motor, peça de mão, protetor de boca, broca, serra e lâmina;
- Imergir totalmente os acessórios em um recipiente com detergente enzimático, exceto a peça do motor;
- Verificar a qualidade da limpeza.

Cuidados

- Não iniciar a limpeza dos acessórios sem estar utilizando os EPI's;
- Não se esquecer de desconectar os acessórios;
- Nunca imergir o motor no detergente enzimático;
- Refazer a limpeza dos acessórios se os mesmo apresentarem ainda alguma sujidade.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria nos acessórios, comunicar a enfermeira chefe da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.8 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Limpeza de equipamentos pneumáticos		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os equipamentos pneumáticos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas de látex, avental e óculos), compressa limpa, lubrificante mineral, tecido claro e escovas.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas de látex, avental e óculos);
- Conectar o chicote na peça de mão do aparelho;
- Enxaguar com água corrente, removendo o excesso de sujidade, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo;
- Lavar todos os acessórios, tais como, lâminas, brocas e chicotes manualmente, utilizando escovas próprias para essa finalidade;
- Enxaguar abundantemente os acessórios em água corrente, evitando a entrada de água no chicote;
- Secar os acessórios com compressa limpa;
- Verificar se os acessórios estão totalmente limpos;
- Organizar os acessórios e encaminhá-los para a sala de preparo;
- Submeter os acessórios a um método de limpeza que seja eficaz e conserve os mesmos;
- Separar os instrumentos cirúrgicos, sempre que possível;
- Abrir as pinças e desconectar os componentes desmontáveis;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos pneumáticos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Atenção quando for enxaguar o aparelho, deixando sempre a ponta do mesmo para baixo;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a

página

dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;

- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.9 Emissão: 2699
Tarefa: Limpeza de equipamentos elétricos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os equipamentos elétricos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental e óculos) tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e óculos);
- Iniciar o processo de limpeza utilizando um tecido macio limpo, embebido com detergente enzimático para retirar a sujidade;
- Usar um tecido limpo úmido até que retire todo o detergente do aparelho;
- Conferir a limpeza realizada, verificando a existência de resíduo de sujidade e a presença de danos no aparelho;
- Encaminhar equipamento para a área de preparo;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.
- Inspecionar a qualidade da limpeza;
- Validar o processo de limpeza dos equipamentos/materiais/artigos.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos elétricos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Gregina

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.10 Emissão 279 FLS
Tarefa: Limpeza de materiais/artigos específicos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental e óculos) tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e óculos);
- Lavar peça por peça, fazendo fricção, utilizando escova apropriada no corpo, nas articulações e na cremalheira da pinça, seguindo a direção das ranhuras;
- Lavar manualmente os instrumentos cirúrgicos delicados;
- Submeter os materiais/artigos a um método de limpeza que seja eficaz e conserve o material;
- Separar os materiais cirúrgicos, sempre que possível;
- Abrir as pinças e desconectar componentes desmontáveis;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor;
- Inspecionar a qualidade da limpeza;
- Validar o processo de limpeza dos equipamentos/materiais/artigos.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.11 Emissão SES 27/03 FLS PROTOCOLO Revisão No: Data:
Tarefa: Limpeza de materiais de assistência respiratória		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais de assistência respiratória serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental impermeável, abafador de ruídos e óculos), compressa estéril, ar comprimido, solução enzimática e recipiente para a solução

Atividades
- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental impermeável e óculos);
- Desconectar as válvulas, diafragmas, pequenos copos de reservatório;
- Imergir totalmente o artigo em um recipiente contendo solução enzimática a fim de evitar perdas;
- Imergir totalmente os artigos (traquéias, ambús, máscaras) em um recipiente contendo solução enzimática;
- Lavar os artigos;
- Enxaguar bem os artigos;
- Secar os artigos com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular), antes de proceder à desinfecção ou esterilização dos mesmos;
- Inspecionar a qualidade da limpeza realizada;
- Encaminhar para o processo de esterilização ou desinfecção, conforme o tipo de artigo.

Cuidados
- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Atenção ao desconectar os artigos para que não haja perdas;
- Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;
- Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Doc 0002973

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.12 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Limpeza dos artigos tubulares		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os artigos tubulares serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas de látex, avental, protetor auricular e óculos), seringa, recipiente para solução enzimática, ar comprimido, hipoclorito de sódio a 1%, solução enzimática ou lavadora ultra-sônica.

Atividades
- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental impermeável e óculos);
- Lavar os artigos tubulares o mais rápido possível para assegurar uma limpeza eficiente;
- Aspirar água abundantemente para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;
- Submergir as tubulações, garantido que o ar possa sair do lúmen;
- Observar a entrada de água por todo o lúmen ou forçar a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa;
- Imergir os artigos em recipiente contendo solução enzimática ou na lavadora ultra-sônica;
- Secar com ar comprimido (usar o protetor auricular);
- Encaminhar os artigos para o processo de esterilização por óxido de etileno ou autoclave à vapor;
- Realizar a desinfecção química com hipoclorito de sódio a 1%, obedecendo à técnica estabelecida.

Cuidados
- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Nunca esquecer da aspirar com água abundante para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;
- Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;
- Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Página 1 de 2

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.13 Emissão 27/4
Tarefa: Utilização do protetor auricular		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o protetor auricular será higienizado e usado corretamente.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, álcool a 70%, saco plástico.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Higienizar o protetor auricular com uma compressa limpa, embebida em álcool a 70% no início da jornada de trabalho;
- Manter o protetor auricular em local visível, próximo à saída do ar comprimido;
- Guardar o protetor auricular dentro de um saco plástico, após a jornada de trabalho.

Cuidados

- Nunca esquecer de higienizar as mãos antes usar o protetor auricular;
- Nunca esquecer de higienizar o protetor auricular no início da jornada de trabalho;
- Usar sempre o protetor auricular quando utilizar ar comprimido medicinal ou equipamentos ruidosos;
- Manter o protetor auricular próximo da saída de ar comprimido.
- Não esquecer de guardar em um saco plástico o protetor auricular, após a jornada de trabalho.

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos de perdas ou danos ao protetor auricular, comunicar imediatamente a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Fls. 000275

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.14 Emissão S.E.S 270 FLS. Revisão No: Data: Protocolo
Tarefa: Secagem de artigos/materiais médico-hospitalares		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos médico-hospitalares sejam secos com a técnica correta, permitindo o aumento de vida útil dos artigos/materiais, sobretudo, àqueles que possuem articulações, ranhuras e cremalheiras.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, protetor auricular, pistola de ar comprimido.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Enxugar as mãos com uma compressa limpa;
- Colocar o protetor auricular;
- Inspecionar os materiais/artigos quanto à limpeza realizada, integridade e funcionalidade dos mesmos;
- Realizar a secagem dos materiais/artigos com a pistola de ar comprimido;
- Encaminhar os materiais/artigos para a área de preparo.

Cuidados
- Sempre higienizar as mãos antes de iniciar a secagem dos materiais/artigos médico-hospitalares;
- Ter bastante atenção quando for inspecionar a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos médico-hospitalares;
- Nunca esquecer de usar o protetor auricular quando for utilizar o ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.

Ações em caso de não conformidade
- Se o protetor auricular apresentar avaria, comunicar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição do mesmo;
- Se a pistola de ar comprimido apresentar problemas/defeitos, informar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie o conserto desta;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Fls: 276

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.15 Emissão SES 2010 Revisão No: Data:
Tarefa: Lubrificação de materiais/artigos médico-hospitalares		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos médico-hospitalares sejam lubrificados da forma correta, permitindo o aumento de vida útil destes.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (avental impermeável, óculos, luvas), lubrificante, recipiente limpo, compressa limpa e papel invólucro apropriado.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão e, secá-las com papel toalha;
- Colocar os EPI's (avental impermeável, óculos e luvas);
- Diluir o lubrificante conforme indicação do fabricante e colocá-lo dentro do recipiente limpo;
- Imergir os materiais/artigos abertos dentro da solução deixando-os permanecer durante o tempo indicado pelo fabricante;
- Retirar os materiais/artigos e colocá-los sobre uma compressa limpa;
- Esperar que os materiais/artigos sequem;
- Acondicionar os materiais/artigos em papel apropriado.

Cuidados

- Atenção ao diluir o lubrificante para que seja feito, conforme indicações do fabricante;
- Atenção ao imergir com os materiais/artigos na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;
- Somente envolver os materiais/artigos em papel apropriado, após a secagem total dos mesmos.

Ações em caso de não conformidade

- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a lubrificação do materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar algum produto necessário para a execução da tarefa de lubrificar os materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Gregina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

00277

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.16 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Utilização de ar comprimido		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o ar comprimido medicinal será utilizado dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular), malhar tubular estéril e pistola.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;
- Colocar os EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular);
- Colocar a malha tubular estéril na pistola de ar comprimido;
- Pressionar a pistola e iniciar o processo de secagem dos materiais/artigos;
- Retirar a malha tubular da pistola após o término da secagem.

Cuidados
Somente iniciar o processo de secagem após higienizar as mãos, colocar os EPI'S e colocar a malha tubular na pistola de ar comprimido.

Ações em caso de não conformidade

- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a secagem do materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.17 Emissão
Tarefa: Desinfecção de materiais/artigos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos serão desinfetados, conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, protetor auricular, gorro, máscara, avental impermeável e óculos de proteção), recipiente de plástico rígido ou vidro com tampa, compressa limpa, cuba metálica, solução desinfetante, água estéril, papel manta, pistola de ar comprimido e álcool a 70%.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar os EPI's necessários (luvas de borracha, gorro, máscara, óculos de proteção e avental impermeável) antes de iniciar o processo de desinfecção dos materiais/artigos;
- Colocar na tampa do recipiente (vidro ou plástico rígido) a identificação do processo realizado (nome da solução desinfetante, data da manipulação, validade e responsável);
- Lavar os materiais/artigos e secá-los antes de submergi-los na solução desinfetante;
- Colocar a solução desinfetante em quantidade suficiente no recipiente apropriado e identificado;
- Imergir os materiais/artigos dentro da solução desinfetante, de forma que fiquem envolvidos completamente;
- Preencher com solução desinfetante os materiais/artigos que contenham áreas ocas;
- Deixar os materiais/artigos imersos em solução desinfetante, conforme as instruções do fabricante (utilizar um timer);
- Enxaguar abundantemente com água estéril os materiais/artigos que foram submetidos à solução desinfetante química;
- Colocar os materiais/artigos desinfetados sobre compressas limpas, cuidando para que não haja recontaminação dos mesmos;
- Colocar protetor auricular e iniciar o processo de secagem com a pistola de ar comprimido medicinal;
- Proceder à secagem rigorosa dos materiais/artigos antes de guardar, evitando surgimento e/ou crescimento de fungos;
- Fazer a revisão de todo o material/artigo desinfetado e seco;
- Acondicionar os materiais/artigos em recipientes e/ou invólucros apropriados;
- Lavar o recipiente da solução e desinfetá-lo com álcool a 70%;
- Guardar o recipiente em local apropriado.

Cuidados

- Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;
- Colocar os EPI's antes da realização de processo (desinfecção e secagem);
- Colocar os materiais/artigos dentro de cuba metálica, sobre compressa limpa, se for necessário, evitando o desgaste dos mesmos;
- Preencher com solução desinfetante os materiais/artigos que contenham áreas ocas;
- Adotar métodos de validação e monitoração dos processos de desinfecção;
- Controlar a qualidade dos processos de desinfecção;
- Atenção ao imergir com os materiais/artigos na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;

- Somente envolver os materiais/artigos em papel e/ou recipiente apropriado, após a secagem total dos mesmos;
- Desinfetar o recipiente da solução após lavagem, com álcool a 70%;
- Realizar a limpeza do recipiente onde fica a solução desinfetante, desprezando a solução após o termino do processo se verificar que a mesma contém sujidade, alteração na saturação ou de acordo com a recomendação do fabricante.

Ações em caso de não conformidade

- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a desinfecção dos materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar algum produto para a execução correta das tarefas, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição;
- Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.18 Emissão
Tarefa: Utilização e limpeza da máscara facial		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a máscara facial será usada corretamente e que a sua limpeza será feita conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão, antes de utilizar a máscara;
- Adaptar a máscara à face de forma que não haja vazamento;
- Limpar a máscara com uma compressa limpa e úmida após o uso da mesma, no final de cada procedimento;
- Guardar a máscara após uso e limpeza em armário fechado, próximo a área de manipulação.

Cuidados
- Usar a máscara sempre que manusear soluções voláteis;
- Usar a máscara sempre que manipular glutaraldeído a 2%;
- Realizar a troca do filtro da máscara conforme orientações do fabricante;
- Manter a máscara em armário fechado, próximo à área de manipulação.

Ações em caso de não conformidade
- Solicitar a enfermeira da CME que providencie nova máscara e/ou a troca do filtro da mesma se perceber que a mesma está apresentando vazamentos, mesmo quando bem ajustada à face;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.19 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção do analisador de O2 (assistência respiratória)		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar a mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas para iniciar o processo de limpeza do analisador de O2;
- Limpar o analisador de O2;
- Desinfetar o analisador de O2 com álcool a 70%;
- Realizar a operação por três vezes seguidas;
- Deixar secar naturalmente e guardar.

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2;
- Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.24 Emissão: 27/6 Revisão No: Data:
Tarefa: Empacotamento de materiais/artigos		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos sejam empacotados conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, embalagem, caixas/pacotes (25x20x20), embalagem dupla, etiquetas, fita adesiva, papel grau cirúrgico e canetas.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar se as condições de higienização, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos antes de empacotá-los;
- Selecionar a embalagem adequada ao material/artigo e conforme o tipo processo de esterilização que o mesmo será submetido;
- Observar o peso máximo que as caixas/pacotes devem ter (até 5Kg) e tamanho (25x20x20 cm);
- Observar se a embalagem dupla (quando for o caso de usá-la) não está apresentando dobras internas e se a mesma se ajusta perfeitamente à parte externa;
- Identificar, através de etiqueta, a embalagem com as seguintes informações: descrição do conteúdo interno, método de esterilização, controle do lote, data da esterilização, data da validade e responsável técnico;
- Colocar a etiqueta de identificação no papel de grau cirúrgico na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem;
- Inspecionar a integridade da selagem da embalagem;
- Remover o ar interno da embalagem de papel grau cirúrgico, antes de colocá-la na câmara de esterilização.

Cuidados

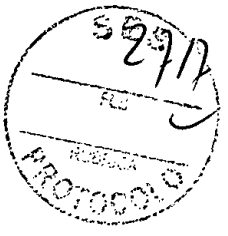
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Atenção ao escolher a embalagem, levando sempre em conta o tipo de processo de esterilização que será utilizado;
- Atenção para que o peso máximo da caixa/pacote não exceda a 5 Kg e tamanho de 25x20x20;
- Atenção as dobraduras da embalagem para que não apresentem dobras internas, ficando perfeitamente ajustada à parte externa da mesma;
- Atenção na identificação da embalagem, colocando todas as informações necessárias;
- Jamais escrever sobre a embalagem e sim sobre fita ou em etiqueta, utilizando canetas apropriadas para essa tarefa;
- Observar a existência de ar no interior da embalagem, pois no processo de esterilização a expansão do ar interno pode provocar a abertura do pacote;
- Observar a integridade selagem antes de colocá-la na câmara de esterilização;
- Adaptar técnicas de empacotamento de materiais/artigos.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de alguns produtos necessários a realização da tarefa, comunicar imediatamente e enfermeira da CME para que a mesma providencie;

Gregina

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.25
		Emissão
Tarefa: Uso de fita adesiva indicadora		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que o material/artigo foi submetido corretamente ao processo de esterilização.

Recursos Necessários
Água, sabão, fita adesiva indicadora.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar no pacote/embalagem do material/artigo que será esterilizadora a fita adesiva indicadora, respeitando o tamanho de 5 cm;
- Observar, após o processo de esterilização, se a fita indicadora apresentou alguma alteração na sua coloração.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Atentar para o tamanho da fita adesiva indicadora, que deverá ser no mínimo de 5 cm (3 listras);
- Atentar para a coloração da fita indicadora, verificando se a mesma alterou a cor, após o processo de esterilização.

Ações em caso de não conformidade

- Se a fita adesiva indicadora apresentar alguma alteração na sua coloração, realizar novamente todo o processo de esterilização do pacote/embalagem contendo o artigo/material;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.26 Emissão
Tarefa: Esterilização de próteses		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que as próteses sejam esterilizadas conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, teste bacteriológico.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Realizar teste bacteriológico e aguardar o resultado;
- Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;
- Esterilizar a prótese;
- Repetir o teste bacteriológico da autoclave;
- Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;
- Liberar a autoclave para outras esterilizações.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não realizar esterilização da prótese antes de fazer o teste bacteriológico da autoclave;
- Atentar para esterilizar somente a prótese, sem qualquer outro artigo e/ou material;
- Repetir teste bacteriológico após a esterilização da prótese para então, liberar a autoclave para novas esterilizações.

Ações em caso de não conformidade

- Se o resultado do teste bacteriológico não estiver dentro dos padrões exigidos, informar a enfermeira da CME para que ela tome as providências para calibração da autoclave;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.27 Emissão
Tarefa: Montagem da carga da autoclave		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a carga de materiais/artigos a serem esterilizados na autoclave está dentro dos padrões sanitários exigidos, assim como as orientações do fabricante da mesma.

Recursos Necessários
Água, sabão, autoclave.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Selecionar os materiais/artigos médico-hospitalares a serem esterilizados;
- Colocar os instrumentais metálicos (pinças e tesouras) abertos e destravados dentro das caixas metálicas (que devem ter superfícies perfuradas para facilitar a penetração do vapor e saída do condensado);
- Verificar se a válvula está fechada;
- Verificar a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg;
- Verificar se a pressão de ar comprimido está entre 3 e 4 Kg;
- Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;
- Colocar os materiais/artigos médico-hospitalares dentro da autoclave;
- Ligar a chave geral;
- Selecionar o ciclo de esterilização conforme o material/artigo:
    1. Apertar tecla 1 para ciclos a 134°C (materiais/artigos de densidade, instrumental e utensílios de inox e/ou resistentes à temperatura);
    2. Apertar tecla 2 para ciclos a 121°C (materiais/artigos termolábeis e borrachas);
    3. Apertar tecla 3 para esterilização de líquidos em frascos abertos a 121°C;
- Fechar a porta da autoclave, segurando levemente a porta;
- Apertar o botão verde para iniciar o ciclo de esterilização;
- Acionar o botão partida/parada para iniciar o processo de esterilização.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Ao selecionar os materiais/artigos para esterilização na autoclave, evitar a utilização de cargas mistas (embalagens com utensílios e instrumentais com pacotes de material têxtil);
- Utilizar somente 80% da capacidade da autoclave para facilitar a circulação do vapor;
- Atentar para a esterilização de instrumentais metálicos (pinças e tesouras) mantendo-os abertos e destravados dentro de caixas metálicas com tampas de superfície perfurada (ideal 50% da superfície com furos e de pequenas dimensões);
- Verificar se a válvula está fechada e a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg, antes de ligar a autoclave;
- Verificar se a pressão de ar comprimido se encontra entre 3 e 4 Kg;
- Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;
- Dispor os lap's verticalmente dentro da autoclave para facilitar a penetração do vapor;
- Dispor as bacias e tampos metálicos na posição vertical com a abertura voltada para baixo, evitando a retenção de condensação;

- Não colocar os materiais/artigos uns sobre os outros, pois dificulta a penetração do vapor e retirada da umidade no final do ciclo de esterilização;
- Atentar para que os artigos/materiais fiquem encostados às laterais e fundo da câmara da autoclave;
-

Ações em caso de não conformidade

- Se a autoclave apresentar problemas em qualquer um dos processos antes de iniciar a esterilização dos materiais/artigos, informar a enfermeira da CME tome as providencias cabíveis;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

00292

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.28 Emissão
Tarefa: Desmontagem da carga esterilizada da autoclave		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir a segurança do funcionário que irá retirar os materiais/artigos esterilizados na autoclave, evitando acidentes de trabalho e danos ao aparelho.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luva Kevlar de cano longo), carro de transporte de material esterilizado.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas antes de iniciar a retirada do material esterilizado de dentro da câmara da autoclave;
- Acionar o botão do painel para abrir a porta;
- Retirar a carga da autoclave após a completa normalização da pressão interna da câmara;
- Colocar a carga esterilizada dentro do carro de transporte;
- Encaminhar o material/artigo esterilizado para a área de estocagem.

Cuidados
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Somente iniciar o processo de retirada dos materiais/artigos esterilizados utilizando o EPI (luva de Klevar de cano longo);
- Observar o alarme acústico contínuo que a autoclave emite ao término do ciclo de esterilização;
- Observar a lâmpada acesa no painel externo do aparelho que é indicadora do final ciclo de esterilização;
- Aguardar a completa normalização da pressão interna da câmara da autoclave, quando ocorrerá a abertura da porta.

Ações em caso de não conformidade
- Todo e qualquer problema detectado antes e durante o processo de esterilização relativo à autoclave, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto do aparelho;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.29 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Armazenagem e distribuição dos materiais/artigos esterilizados		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos esterilizados sejam armazenados e distribuídos, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar se os materiais/artigos esterilizados apresentam alguma alteração (rasgados, furados, comprimidos, torcidos ou úmidos);
- Estocar os materiais/artigos estéreis;
- Verificar prazo de validade dos materiais/artigos esterilizados, antes da distribuição dos mesmos;
- Distribuir os materiais/artigos esterilizados obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização;
- Controlar o registro de distribuição de materiais/artigos esterilizados;
- Limpar diariamente os carros e/ou caixas de transporte dos materiais/artigos esterilizados.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Somente manusear as embalagens/pacotes esterilizadas quando estes estiverem frios;
- Estocar os materiais/artigos esterilizados em área de acesso restrito, separados de artigos não estéreis, em ambiente ventilado e com controle da temperatura ambiente (entre 18°C e 22°C) e umidade relativa (entre 30 – 60%);
- Proteger os materiais/artigos esterilizados de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte dos mesmos;
- Considerar como contaminados todas as embalagens/pacotes que caírem no chão ou que apresentem rasgos, furos, comprimidos, torcidos ou úmidos, após a esterilização;
- Estocar os materiais/artigos estéreis a uma distância de 20-25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;
- Estocar os materiais/artigos de modo a não comprimir, torcer ou perfurar para não comprometer a esterilização dos mesmos;
- Realizar inventário periódico dos materiais/artigos estocados;
- Guardar e distribuir os materiais/artigos do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes esterilizados;
- Estocar os materiais/artigos em uma área que tenha segurança patrimonial contra extravios;
- Realizar inspeção periódica dos materiais/artigos estocados, observando se apresentam alguma degradação visível;
- Verificar sempre o prazo de validade dos materiais/artigos estocados;
- Estabelecer condições ideais de empacotamento;
- Nunca utilizar materiais/artigos que apresentem as seguintes alterações: papel grau cirúrgico amassado, invólucros com umidade e/ou manchas, invólucros (não tecido) com desprendimento de partículas suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade e, campos de tecidos que

estejam cerzidos e com camada fina;
- Propiciar condições ideais de armazenamento para as embalagens/pacotes;
- Manter um controle de distribuição dos materiais/artigos esterilizados;
- Limpar diariamente os carros/caixas de transporte de material/artigo esterilizados;



Ações em caso de não conformidade

- Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo de estocagem e controle de distribuição dos materiais/artigos esterilizados, informar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.30 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Transporte de material/artigo estéril		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material/artigo estéril seja transportado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, carro e/ou caixas de transporte, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Conferir os materiais/artigos que estão sendo recebidos;
- Assinar o livro de protocolo, após conferência dos materiais/artigos esterilizados;
- Acondicionar os materiais/artigos estéreis nos carros e/ou caixas de transporte específicos;
- Receber as caixas de transporte devidamente limpas.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Manusear os pacotes/embalagens esterilizados quando estes estiverem frios;
- Proteger os materiais/artigos esterilizados de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.31 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Utilização da incubadora Attest rápido		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar, através de testes realizados na incubadora, que o aparelho de autoclave, realizar processos de esterilização, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, indicadores biológicos, etiqueta, caneta, tubetes/ampolas, pacote-teste, ficha de controle de qualidade de esterilização.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Separar as ampolas dos indicadores biológicos que serão utilizados no controle;
- Escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;
- Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;
- Ligar o aparelho 1 hora antes de iniciar o processo com o tubete;
- Colocar o tubete no centro do pacote-teste com a tampa aberta dentro do pacote que será esterilizado;
- Retirar o tubete do pacote-teste, após o término do processo de esterilização e esperar esfriar;
- Tampar todos os tubetes, inclusive o não processado (será o parâmetro do teste);
- Quebrar todos os tubetes, inclusive o não processado;
- Calibrar o aparelho ligado colocando o tubete processado na parte frontal do aparelho, apertando delicadamente e, ao mesmo tempo, pressionar o botão vermelho existente na parte traseira da incubadora 9ª luz irá parar de piscar e acenderá a luz vermelha (+) e depois a luz verde (-);
- Colocar os tubetes processados e o não processado para incubar dentro de um dos 14 espaços existentes na incubadora, após a realização da calibração;
- Realizar a leitura com todos os tubetes na parte frontal do aparelho, onde acenderá a luz vermelha (+) ou verde (-), após a 1.ª hora, 2.ª hora e 3.ª hora de incubação, que será o resultado oficial do teste;
- Registrar em impresso próprio os parâmetros do ciclo de esterilização, colocando as etiquetas dos tubetes, próprias para este fim;
- Desprezar os tubetes em recipiente de perfuro-cortante.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- O teste deverá ser realizado o mais próximo da realidade;
- Não se esquecer de escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;
- Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;
- Não se esquecer de ligar o aparelho com o tubete 1 hora antes de iniciar o processo teste;
- Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;
- A leitura do processo teste só deverá ser feita após o cumprimento de todas as etapas necessárias;
- Não se esquecer de registrar em impresso próprio o resultado do teste;
- Realizar semanalmente o controle de qualidade da esterilização, após a manutenção preventiva/corretiva e esterilização de próteses.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que o resultado do controle de qualidade da esterilização está fora dos padrões exigidos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite providências para o conserto da autoclave;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.32 Emissão Revisão
Tarefa: Calibração da incubadora Attest rápido		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a calibração da incubadora seja feita, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, umidificador biológico e incubadora.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Comprimir a tampa do frasco do umidificador biológico;
- Introduzir o frasco do umidificador biológico específico, pressionando-o contra a parede de forma a quebrar a ampola de vidro;
- Deixar o frasco no cruscher (orifício específico) por i minuto;
- Introduzir o frasco do umidificador biológico no orifício da leitura, pressionando-o para baixo;
- Esperar a luz verde ou amarela acender;
- Pressionar e soltar o botão de calibração localizado na parte posterior da incubadora.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não se esquecer de ligar o aparelho com 1 hora antes de realizar a calibração da incubadora;
- Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;
- Deixar o frasco no cruscher por 1 minuto;

Ações em caso de não conformidade

- Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo calibração da incubadora, informar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.33 Emissão: Revisão: No: Data:
Tarefa: Utilização da seladora		

Executante Auxiliar de enfermagem.
Resultados esperados Assegurar que o uso da seladora será feito da forma correte e conforme os padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários Água, sabão, caneta apropriada, etiqueta, papel grau cirúrgico e seladora.
Atividades • Higienizar as mãos com água e sabão; • Ligar a seladora à tomada e logo após, ligar a chave geral do painel; • Observar se as luzes do painel já estão indicando que o equipamento já está pronto para ser utilizado; • Observar a integridade do papel grau cirúrgico; • Verificar a integridade da selagem observando a existência de rugas e áreas queimadas, regulando o equipamento conforme a necessidade; • Selar um dos lados da embalagem, antes de colocar os materiais/artigos dentro dela; • Selar o outro lado da embalagem com uma margem de 3 cm da borda para permitir uma abertura asséptica; • Avaliar, após a selagem, a integridade da mesma nas laterais, topo e fundo da embalagem; Identificar o material/artigo por meio manuscrito ou através de etiquetas, na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem.
Cuidados • Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos; • Só iniciar o uso da seladora após a confirmação das luzes do painel do aparelho estiver indicando a utilização; • Observar a integridade do papel grau cirúrgico; • Estar atento a integridade da selagem (existência de rugas e/ou queimaduras); • Observar a margem de segurança para realização da selagem (3 cm da borda); • Atentar para selar o papel grau cirúrgico de acordo com o tamanho e quantidade dos materiais/artigos; • Acondicionar os materiais/artigos com pontas perfurantes em embalagem dupla; • Sempre avaliar a integridade da selagem da embalagem; • Nunca se esquecer de identificar (manuscrito ou etiqueta) as embalagens (parte inferior, na área da selagem).
Ações em caso de não conformidade • Se perceber que a selagem não está dentro dos padrões sanitários exigidos, repetir o processo até manter a embalagem íntegra; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.34 Emissão
Tarefa: Limpeza diária da autoclave		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a limpeza da autoclave seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha e óculos), pano limpo, solução específica para limpeza da autoclave, compressa limpa e sabão neutro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;
- Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;
- Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;
- Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;
- Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;
- Aguardar a câmara esfriar;
- Colocar os EPI's (óculos e luvas de borracha);
- Passar pano limpo embebido em solução específica para limpeza da autoclave, prestando atenção às áreas que apresentem sujidade ou corrosão, friccionando o local com mais intensidade;
- Aguardar a ação do produto;
- Retirar todo o excesso do produto com uma compressa limpa e úmida;
- Limpar externamente as paredes da autoclave com sabão neutro, sempre no sentido do fundo para frente.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- A limpeza da autoclave deverá ser realizada ao término da jornada de trabalho;
- Antes de iniciar a limpeza da autoclave atentar para:
    1. Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;
    2. Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;
    3. Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;
    4. Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;
    5. Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;
    6. Aguardar a câmara esfriar;
- Friccionar com intensidade os locais que apresentam mais sujidade e corrosão.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.35 Emissão: 2731 Revisão No: Data:
Tarefa: Desinfecção da CME		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a higieniza e desinfecção da CME seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (avental impermeável e luvas de borracha), carro de limpeza, sacos de lixo, baldes, rodo, pano de piso e soluções necessárias a higienização.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Preparar o carro de limpeza com os materiais e equipamentos necessários à limpeza e desinfecção da CME;
- Colocar os EPI's (avental impermeável e luvas de borracha);
- Preparar as soluções de limpeza nos baldes, conforme os padrões sanitários exigidos;
- Recolher os sacos de lixo, fechá-los e colocá-los no saco coletor do carro de limpeza;
- Higienizar toda a parede da área de lavagem com rodo envolvido com um pano de piso embebido com solução adequada;
- Lavar o carro de transporte de material sujo;
- Higienizar o piso, utilizando o rodo envolvido com pano de piso embebido com solução adequada;
- Higienizar o banheiro;
- Higienizar a copa, sala da coordenação de enfermagem, área de circulação interna, armários, janelas e pisos;
- Guardar todos os materiais e equipamentos utilizados.

Cuidados

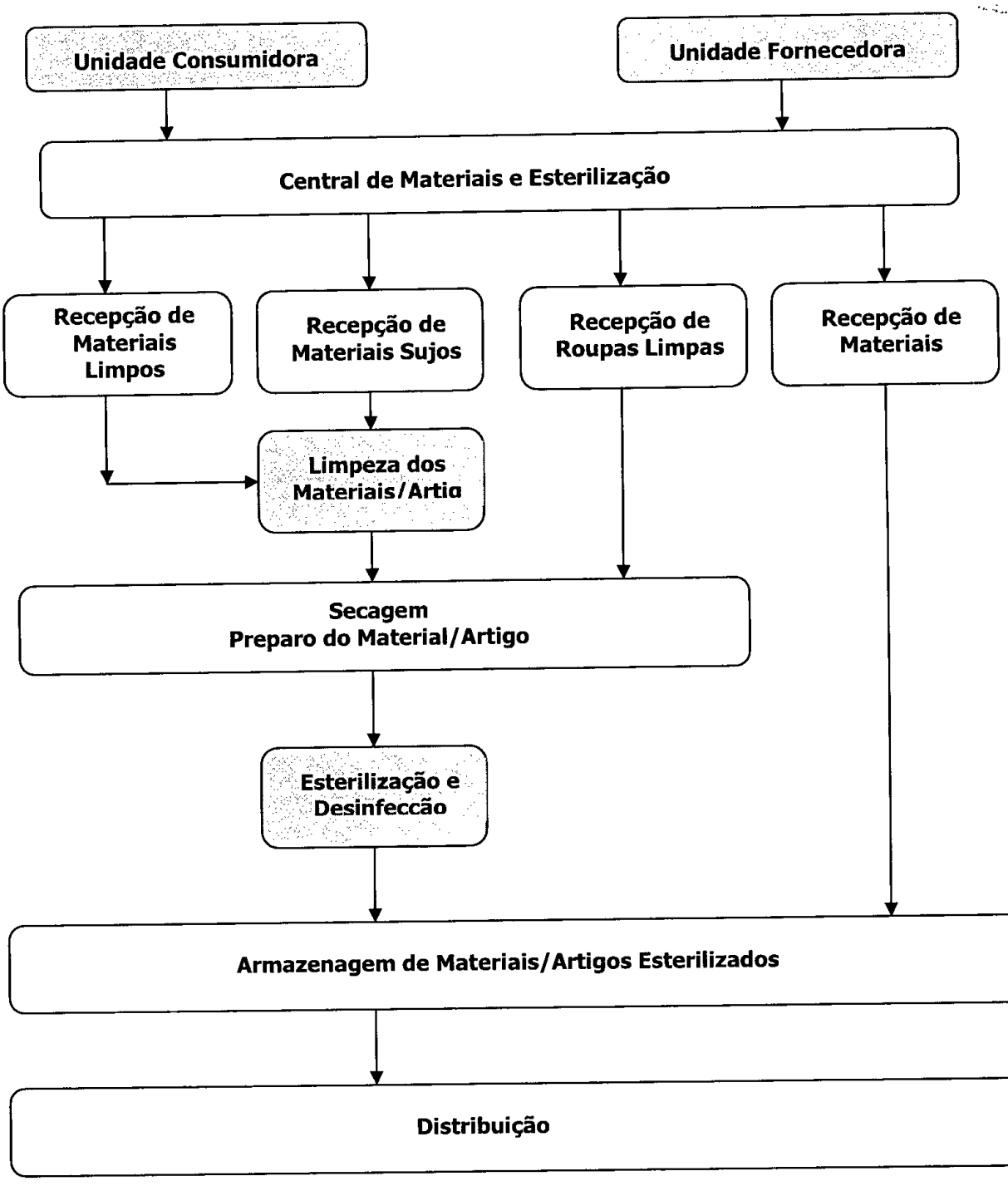
- Não se esquecer de utilizar corretamente os EPI's;
- Preparar as soluções para higienização e desinfecção conforme os padrões sanitários exigidos;
- Não se esquecer de realizar diariamente a desinfecção da CME.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

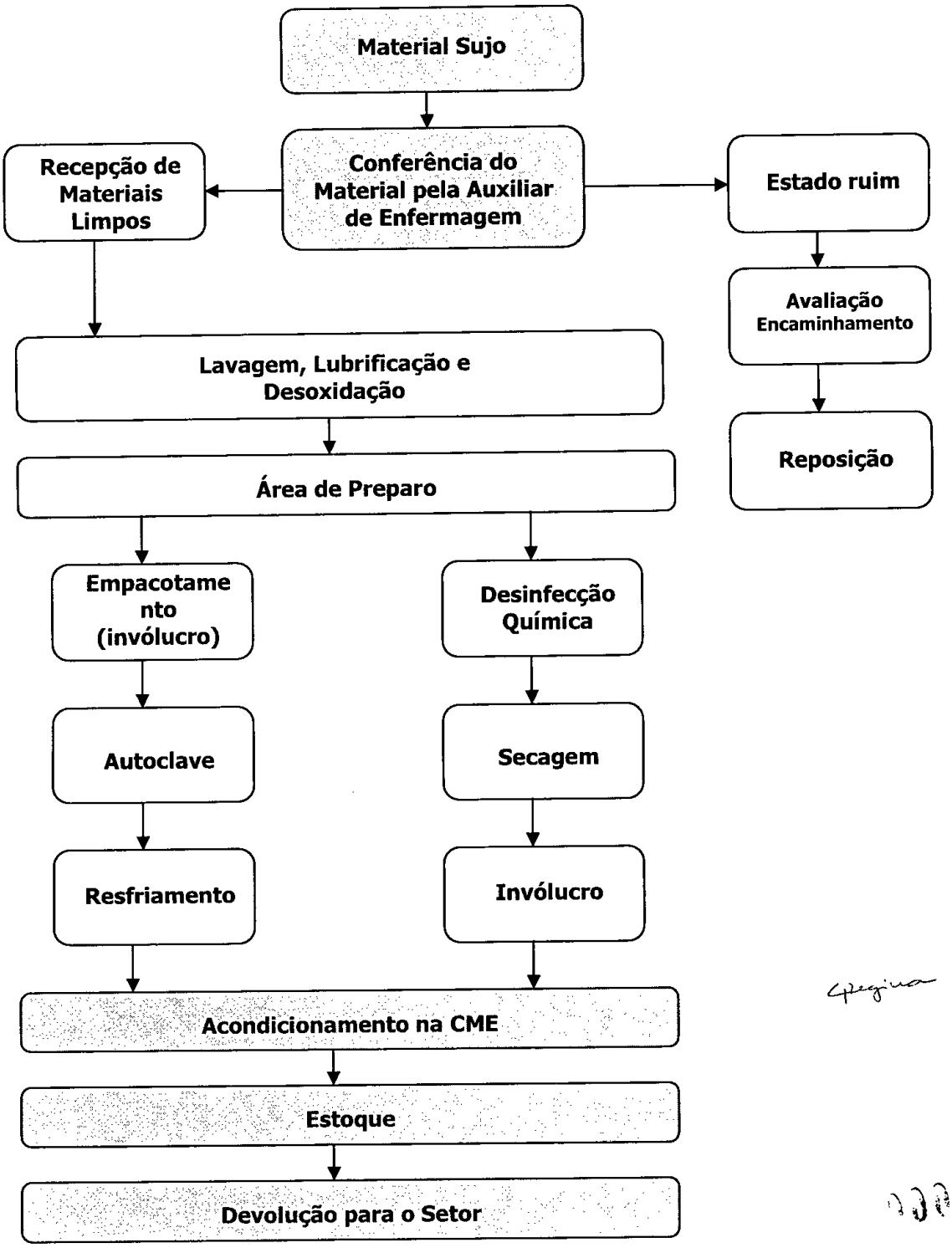
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.1
		Emissão
		Revisão
Materiais/Artigos Médico-hospitalares processados na CME		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.2
		Emissão
		Revisão
Encaminhamento de Material Sujo para a CME		Nº: Data:

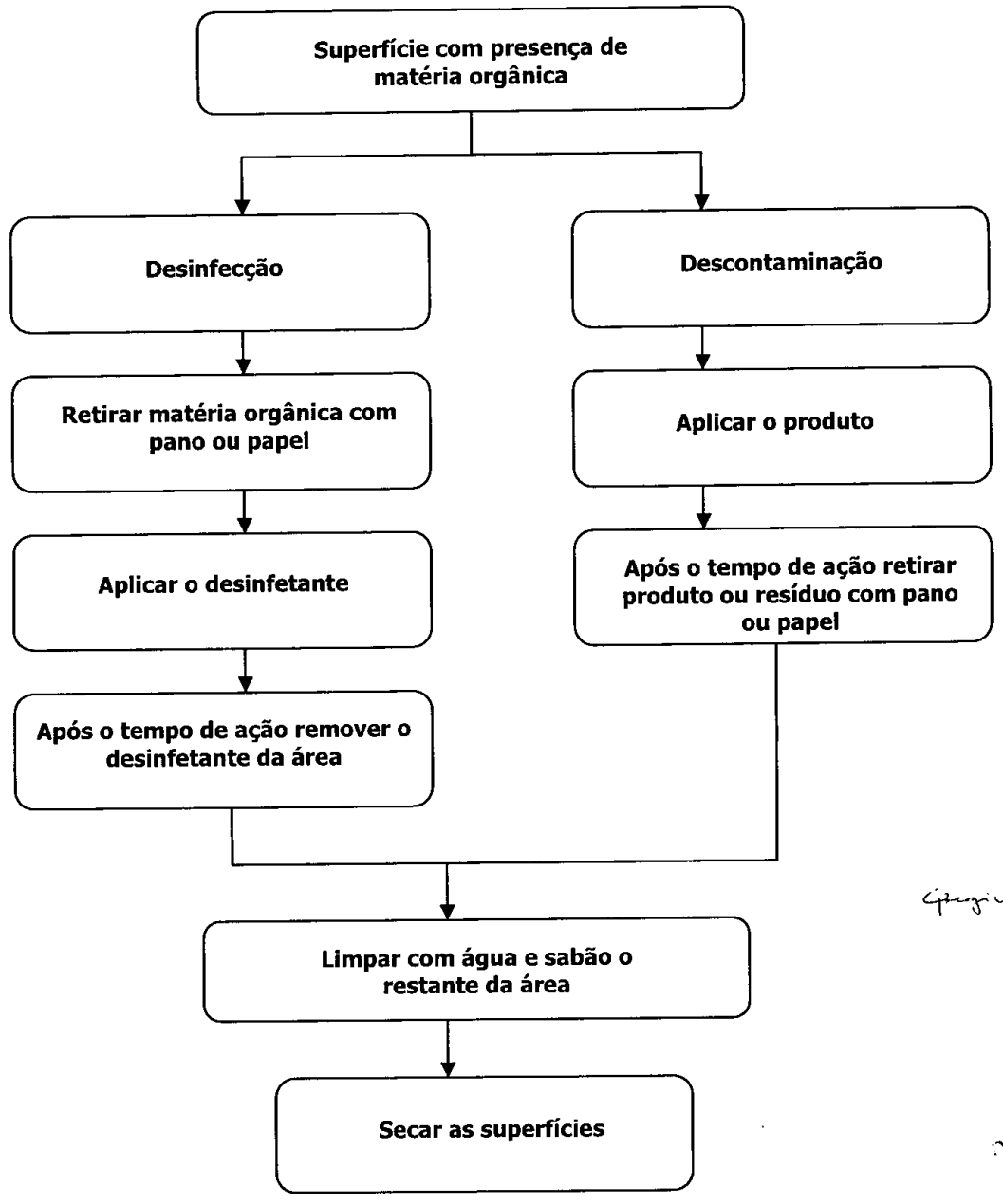




Regina

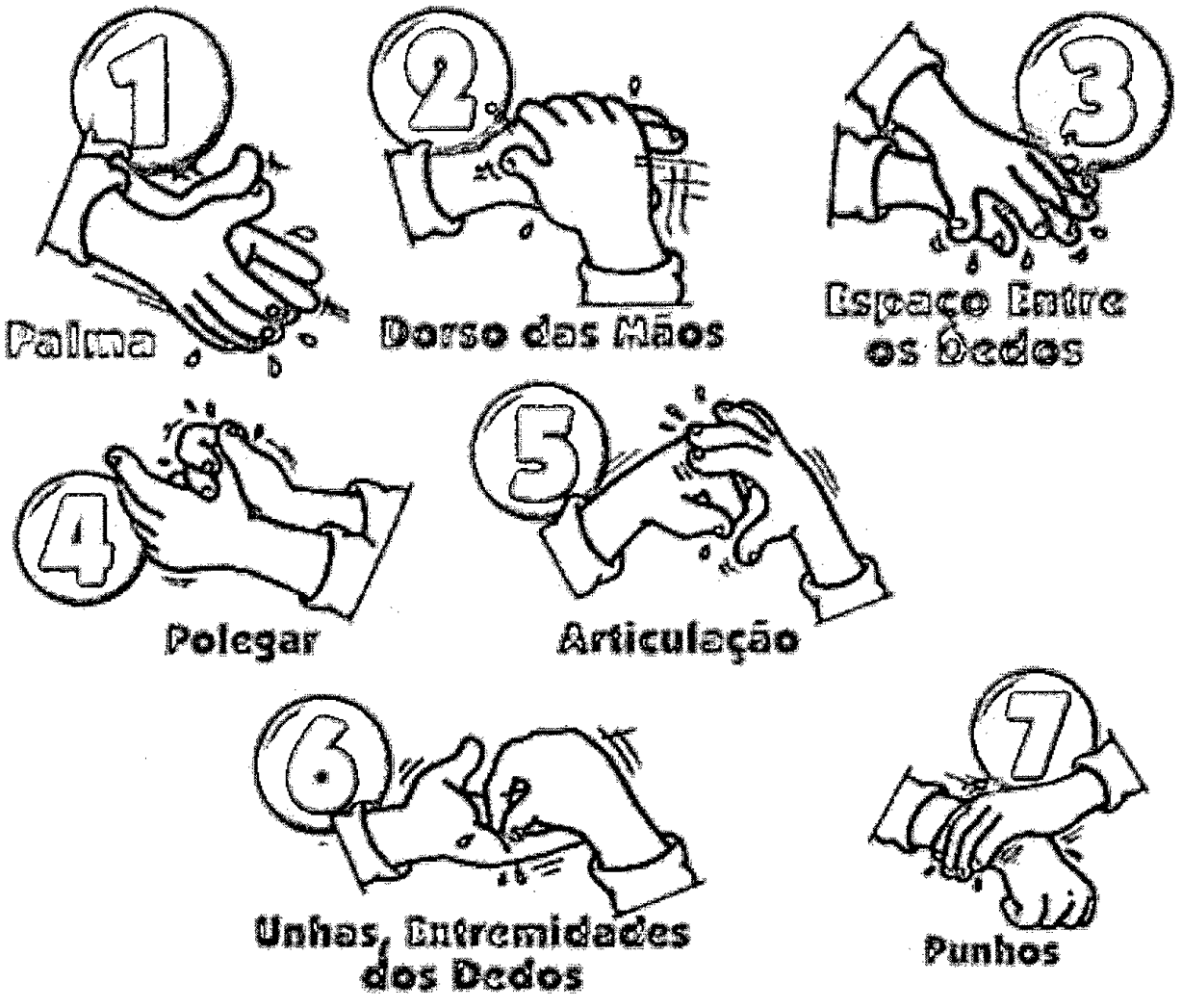
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.3
		Emissão
		Revisão
Fluxograma dos Passos Seqüenciais do Processamento de Artigos e Superfícies		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

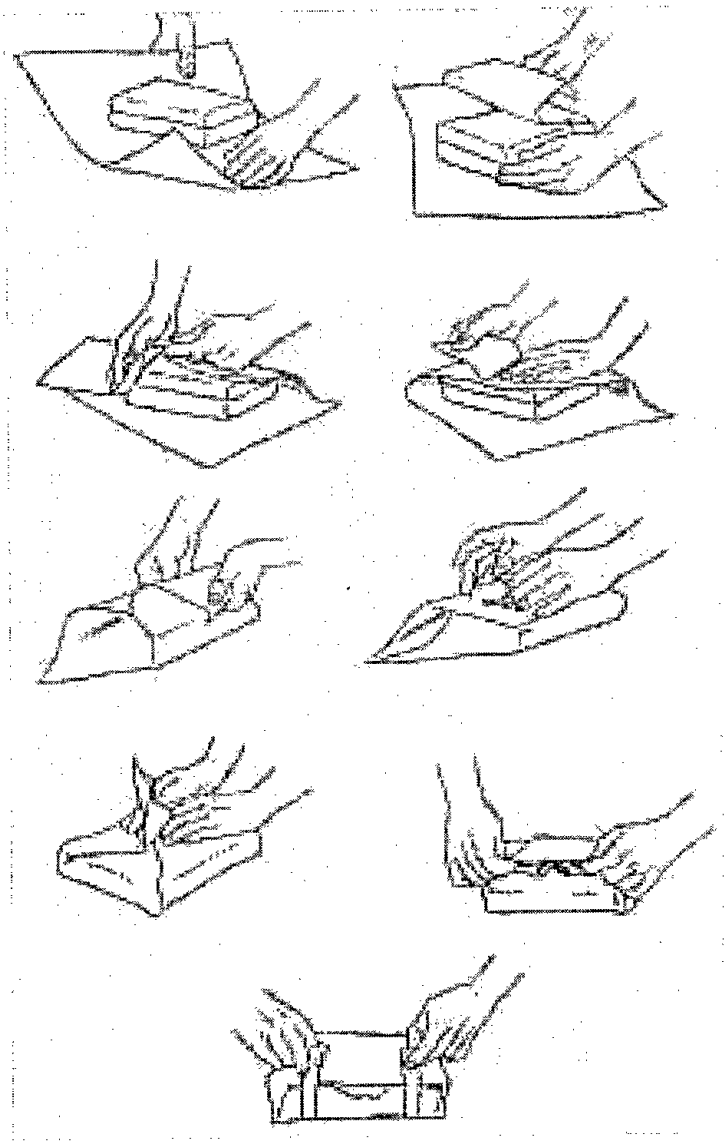
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.1
		Emissão
Medidas de Barreira: Higiene Básica das Mãos		Revisão
		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.2
		Emissão
Técnica de Empacotamento de material		Revisão
		Nº: Data:

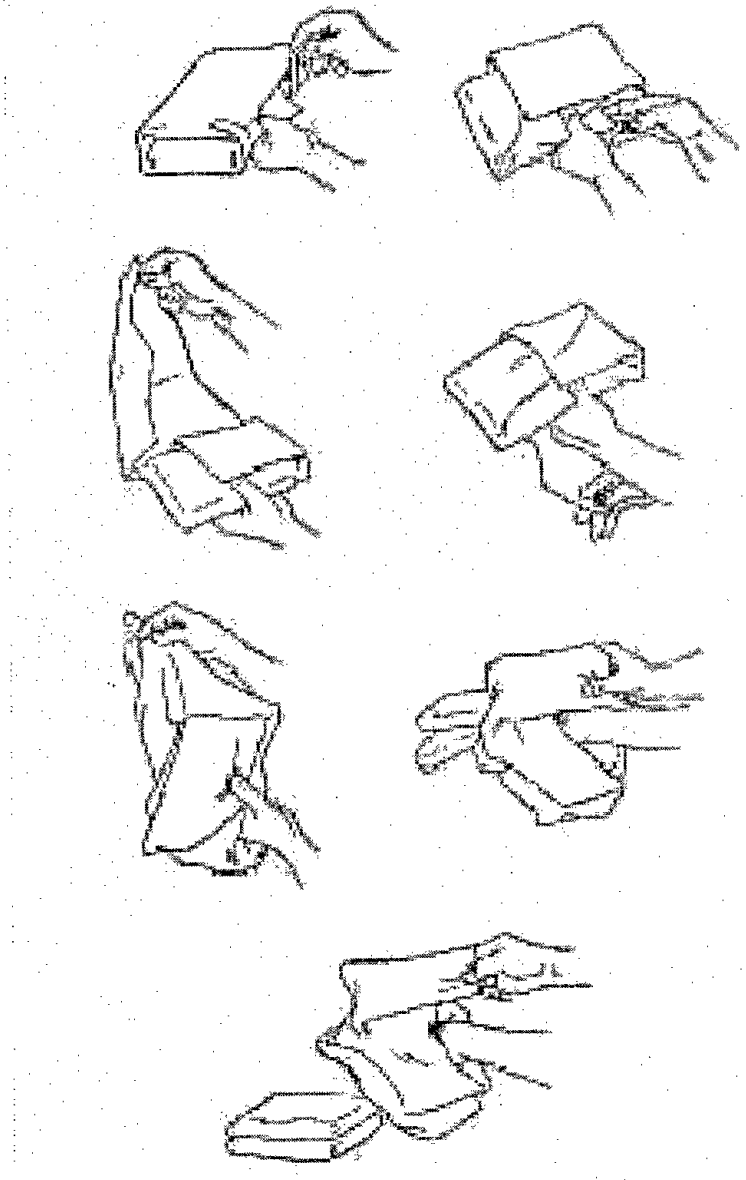
SES 273
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO



000308

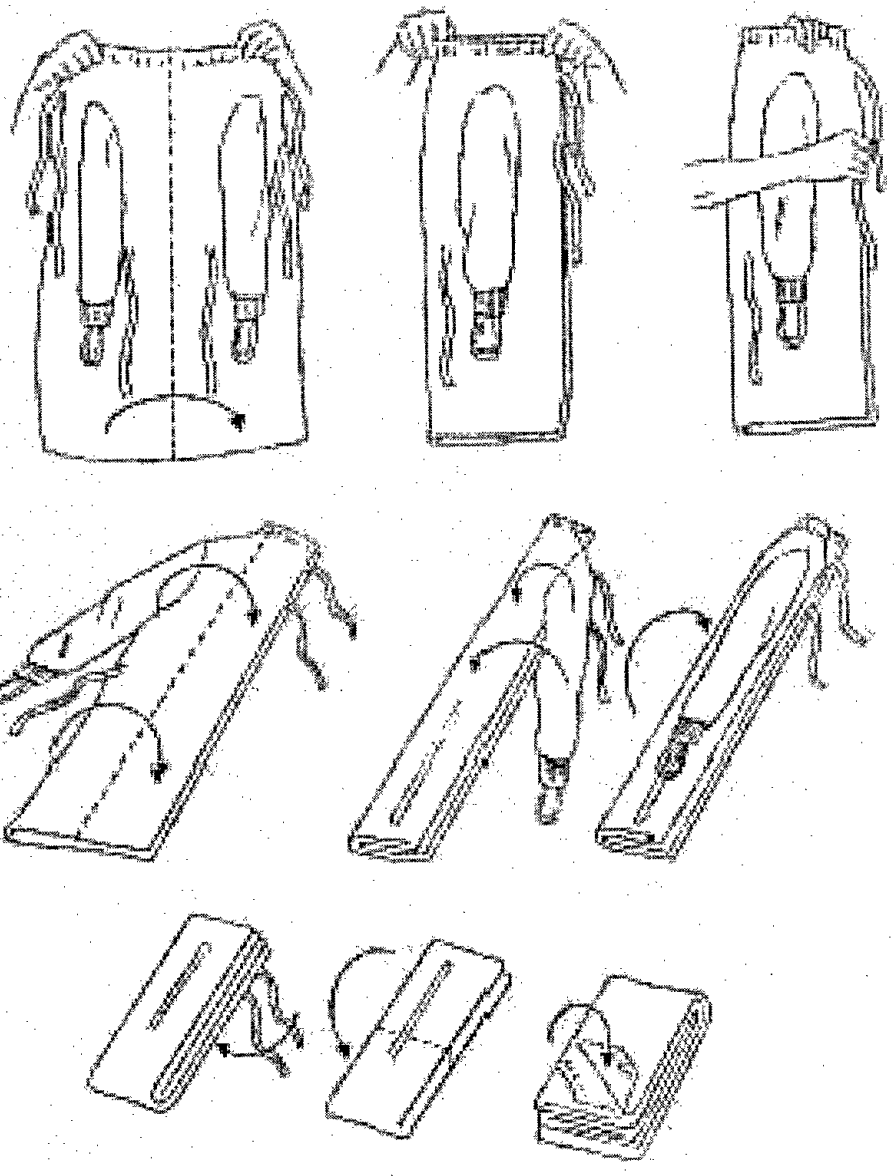
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.3
		Emissão
Técnica de Abertura de Material Estéril		Revisão
		Nº: Data:



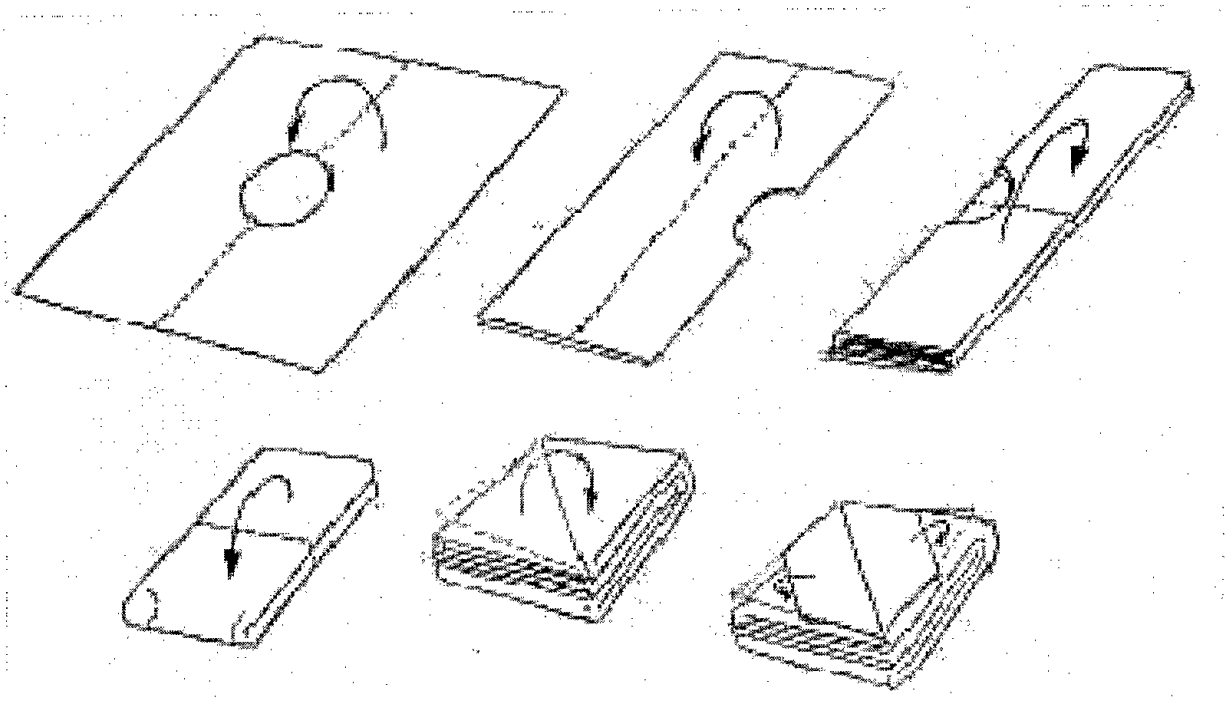
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.4
		Emissão
Técnica de Dobradura de Avental Cirúrgico		Revisão
		Nº: Data:



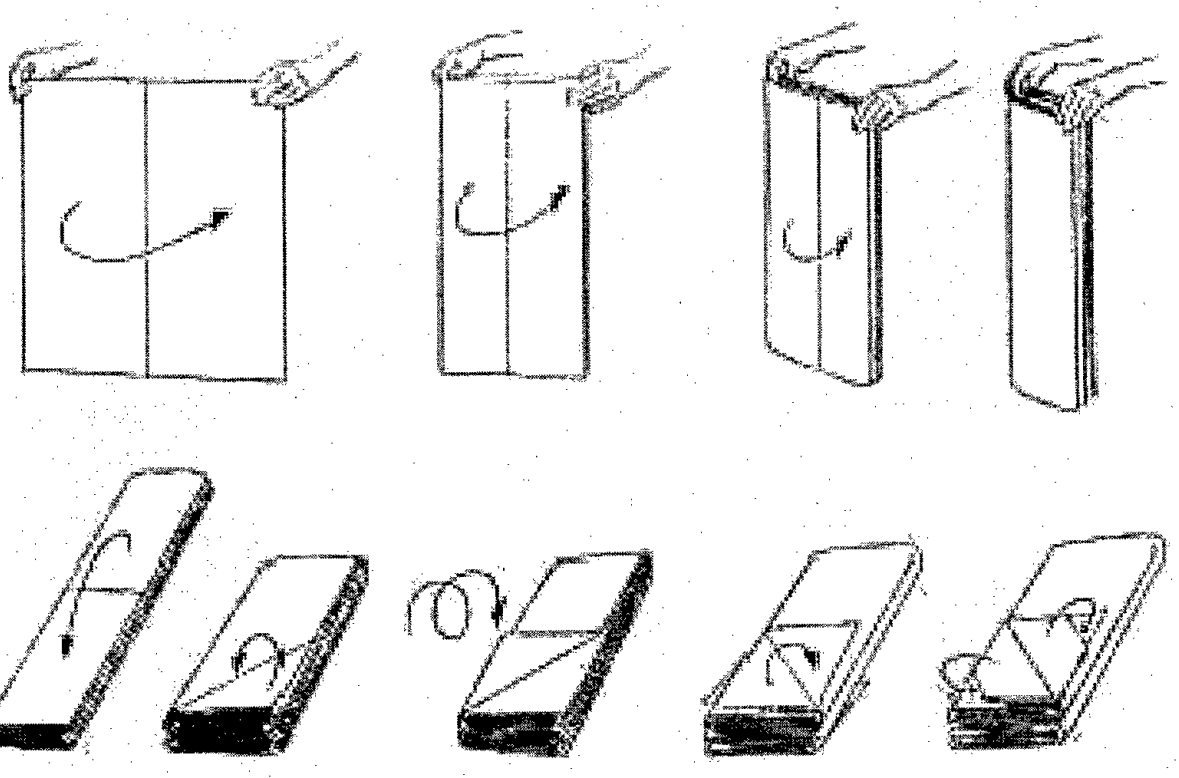
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.5	
		Emissão	
Técnica de Dobradura de Campo Fenestrado		Revisão	
		Nº:	Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.6
		Emissão
Técnica de Dobradura de Campo Cirúrgico		Revisão
		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES 2742 FLS. RUBRICA

Lavar as mãos com água e sabão líquido ou sabão em barra e aplicar álcool glicerinado a 70% friccionando por 30 segundos:

- Antes de iniciar as tarefas de limpeza.
- Ao constatar sujeira.
- Antes e após uso de toalete.
- Após tossir, espirrar ou assoar o nariz.
- Antes de se alimentar.
- Após término das atividades.
- Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza.
- Evitar o uso de bijouterias, jóias e relógios durante a execução do trabalho.
- Usar uniforme durante o trabalho e o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.
- Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado.
- Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza.
- Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco nas áreas internas das Unidades de Saúde.
- Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.
- Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.
- Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.
- Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA

Pano de chão: utilizado para varrer, lavar e secar pisos. Deve ser de tecido forte, branco, embainhado ou areolado e de tamanho suficiente para envolver o rodo ou vassoura.

- Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos.

Página

- Enxaguar.
- Colocar para secar.

Pano para limpeza: tecido macio embainhado ou areolado, usado para remover poeira; pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%.

- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Colocar para secar.

VASSOURA DE FIO SINTÉTICO:

- Usada juntamente com o pano de chão.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

VASSOURA DE VASO SANITÁRIO:

- Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos.
- Lavar novamente.
- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

ESPONJAS:

- *Esponjas de aço:* usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos.
- É descartável.
- *Esponja sintética:* usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.

ESCADAS:

- Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Secar com pano limpo.

BALDES:

- Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Colocar emborcados para secar.

PÁS DE LIXO:

- São de metal ou plástico com cabo longo de plástico ou madeira, usados para
- Recolher pequenas porções de lixo e pó.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Esfregar com esponja de aço.
- Guardar pendurada pelo cabo.

SES 2744 FLS.

RODO:

- Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário.
- Colocar para secar pendurado pelo cabo.

DESENTUPIDOR DE VASOS E PIAS:

- É constituído de material emborrachado com cabo de madeira ou plástico.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.
- Enxaguar.
- Deixar secar pendurado pelo cabo.

ESCOVA MANUAL DE FIOS SINTÉTICOS:

- Usada para lavar superfícies com reentrâncias.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário.
- Enxaguar.

LUVAS DE AUTOPROTEÇÃO:

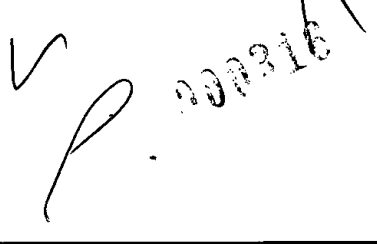
- Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico).
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Secar.
- Guardar em local próprio.

Regina



Página

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:



HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.8
		Emissão
Glossário		Revisão
		Nº: Data:

SES 2746 FLS

CME	Central de materiais e esterilização.
EPI	Equipamento de proteção individual.
Limpeza	É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.
Descontaminação	É o processo de redução dos microorganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.
Desinfecção	É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.
Desinfecção de alto nível	Procedimento eficaz contra todas as formas vegetativas, destruindo também uma parte dos esporos, quando utilizamos entre 10 e 30 minutos. Os desinfetantes de alto nível em um tempo relativamente longo, 6 a 10 horas, são capazes de realizar esterilização.
Desinfecção de nível intermediário	Procedimento que destrói os microrganismos na forma vegetativa incluindo o Mycobacterium tuberculosis, todos os fungos e a maioria dos vírus.
Desinfecção de baixo nível	Procedimento que destrói a maioria das bactérias na forma vegetativa, exceto Mycobacterium tuberculosis, alguns fungos e alguns vírus
Esterilização	É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevida do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10/6). A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.
Artigos	Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (talheres, louças, comadres,

	papagaios e outros), acessórios de equipamentos, instrumental odontológico e outros.
Superfícies	Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.
Artigos críticos	àqueles que entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular, bem como todos os que estejam diretamente conectados com este sistema, pois possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem *esterilização* para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: agulhas, roupas; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.
Artigos semi-críticos	àqueles que entram em contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Exigem *desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização.* Ex: equipamentos respiratórios, anestesia, endoscópios.
Artigos não críticos	àqueles que entram em contato com a pele íntegra do usuário. Requerem *limpeza e/ou desinfecção de baixo ou médio nível.* Deve-se atentar para o risco de transmissão secundária por parte dos profissionais que lidam com o artigo e entrem em contato com o usuário. Ex: termômetro clínico; incubadoras; artigos de higiene. Observação: **Considerar todo artigo como contaminado**.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

I - O produto não consta da lista negativa estabelecida na Resolução – RE n? 2.605, de 2006, e não traz na sua rotulagem o termo "PROIBIDO REPROCESSAR";

II - A análise do custo-benefício (custo do produto, volume esperado de reprocessamento, custo do processo de trabalho, dos materiais e despesas gerais para o reprocessamento, riscos e conseqüências da falha do produto e risco ocupacional) justifica o reprocessamento do produto;

III - A tecnologia disponível para o reprocessamento do produto é compatível com as propriedades do produto;

IV - O produto possui características que permitem a rastreabilidade e o controle do número de reprocessamentos;

V - A instituição tem acesso aos métodos indicados nesta resolução para o controle da qualidade do produto.

Art.5º O protocolo teste, específico para cada marca e tipo de produto selecionado, deve ser elaborado contemplando os seguintes aspectos:

I - Descrição do Produto a ser reprocessado, especificando: nome, número de registro ou cadastro na Anvisa, nome do fabricante, dimensões, estrutura, e composição;

II - Classificação do produto segundo o risco em: artigo crítico ou semi-crítico;

III - Descrição do tamanho da amostra e do número de reprocessamentos a que o produto será submetido no teste;

IV - Descrição do método de reprocessamento proposto, compatível com o produto e sua classificação de risco, especificando:

a) as fases de reprocessamento de forma detalhada – limpeza, enxágüe, secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;

b) materiais e insumos a serem utilizados;

c) medidas de proteção coletiva e equipamentos de proteção individual necessários;

V - Descrição da técnica de validação para cada fase do reprocessamento – padrões de referência para cada fase (físicos, químicos e microbiológicos) e métodos de verificação;

VI - Definição dos testes de segurança (esterilidade, apirogenicidade, atoxicidade e integridade) e de desempenho.

Parágrafo único. O protocolo teste pode ser elaborado utilizando-se como referência protocolos validados de outras instituições.

Art.6º A validação do protocolo deve ser documentada e assinada pelo responsável técnico do serviço de saúde ou da empresa reprocessadora.

Art.7º Os protocolos de reprocessamento devem ser elaborados a partir dos protocolos teste validados e devem conter:

I - Descrição do Produto especificando: nome, número de registro ou cadastro na Anvisa, nome do fabricante, dimensões, estrutura e composição.

II - Controle do Protocolo: data de redação, edição, público alvo, critério de recolhimento, e nome e assinatura dos responsáveis pela validação do protocolo teste e do responsável técnico;

III - Síntese dos resultados da aplicação do protocolo teste

IV - Descrição do método de reprocessamento aprovado por meio do protocolo teste, especificando:

a) as fases de reprocessamento de forma detalhada – limpeza, enxágüe, secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;

b) as medidas de proteção coletiva e os equipamentos de proteção individual necessários;

c) os materiais e insumos a serem utilizados;

d) capacitação necessária à implantação e ao controle de qualidade dos protocolos de reprocessamento;

SES 2750 FLS C

Página

e) os critérios de descarte do produto reprocessado, considerando o número máximo de reprocessamentos definido no protocolo teste e outros fatores relacionados ao aspecto e às características do produto que indiquem a necessidade de descarte.

V - Descrição dos mecanismos de rastreabilidade do produto, incluindo o modelo do prontuário de identificação do produto;

VI - Descrição do monitoramento da implantação do protocolo de reprocessamento (vigilância de processos e resultados);

VII - Descrição do monitoramento dos eventos adversos associados ao uso do produto incluindo a classificação dos eventos, formas de registro, de notificação, e medidas corretivas a serem adotadas; e

VIII - Descrição do monitoramento do descarte do produto reprocessado, nas condições previstas no item IV-e.

Parágrafo único. Os produtos classificados como críticos devem ter garantida sua rastreabilidade individual.

Art.8º Os produtos críticos reprocessados devem possuir um prontuário de identificação com as seguintes informações:

I - Nome do artigo;

II - Identificação individual do produto;

III - Número do registro da ANVISA/MS;

IV - Nome do fabricante;

V - Nome do fornecedor;

VI - Descrição da estrutura e composição;

VII - Dimensões;

VIII - Nome do responsável por cada reprocessamento;

IX - Local da realização do reprocessamento;

X - Data de cada reprocessamento.

Art.9º Os produtos semi-críticos reprocessados devem possuir um prontuário de identificação com as seguintes informações:

I - Nome do artigo;

II - Número do registro da ANVISA/MS;

III - Nome do fabricante;

IV - Nome do fornecedor;

V - Descrição da estrutura e composição;

VI - Dimensões;

VII - Nome do responsável por cada reprocessamento;

VIII - Local da realização do reprocessamento;

IX - Data de cada reprocessamento.

Art.10 O serviço de saúde que optar pela terceirização do reprocessamento deverá oferecer à empresa reprocessadora as informações constantes dos itens de I a VII do Art.8º e dos itens de I a VI do Art. 9º.

Art. 11 A empresa reprocessadora deve fornecer ao serviço de saúde as informações referentes aos itens de VIII a X do Art.8º e aos itens de VII a IX do Art. 9º.

Art.12 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem promover treinamento e educação permanente da equipe, visando à implantação e ao controle de qualidade dos protocolos de reprocessamento, mantendo disponíveis os registros dos mesmos.

Art.13 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem adotar mecanismos de monitoramento da implantação dos protocolos de reprocessamento, podendo envolver vigilância de resultado e de processo.

Art.14 Os serviços de saúde devem monitorar e notificar os eventos adversos associados ao uso dos produtos reprocessados.

Art. 15 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem monitorar o descarte de produtos reprocessados.

Art. 16 Os protocolos de reprocessamento devem ser revisados ou substituídos, após a validação de novo protocolo teste, diante das seguintes situações:

I - Alteração das tecnologias utilizadas no reprocessamento (insumos, equipamentos ou processo de trabalho);

II - Resultados desfavoráveis da avaliação dos eventos adversos;

III - Novas evidências científicas que indiquem risco à segurança do paciente.

Art.17 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras terão o prazo de trezentos e sessenta e cinco dias, a partir da data de publicação desta Resolução, para implantar os protocolos de reprocessamento atendendo às diretrizes desta resolução.

Art. 18 A inobservância do disposto nesta Resolução configura infração sanitária, sujeitando o infrator às penalidades previstas no artigo 10, inciso I e IV, da Lei de nº 6.437 de 20 de agosto de 1977.

Art. 19 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CLÁUDIO MAIEROVITCH PESSANHA HENRIQUES

RESOLUÇÃO - RE Nº 2605, DE 11 DE AGOSTO DE 2006.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere inciso XI, do Art. 13, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029,de 16 de abril de 1999,

considerando o disposto no inciso II do artigo 8º da Resolução RDC/ANVISA nº 156 de 11 de agosto de 2006;

considerando a necessidade de indicar os produtos que no estágio atual de conhecimento não devem ser reprocessados, e

considerando que a matéria foi submetida à apreciação da Diretoria Colegiada, que a aprovou em reunião realizada em 7 de agosto de 2006, Resolve:

Art. 1º Estabelecer a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados, que constam no anexo desta Resolução.

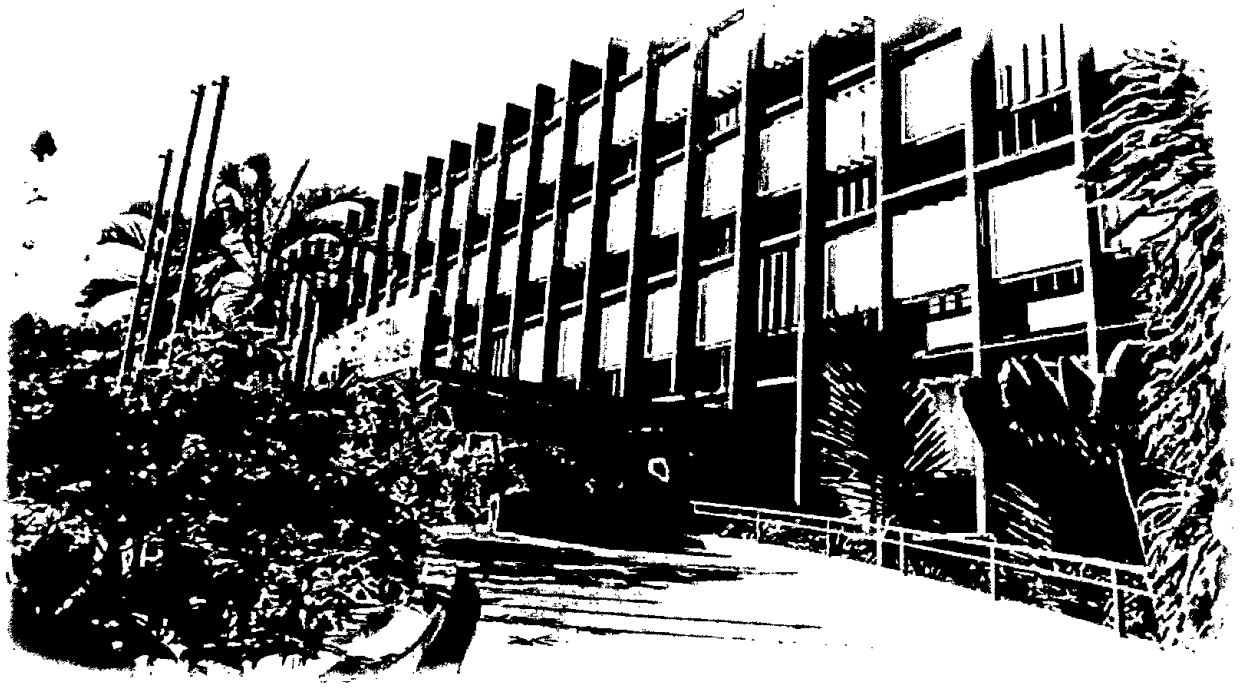
Art. 2º Revoga-se a Resolução RE/ANVISA nº 515, de 15 de fevereiro de 2006.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SES 214 Fls.

SUMÁRIO

Pág.

1 INTRODUÇÃO..... 02

2 NORMAS..... 03

3 PROTOCOLO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA PORTA DE ENTRADA DO HGG 05

1 INTRODUÇÃO

Esta proposta indica as instruções para faturamento de procedimentos SUS no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, o que direcionará a atuação dos profissionais faturistas.

2 ATRIBUIÇÕES DE FATURAMENTO

I - coordenar e efetuar o faturamento dos procedimentos de saúde junto ao SUS, conforme cronograma;

II - interagir com os organismos estaduais e federais para constantes atualizações dos procedimentos;

III - emitir relatórios gerenciais e estatísticos ao chefe do setor acerca dos faturamentos a cada período de 30 dias;

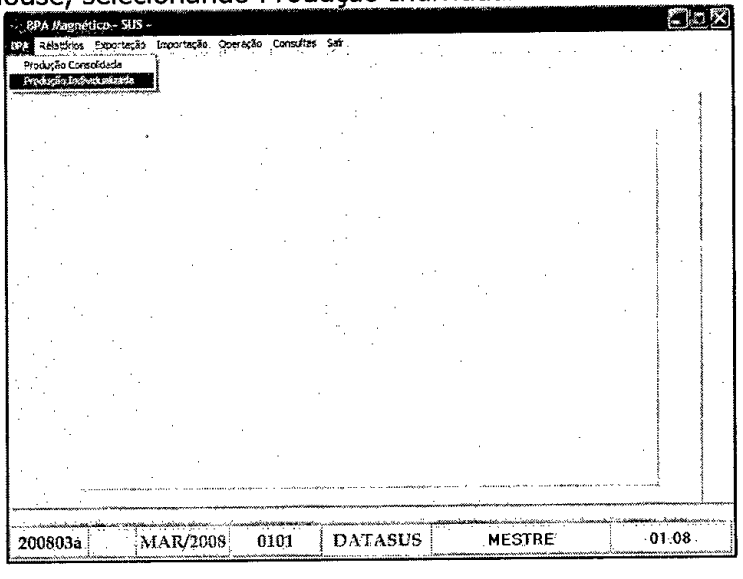
IV - articular com a assessoria de contabilidade para realização de conciliações entre o faturamento e o recebimento dos procedimentos.

3 INSTRUÇÕES PARA FATURAMENTO SUS

Procedimentos Ambulatoriais

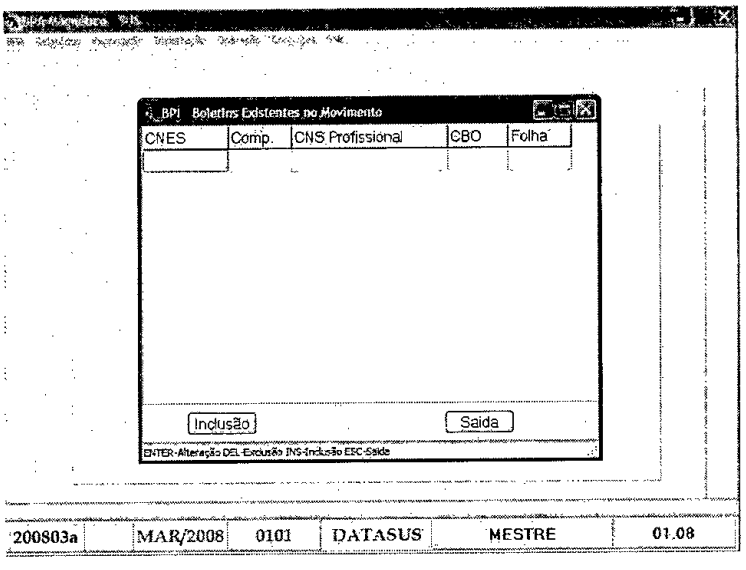
- Para iniciar o Faturamento siga as seguintes orientações:

Tela 01
Clique com o mouse, selecionando Produção Individualizada.



O Modulo BPA – Produção é dividido em Consolidado e Individualizado, selecione a opção Produção Individualizada e clique com o mouse, em seguida surgirá a tela seguinte:

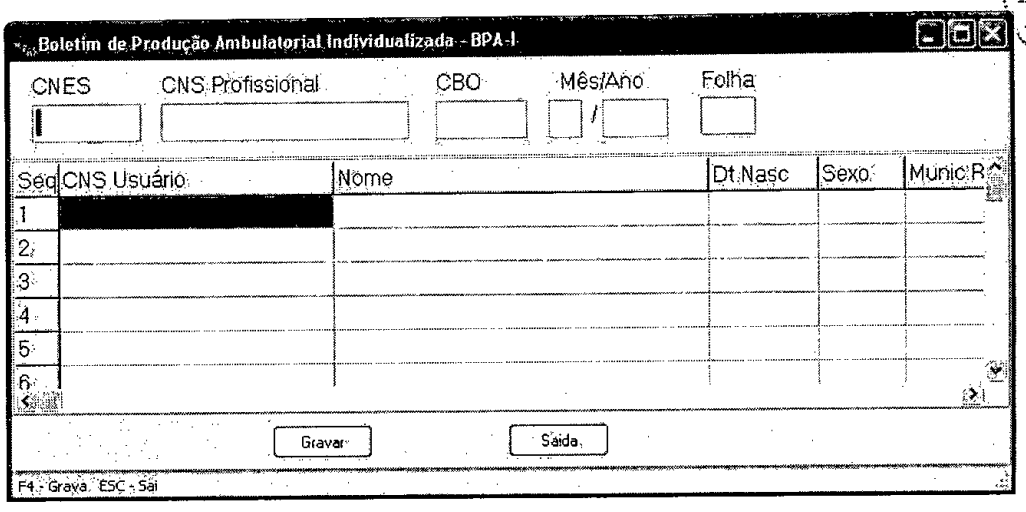
Tela 02



Clique com o mouse para incluir produção

Assim como no BPA Consolidado, o Individualizado pode ser Incluído, alterado ou excluído.

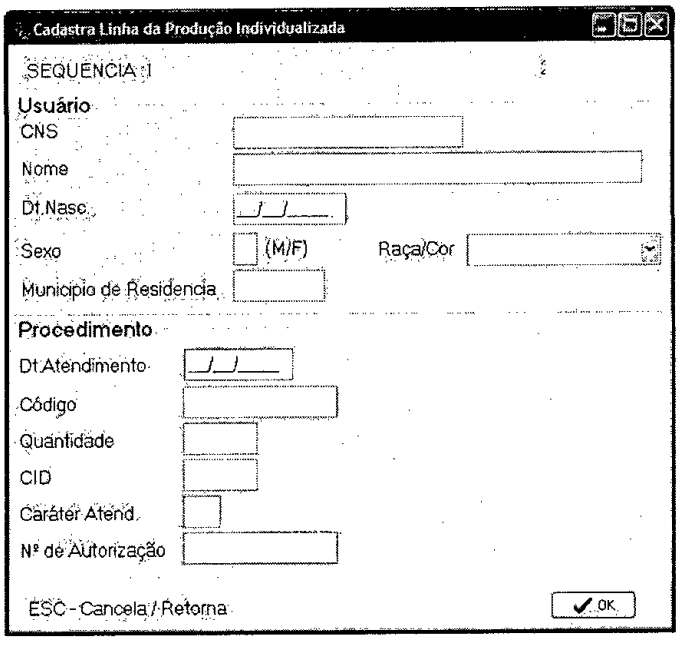
Seguirá a **Tela 03**



Deve-se informar o código CNES da unidade credenciada para o serviço de TFD, Numero do CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional que autorizou o deslocamento, CBO deste profissional, competência e folha da produção..

Atenção: O preenchimento dos campos são obrigatórios.

Tela 04



Para cada linha digitada na folha, o sistema apresenta a tela acima para o registro da informação do procedimento de forma individualizada, onde devem-se incluir os dados em duas divisões: usuário e procedimento.

As criticas nesta tela são :



Com Relação ao Paciente

Deve ser digitado o Nome do Paciente, Data de Nascimento do Paciente, Sexo, Raça/Cor e Município de Residência do Paciente.

Com Relação ao Acompanhante

Deve ser digitado o Nome do Acompanhante, Data de Nascimento do Acompanhante, Sexo, Raça/Cor e Município de Residência do Acompanhante.

Com Relação a dados do Procedimento

Deve ser digitado a Data de Atendimento, Código do Procedimento, Quantidade, CID e Caráter do Atendimento.

O Procedimento pode Exigir uma idade mínima ou máxima, a idade do paciente é calcula entre a sua data de nascimento e a data de atendimento do procedimento. Em caso de problema sobre a idade, o sistema emite um aviso.

O procedimento pode estar relacionado ao CBO, se o procedimento não for compatível com o CBO do profissional (informado na tela anterior) o sistema emite um aviso.

O CID tem que ser relacionado ao procedimento, salvo procedimentos que se relacionam com qualquer CID, em caso de diferença, o sistema emite um aviso.

Atenção: Para confirmar os dados deve-se acionar o botão "OK", ou caso queria cancelar deve-se teclar ESC.

Gregina



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
2759

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Instruções de Desenvolvimento Financeiro

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

30230

SEI 2760

SUMÁRIO

Pág.

1 INTRODUÇÃO..... 02

2 ATRIBUIÇÕES DO SETOR FINANCEIRO..... 02

3 INSTRUÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO FINANCEIRO 03

Regina

000331



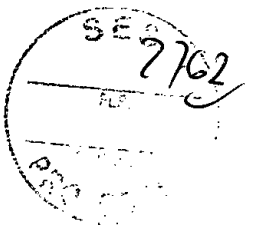
1 INTRODUÇÃO

Esta proposta indica as instruções de desenvolvimento financeiro para o Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, o que direcionará a atuação dos profissionais da área financeira.

2 ATRIBUIÇÕES DE SETOR FINANCEIRO

- Realizar controle e pagamentos, ordem de pagamentos, ordem de créditos e suprimento de fundos, observados os procedimentos administrativos
- Controlar conta corrente e poupanças, diariamente atualizada
- Proceder depósitos bancários
- Emitir recibos e empenhos dentro das deposições legais.
- Encerrar diariamente o movimento financeiro e remete-lo à contabilidade, com todos os documentos comprobatórios
- Relatório mensal de atividades do setor financeiro
- Providenciar pagamento de funcionários concernentes às despesas de diárias e passagens
- Informar dotação orçamentária.
- Emitir cheques de pagamento

Regina



3 INSTRUÇÕES DE DESENVOLVIMENTO FINANCEIRO

O Núcleo financeiro deve desempenhar sua principal função no desenvolvimento econômico do HGG através da alocação dos recursos, facilitando a troca de bens e serviços e a transferência de recursos entre fornecedores e o Hospital. Assim, o Núcleo deve atentar a seis funções básicas por ele desempenhadas, com vistas ao desenvolvimento financeiro:

1) Mobilização de recursos;

2) Alocação de recursos no espaço e no tempo;

3) Informação e monitoração do financeiro da Unidade Hospitalar;

4) Administração e alocação de riscos;

5) Liquidação de obrigações e realização de pagamentos;

6) Geração e divulgação de informação útil aos gestores para a tomada de decisão

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 2163

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
PROPOSTA TÉCNICA

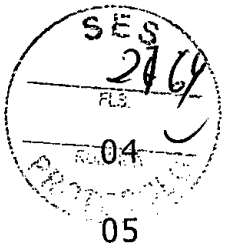
Manual de Normas e Rotinas do Almoxarifado e Patrimônio

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

Fl. 000334

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO ALMOXARIFADO 05

3. ROTINAS DO ALMOXARIFADO 06

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Almoxarifado, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO ALMOXARIFADO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Almoxarifado**	EO.1 Emissão Revisão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Almoxarifado		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- O horário de funcionamento do Almoxarifado (Coordenação e auxiliares): segunda a sexta-feira das 07h às 17h – Almoço das 11:30h às 13:45h
- O horário de entrega de fornecedores no Almoxarifado: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (todos os setores do hospital e fornecedores) que buscam os serviços do Almoxarifado.

Normas

- O horário de liberação de material pelo Almoxarifado segue as determinações abaixo:
  1. Diretorias, seções e setores da área administrativa – entrega da "requisição de material" – de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h – com entrega imediata do material;
  2. Seções, setores e serviços assistenciais – a reposição de material será feita de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h, pelo funcionário do Almoxarifado.
- Não é permitida a entrada de pessoas estranhas nas dependências do Almoxarifado, sem a autorização prévia da Administração do Hospital;
- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem a respectiva requisição, devidamente assinada e carimbada pelo chefe do setor requisitante;
- A quantidade de material entregue pelo Almoxarifado deverá ser sempre igual ao que consta na "requisição de material";
- Todo material recebido deverá ser armazenado por número de lote e data de vencimento;
- É de responsabilidade da chefia do Almoxarifado receber conferir toda mercadoria entregue, conforme nota fiscal e somente após a conferência de todos os itens, observando as especificações técnicas, assinará o recebimento;
- Diariamente deverá ser feita a higienização e limpeza do ambiente do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feita a higienização e limpeza das prateleiras e armários do Almoxarifado;
- Quinzenalmente deverá ser feita a conferência do estoque do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feito o inventário do Almoxarifado;
- Todos os funcionários do Almoxarifado devem trabalhar visando o funcionamento satisfatório do serviço e para tanto devem observar:

  1. Facilidade de acesso aos itens disponíveis dentro do Almoxarifado;
  2. Otimização e organização do espaço físico;
  3. Minimizar perdas por deterioração e desvios de materiais do Almoxarifado;
  4. Redução do uso de equipamentos desnecessários ao serviço.

Gregina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DO ALMOXARIFADO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.1 Emissão	
Tarefa: Pedido de Suprimento		Revisão	
		No:	Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Evitar a falta de materiais no estoque do Almoxarifado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.

Atividades
- Calcular lote de reposição;
- Preencher o pedido de compra;
- Enviar para a administração;
- Acompanha o processo para reposição de material no estoque.

Cuidados
- Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício;
- Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.

Gregina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

000338

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.2
		Emissão
Tarefa: Recebimento e armazenagem de material		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade no recebimento e armazenagem dos materiais.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, fichas de controle de estoque, computador, impressora, estantes, armários e caneta.

Atividades

- Receber os materiais com as respectivas notas fiscais;
- Conferir os materiais através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade, qualidade e prazo de validade;
- Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador;
- Atualizar as fichas de controle de estoque, lançando a entrada dos materiais;
- Cadastrar no computador todos os materiais recebidos;
- Armazenar nas estantes o material recebido, observando o lote, vencimento e registro da vigilância sanitária.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências;
- Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.3 Emissão
Tarefa: Conferência de notas fiscais e material recebido		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais recebidos estão de acordo com o que foi solicitado no pedido de compra.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, notas fiscais, pedido de compra e caneta.

Atividades
- Conferir as notas fiscais e o material recebido, conforme o pedido de compra, verificando o prazo de validade, quantidade e qualidade do mesmo;

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as especificações, quantidades, qualidade e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Se algum material que está sendo entregue divergir do pedido de compra, devolvê-lo imediatamente ao fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.4 Emissão
Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração		Revisão No: Data:

SES FLS 27 RUBRICA PROTOCOLO

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.

Atividades

- Receber as notas fiscais;
- Colocar nas notas fiscais a confirmação de "mercadoria entregue";
- Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque;
- Protocolar as notas fiscais;
- Encaminhar as notas fiscais para a administração.

Cuidados
Ter atenção a arquivar as notas fiscais.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que existe alguma divergência entre a nota fiscal, o material que está sendo entregue e o pedido de compra, devolver imediatamente para o fornecedor.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.5 Emissão
Tarefa: realizar controle de estoque		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir o controle de estoque e indicar a previsão de compra mensal.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, computador, impressora, software de controle de estoque e papel.

Atividades

- Receber solicitações dos chefes de serviço;
- Cadastrar diariamente no software de controle de estoque, a entrada e saída de material do almoxarifado;
- Imprimir relatório diário, no final da tarde;
- Analisar relatório;
- Identificar as necessidades de reposição de estoque;
- Arquivar a primeira via da requisição de material.

Cuidados
Atentar quanto às situações emergenciais que indiquem a necessidade de reposição do estoque fora da praticada de forma usual.

Ações em caso de não conformidade
Em casos emergenciais (situações de epidemias) solicitar compra em caráter emergencial.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.6 Emissão
Tarefa: Entrega de material aos setores do hospital		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilizar a entrega de materiais aos setores solicitantes.

Recursos Necessários
Requisição de material, ficha de controle de estoque e caneta.

Atividades

- Receber a requisição de material;
- Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela chefia solicitante;
- Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição;
- Separar o material que deverá ser entregue ao setor solicitante;
- Anotar na requisição de material as quantidades que serão entregues;
- Atualizar as fichas de controle de estoque;
- Arquivar a 1.ª via da requisição de material;
- Entregar o material ao setor requisitante.

Cuidados

- Ter atenção ao conferir a requisição de material;
- Ter atenção ao separar o material solicitado, evitando trocas.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar à Chefia do Almoxarifado a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.7 Emissão
Tarefa: previsão e controle de estoque mensal		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir que não falte nenhum material no almoxarifado e controlar o consumo destes.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.

Atividades
- Fazer levantamento do estoque do almoxarifado através das requisições de materiais arquivadas;
- Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de dos materiais;
- Emitir relatório diário para controle do estoque;
- Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.

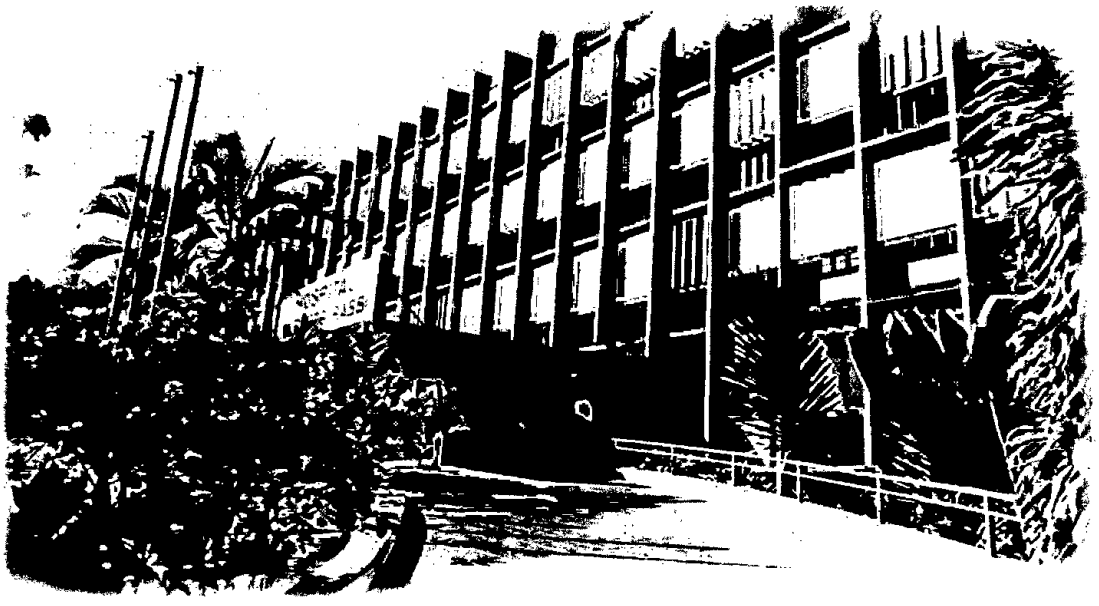
Cuidados
- Ter atenção ao conferir as requisições de material;
- Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.

Ações em caso de não conformidade
Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almoxarifado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
PROPOSTA TÉCNICA

Instrução Normativa Para a Realização de Procedimentos de Aquisição de Materiais (licitação)

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

CRITÉRIOS PARA RECEBIMENTO DE PROPOSTAS DE LICITAÇÕES DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITLARES

Ficam estabelecidos os seguintes critérios de aceitação de propostas em licitações de materiais médico-hospitalares e laboratoriais no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG:

1. Somente serão aceitos nas licitações para compra de materiais médico-hospitalares e laboratoriais no HGG produtos cujas marcas se encontrem pré-qualificadas até a data da publicação do edital.

2. Os fornecedores interessados em pré-qualificar marcas deverão entregar as amostras, juntamente com o Requerimento de pré-qualificação de marca e produto médico-hospitalar e documentação pertinente a cada produto para pré-qualificação, de acordo com a sua classificação, na **Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos (Rua .....), de segunda a quinta-feira, das 14h às 16h30.** Deverão ser apresentadas cópias autenticadas dos documentos originais para abertura de processo administrativo de acordo com o disposto na Lei 9784 de 29/01/99 para cada produto, conforme abaixo mencionado:

- Certificado de Registro no MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) RDC 185/2001.
- Certificado de Registro no MS/Anvisa por família (Publicação no D.O.U) RDC 97/2000.
- Certificado de BPF e C MS/Anvisa do fabricante RDC Nº 59/2000.
- Certificado de Isenção de Registro MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) Decreto 79.094/1977/RDC 185/2001 e 260/02.
- Certificado de Aprovação de Equipamento de Proteção Individual CA Ministério do Trabalho.
- Laudo de Laboratório Oficial do MS e Inmetro*
  *Em casos de comprovação de gramaturas, adesividades, saneantes, equipamentos relacionado ao uso do produto.
- Autorização de Funcionamento da empresa fabricante Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977 (Publicação no D.O.U).
- Licença de Funcionamento Estadual Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977.
- Licença de Funcionamento Municipal Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977.
- Em caso de empresas comerciais, distribuidoras e os importadores, carta do fabricante assegurando que a amostra apresentada correspondem à versão do produto fabricada no momento e autorização para comercialização do produto.
- Literatura técnica.
- Documentos em língua estrangeira acompanhados de tradução juramentada.

3. A embalagem e os rótulos dos produtos apresentados devem atender aos critérios estabelecidos na RDC 185/2001/MS Anvisa.

4.O HGG se compromete a informar o resultado dos testes em no máximo 45 dias a partir da apresentação das amostras e da documentação legal.

5.Através do processo administrativo instaurado para cada produto apresentado, o fornecedor poderá acompanhar as etapas da avaliação junto à Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos.

6. Materiais cuja entrega para teste tenha ocorrido fora do prazo estabelecido de 45 dias anteriores à publicação do Edital não terão direito a participar da licitação caso os testes não estejam concluídos. Recursos nesse sentido serão peremptoriamente negados.

7. Os materiais que apresentarem queixa técnica notificadas junto as Gerencias de Risco do HGG e também comunicadas por Alertas Sanitários da Anvisa serão recusados e não terão os testes consumados.

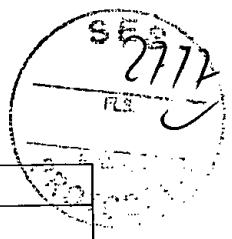
8. A relação das marcas pré-qualificadas registradas no HGG encontra-se disponível para consulta no setor de Gestão de Licitações.

9. O fornecedor cuja marca do produto esteja pré-qualificada para uso no HGG obriga-se a comunicar formalmente à Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos as eventuais alterações de fabricação e fusões de empresas fabricantes que levem a alterações na nomenclatura da marca. A omissão dessa informação levará a retirada da marca do produto no Sistema de Pré-qualificação, ficando sujeito a novo processo administrativo para avaliação.

10. O fornecedor poderá solicitar a pré-qualificação da marca do produto, independentemente de solicitação do HGG e da existência de certame licitatório marcado, desde que este faça parte da grade de compras da Instituição.

11. A quantidade de amostras dos produtos para pré-qualificação deverão ser consultadas na Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos do HGG. As quantidades estarão sujeitas a variações, dependendo do numero de usuários e testadores requeridos para o produto.

REQUERIMENTO DE PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE MARCA E PRODUTO MÉDICO-HOSPITALAR



À
Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos do HGG
Na condição de representante legal da empresa:

CNPJ	
Razão Social	
Endereço	
Telefone/e-mail	

Venho requer a análise técnica para Pré-qualificação do produto abaixo discriminado, no qual identificamos a possibilidade de correspondência com a descrição narrativa do código do HGG:

Produto			
Marca		Referência	
Fabricante		Origem	

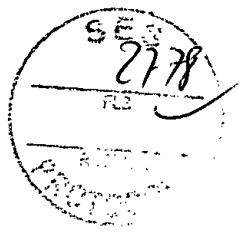
N.º de Amostras	( )

Documentação Anexa (cópias anexadas)

	Certificado de Registro no MS/ ANVISA – RDC n.º 185/2011 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de Registro no MS/ANVISA por família – RDC n.167 97/2000 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de BPFeC MS/ANVISA do frabricante – RDC n.º 59/2000 (cópia publicação D.O.U)
	Certificado de Isenção do Registro MS/ANVISA – decreto 79.094/77/RDC nº 185/01 e 260/02 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de Aprovação de Equipamento de Proteção Individual – CA – Ministério do Trabalho
	Laudo de Laboratório Oficial do MS e INMETRO (Em casos de gramaturas/adesividades/saneantes/equipamentos)
	Autorização de Funcionamento do Fabricante – Lei 6.360/76/ Dec. 79.094/77/ Lei 9782/99 (validade: 1 ano)
	Autorização do fabricante para comercialização dos produtos por Distribuidores e/ou Importadores (obrigatório)
	Eventuais documentos em língua estrangeira, acompanhados de tradução juramentada
	Licença de Funcionamento Estadual – Lei 6.360/76/ Decreto 79.094/77
	Licença de Funcionamento Municipal – Lei 6.360/76/ Decreto 79.094/77
	Leitura Técnica

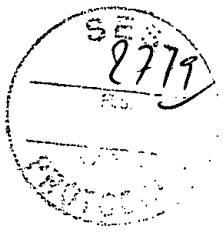
_____, ___/___/____ (local e data)
_____ (carimbo e assinatura)

ATIVIDADES DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS



- Pesquisa do Catálogo de Materiais
- Composição dos itens de materiais do Catálogo
- Análise da necessidade de compra
- Iniciação e acompanhamento do processo de compra
- Recebimento dos materiais
- Conferência e inspeção dos materiais
- Estocagem e preservação dos materiais
- Requisição de material ao almoxarifado
- Fornecimento interno de material
- Utilização de material pelo usuário
- Devolução de materiais ao almoxarifado
- Descarte de material utilizado
- Gestão e controle dos processos de administração de materiais
- Gestão das informações

ETAPAS DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS



1. Realizar alinhamento de processos-chave do negócio
    - fluxos
    - serviços
    - informações
    - recursos
    - qualidade

2. Avaliar áreas de armazenamento
    - Dimensionamento e lay-out adequados

3. Realizar integração com Fornecedores
    - Avaliar fornecedores atuais
    - Selecionar fornecedores
    - Providenciar certificação dos fornecedores

4. Definir a política de suprimentos
    - Fluxo de solicitação e recebimento de insumos ao Almoxarifado
    - Prazo de entrega das solicitações
    - Forma de entrega

5. Realizar avaliação e controle de contratos com fornecedores

6. Definir a política de compras
    - Padronização de Materiais

- Padronização de medicamentos
- Períodos de realização de compras
- Fluxos de processos de compra
- Reposição periódica
- Estoque mínimo



7. Avaliar o sistema de informações
   - Cadastro de materiais
   - Cadastro de fornecedores
   - Controle de estoque

8. Definir Fluxos operacionais
   - Estruturar os produtos ou serviços que oferece de acordo com alguns ou todos os fluxos físicos a seguir:
     - ✓ Matérias-primas, do ponto de estocagem da fonte original até a entrega para o cliente.
     - ✓ Produtos semi-acabados, vindos de unidades próprias ou de fabricas ou armazéns dos fornecedores.
     - ✓ Ferramentas ou maquinas, de uma unidade de manufatura para outra.
     - ✓ Produtos acabados entre plantas, armazéns próprios, armazéns dos clientes, ou armazéns pertencentes a empresas de serviços logísticos.
     - ✓ Itens consumíveis e peças de reposição, de armazéns para veículos dos técnicos de reparos, ou para unidades dos clientes onde os equipamentos estão instalados.
     - ✓ Produtos e peças a serem reparados, da unidade do cliente para o local de reparo / recuperação.
     - ✓ Embalagens vazias retornadas, dos pontos de entrega para os pontos de carregamento.
     - ✓ Produtos vendidos ou componentes devolvidos, dos pontos de entrega para o ponto inicial de armazenagem ou manufatura (fluxo reverso).
     - ✓ Produtos usados / consumidos a serem reciclados, recauchutados, reutilizados ou postos à disposição (fluxo reverso).

1. NORMAS DO ALMOXARIFADO

HSOPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Almoxarifado**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Almoxarifado		Revisão
		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- O horário de funcionamento do Almoxarifado (Coordenação e auxiliares): segunda a sexta-feira das 07h às 17h – Almoço das 11:30h às 13:45h
- O horário de entrega de fornecedores no Almoxarifado: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (todos os setores do hospital e fornecedores) que buscam os serviços do Almoxarifado.

Normas

- O horário de liberação de material pelo Almoxarifado segue as determinações abaixo:
  1. Diretorias, seções e setores da área administrativa – entrega da "requisição de material" – de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h – com entrega imediata do material;
  2. Seções, setores e serviços assistenciais – a reposição de material será feita de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h, pelo funcionário do Almoxarifado.
- Não é permitida a entrada de pessoas estranhas nas dependências do Almoxarifado, sem a autorização prévia da Administração do Hospital;
- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem a respectiva requisição, devidamente assinada e carimbada pelo chefe do setor requisitante;
- A quantidade de material entregue pelo Almoxarifado deverá ser sempre igual ao que consta na "requisição de material";
- Todo material recebido deverá ser armazenado por número de lote e data de vencimento;
- É de responsabilidade da chefia do Almoxarifado receber conferir toda mercadoria entregue, conforme nota fiscal e somente após a conferência de todos os itens, observando as especificações técnicas, assinará o recebimento;
- Diariamente deverá ser feita a higienização e limpeza do ambiente do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feita a higienização e limpeza das prateleiras e armários do Almoxarifado;
- Quinzenalmente deverá ser feita a conferência do estoque do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feito o inventário do Almoxarifado;
- Todos os funcionários do Almoxarifado devem trabalhar visando o funcionamento satisfatório do serviço e para tanto devem observar:

  1. Facilidade de acesso aos itens disponíveis dentro do Almoxarifado;
  2. Otimização e organização do espaço físico;
  3. Minimizar perdas por deterioração e desvios de materiais do Almoxarifado;
  4. Redução do uso de equipamentos desnecessários ao serviço.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

2. ROTINAS DO ALMOXARIFADO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP: 1 2782 Emissão
Tarefa: Pedido de Suprimento		Revisão
		No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Evitar a falta de materiais no estoque do Almoxarifado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.

Atividades
- Calcular lote de reposição;
- Preencher o pedido de compra;
- Enviar para a administração;
- Acompanha o processo para reposição de material no estoque.

Cuidados
- Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício;
- Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.2
		Emissão
Tarefa: Recebimento e armazenagem de material		Revisão
		No: / Data:

FLS 278 RUBRICA

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade no recebimento e armazenagem dos materiais.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, fichas de controle de estoque, computador, impressora, estantes, armários e caneta.

Atividades

- Receber os materiais com as respectivas notas fiscais;
- Conferir os materiais através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade, qualidade e prazo de validade;
- Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador;
- Atualizar as fichas de controle de estoque, lançando a entrada dos materiais;
- Cadastrar no computador todos os materiais recebidos;
- Armazenar nas estantes o material recebido, observando o lote, vencimento e registro da vigilância sanitária.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências;
- Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências.

Gregiane

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.3
		Emissão
Tarefa: Conferência de notas fiscais e material recebido		Revisão
		No: / Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais recebidos estão de acordo com o que foi solicitado no pedido de compra.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, notas fiscais, pedido de compra e caneta.

Atividades
- Conferir as notas fiscais e o material recebido, conforme o pedido de compra, verificando o prazo de validade, quantidade e qualidade do mesmo;

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as especificações, quantidades, qualidade e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Se algum material que está sendo entregue divergir do pedido de compra, devolvê-lo imediatamente ao fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.4
		Emissão
Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração		Revisão
		No: / Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.

Atividades
- Receber as notas fiscais;
- Colocar nas notas fiscais a confirmação de "mercadoria entregue";
- Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque;
- Protocolar as notas fiscais;
- Encaminhar as notas fiscais para a administração.

Cuidados
Ter atenção a arquivar as notas fiscais.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que existe alguma divergência entre a nota fiscal, o material que está sendo entregue e o pedido de compra, devolver imediatamente para o fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.5
		Emissão 27/8
Tarefa: realizar controle de estoque		Revisão
		No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir o controle de estoque e indicar a previsão de compra mensal.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, computador, impressora, software de controle de estoque e papel.

Atividades

- Receber solicitações dos chefes de serviço;
- Cadastrar diariamente no software de controle de estoque, a entrada e saída de material do almoxarifado;
- Imprimir relatório diário, no final da tarde;
- Analisar relatório;
- Identificar as necessidades de reposição de estoque;
- Arquivar a primeira via da requisição de material.

Cuidados
Atentar quanto às situações emergenciais que indiquem a necessidade de reposição do estoque fora da praticada de forma usual.

Ações em caso de não conformidade
Em casos emergenciais (situações de epidemias) solicitar compra em caráter emergencial.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.6 Emissão:
Tarefa: Entrega de material aos setores do hospital		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilizar a entrega de materiais aos setores solicitantes.

Recursos Necessários
Requisição de material, ficha de controle de estoque e caneta.

Atividades

- Receber a requisição de material;
- Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela chefia solicitante;
- Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição;
- Separar o material que deverá ser entregue ao setor solicitante;
- Anotar na requisição de material as quantidades que serão entregues;
- Atualizar as fichas de controle de estoque;
- Arquivar a 1.ª via da requisição de material;
- Entregar o material ao setor requisitante.

Cuidados

- Ter atenção ao conferir a requisição de material;
- Ter atenção ao separar o material solicitado, evitando trocas.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar à Chefia do Almoxarifado a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.7 Emissão
Tarefa: previsão e controle de estoque mensal		Revisão No: Data:

Executante Chefia do Almoxarifado.
Resultados esperados Garantir que não falte nenhum material no almoxarifado e controlar o consumo destes.
Recursos Necessários Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.
Atividades • Fazer levantamento do estoque do almoxarifado através das requisições de materiais arquivadas; • Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de dos materiais; • Emitir relatório diário para controle do estoque; • Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.
Cuidados • Ter atenção ao conferir as requisições de material; • Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.
Ações em caso de não conformidade Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almoxarifado.

Regina

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

2789

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Educação/Capacitação em Saúde

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

000360

SUMÁRIO

SES 21/10 FLS PROTOCOLO

1. INTRODUÇÃO 04

2. EDUCAÇÃO PARA OS PROFFISIONAIS DE SÁUDE 05
   - 2.1 CONCEITO 05
   - 2.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO 06
   - 2.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA 06
   - 2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE 07

3. IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO 09
4. PARTICIPANTES 10
5. CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO 10
6. MEIOS DE VERIFICAÇÃO 10

Regina

Fls: 000361

1. INTRODUÇÃO

Estamos vivendo numa sociedade em constantes mudanças, em que a economia, a tecnologia e a informação não encontram fronteiras, ocasionando uma instabilidade de caráter mundial. A grande ênfase do capitalismo está na alta competitividade do mercado de trabalho, exigindo dos trabalhadores constante atualização, aptidão para criar, inovar e tomar decisões frente aos conflitos do cotidiano.

Observando o contexto global em que o ser humano está inserido, é indispensável oportunizar uma educação que possibilite a sua ascensão pessoal e profissional. As instituições, a fim de se firmarem nesse mercado altamente competitivo, desenvolvem estratégias para a ascensão própria e de seus agentes. O planejamento estratégico, por parte das mesmas, deve ser articulado de tal forma que possa acompanhar a evolução dos tempos e negócios, adequando-se a novas realidades, preservando e prestigiando, em seus quadros, os seres humanos que lhes conferem valor. Nele, a gestão de recursos humanos tem significativa importância. Estratégias devem ser implantadas/implementadas no sentido de valorizar o trabalhador, de modo a orientar o planejamento para facilitar o desenvolvimento do ser humano, suas habilidades, competências e potencialidades, fazendo do aprendizado um modo de ser permanente, contínuo, e em sintonia com o seu tempo.

Na realidade do cotidiano do agir e fazer na saúde, é possível dizer que uma das formas de realizar educação continuada é através das inter-relações pessoais, entre todos profissionais de saúde da instituição. Dessa maneira, no exercício da prática, é preciso oferecer estímulos capazes de incentivar o pensamento criativo dos participantes e, a melhora da qualidade de vida pessoal, profissional e institucional está pautada no investimento em educação, que é capaz de tornar o sujeito histórico, reflexivo, crítico e criativo.

Diante do exposto, a educação em saúde, é um importante fator facilitador de aprendizagem contínua, além de contribuir para o desenvolvimento das pessoas, de assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade.

2. EDUCAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A questão da educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e sendo acrescida de informações de acordo com o momento sócio-econômico-político vivenciado no país. Essa evolução resultou em conceitos diversos, que são utilizados, em determinados momentos, como sinônimos e, em outros, como concepções diferentes: educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

A necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada à necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nesses serviços de saúde.

Com a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, tornou-se premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e também para atender ao Artigo 200 que regulamenta *"que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos"* para que possam atuar no SUS. Passa, então, aos Municípios uma grande responsabilidade, como também a preocupação de estarem buscando parceiros para a nova empreitada, que é a de capacitar seus profissionais de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto.

O desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituiu-se numa estratégia para a implementação do SUS e para orientar a melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários do SUS.

Os serviços, por sua vez, tentando adequar estes profissionais às demandas que necessitam, propõem processos educativos para aprimorarem o trabalho através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, frente a posicionamentos políticos-ideológicos distintos.

A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70. Nesse período ainda existiam os currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico. A educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o colaborador a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição.É considerada como a capacitação da pessoa para o trabalho específico,portanto, como um tipo de educação cujo desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho, voltada para uma instituição em particular.

Esse tipo de educação em serviço ainda é muito utilizado na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais. Dessa forma, são mais usados os treinamentos, pois estão mais centrados nas técnicas (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos. A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho.

Por sua vez, a educação continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. É entendida como conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do colaborador, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional.

SES 2193

Educação continuada é um processo de contínuo desenvolvimento, que acontece durante toda a vida do indivíduo que visa propiciar condições de aquisição de conhecimentos para que ele atinja seu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo um reajuste frente às mudanças do mundo globalizado. Os serviços de educação continuada nas instituições de saúde devem orientar o direcionamento das atividades educativas, sendo voltados para a realidade institucional e necessidades do pessoal, proporcionando o desenvolvimento profissional e influenciando na qualidade da assistência da saúde.

A utilização da educação continuada como ferramenta no processo educativo dinâmico, dialógico e contínuo de modo individual ou coletivo busca a qualificação, exercício da cidadania e capacitação dos profissionais da saúde a fim de prestar uma melhor assistência ao paciente.

Através da participação na implementação de atividades que requeiram mudanças nas rotinas, os profissionais são estimulados à aquisição de novos conhecimentos, por meio da educação continuada, como estratégia eficaz de aprimoramento constante. Com isso, facilita-se a transferência do potencial do colaborador em comportamento e atitudes objetivas, visando à melhoria da qualidade da assistência, promovendo a oportunidade de ensino, mediante o desenvolvimento da capacidade assistencial dos profissionais da instituição.

A educação continuada é vista como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do processo educativo e esse benefício retorna para a instituição na qual trabalha. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços. Portanto, diante desses conceitos, a educação continuada torna-se, então, em uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas.

A educação é um dos caminhos para a efetivação dessas mudanças. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar,instituiu, através da *Portaria nº 198/MS, de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS.* Essa proposta de educação investe na promoção de mudanças nos processos formativos, nas práticas pedagógicas de saúde e gerenciais, propiciando uma integração entre os diversos segmentos dos serviços de saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) deve contribuir para a transformação do processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade dos serviços, a eqüidade no cuidado e o acesso ao serviço de saúde, uma abordagem que destaca a força das relações

Regina

no trabalho em saúde, a partir da interação, implicação e compromisso com a produção de si e do mundo.

É entendida como um processo educativo, porque possibilita o surgimento de um espaço para pensar e fazer no trabalho, destacando-se o papel fundamental das instituições de saúde no desenvolvimento permanente das capacidades dos trabalhadores, o qual contribui para o bem-estar social. Também pode ser compreendida como uma ação que possibilita ao indivíduo maior capacidade de atuar dentro do mundo do trabalho, como ser que constrói e destrói norteado por valores políticos, culturais e éticos.

A educação permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade.

Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde é necessário que se busque a educação permanente dos seus profissionais, porque o seu processo é compartilhado coletivamente entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema para a busca de soluções dos problemas reais locais.

O processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial proposto para o SUS e que precisam ser preenchidos para sua efetivação. O processo ainda deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde.

A educação é um processo permanente, que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades.
Ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde.

É fundamental, atualmente, que qualquer instituição de saúde tenha um projeto de educação permanente para os seus colaboradores. É necessário lembrar que esses projetos não sobrevivem sem articulação com as instituições formadoras de recursos humanos.

Existe a necessidade de se promover a verdadeira integração ensino – serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. Portanto, é um caminho de mão dupla. As escolas articuladas com os serviços podem formar um profissional adequado e capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país, e o serviço se capacita com a presença das escolas no serviço.
Assim, a educação permanente deve ter como objetivo aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas de saúde.

Deve-se entender a educação permanente como instrumento que auxilia na qualificação das ações de saúde de seus praticantes, buscando sempre alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelos trabalhadores de saúde em suas realidades.

SES 0795

As organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos. Necessitam não comente de uma seleção de RH adequada, mas também de um trabalho contínuo com os colaboradores,integrando-os na própria função e no contexto institucional da organização.

Para que isto ocorra efetivamente, torna-se necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores e serviços e possibilitar também a participação social. A educação no ambiente de trabalho é um facilitador na transformação de potenciais em comportamentos, utilizando-se de situações cotidianas conhecidas pelos colaboradores visto que o autodesenvolvimento gera satisfação e melhora a produtividade.

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 técnica 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 e de habilidades técnicas.

Como vimos, há diversas maneiras de conceituar educação continuada, educação permanente e em serviço, mas todas têm propósitos definidos que culmina, de forma integrada ou não, com o de atendimento das metas da instituição, desenvolvimento profissional e pessoal, acréscimo de conhecimentos, aprimoramento de habilidades e promoção de mudanças de atitudes.

Regina

0003368

SES
2796
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

3. IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO NO HGG

A educação em saúde é uma estratégia utilizada nos serviços hospitalares para garantir o aprimoramento, desenvolvimento e a capacitação dos profissionais para prestar uma assistência segura e de qualidade aos clientes. Educação continuada se faz necessária pela própria natureza do saber e do fazer humano como práticas que se transformam constantemente. A realidade muda, e o saber que constituímos sobre ela precisam ser revistos e ampliados sempre. Dessa forma o processo de educação se faz necessário para atualizar conhecimentos e estimular mudanças positivas. Compõem-se por diferentes ações como, cursos, congressos, seminários, orientações, técnicas e estudos individuais.

Para a implantação de um Centro de Educação no HGG, alguns fatores devem ser levados em consideração, tais como: filosofia e estruturação da instituição; a política pessoal; a filosofia e estrutura dos profissionais de saúde.

Os colaboradores recém admitidos devem receber informações quanto à filosofia, a política e a estrutura do hospital, os direitos e deveres e a planta física. Os mesmos devem ser ministrados na fase de adaptação do colaborador, quando ele identifica as rotinas, as normas e os procedimentos de determinada instituição facilitando assim a sua integração.

O serviço deve ter como **objetivo principal** desenvolver um programa de educação para as equipes de Saúde do hospital e como **objetivos específicos**: disseminar e promover a adoção de práticas inovadoras entre as equipes de saúde, capacitar os membros das equipes de Saúde para lidar com problemas sociais e psicológicos dos seus pacientes, qualificar todos profissionais do hospital, fomentar a utilização de ações que busquem a humanização do atendimento em saúde, fortalecendo as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes, investigar as maneiras de aprendizagem da organização, investigar o conhecimento como possibilidade de vantagem competitiva da organização, investigar os benefícios que traz a educação continuada para os colaboradores,verificar o interesse dos colaboradores em participar dos programas oferecidos pela organização e as mudanças notadas pelos colaboradores, após a implantação do programa.

A *utilização dos indicadores no processo da educação em saúde* tem a finalidade em monitorar a eficiência e eficácia operacional do sistema, pois é importante que a empresa possua informações que auxiliem no gerenciamento da organização e que permitam uma base consistente para a tomada de decisão. Podemos trabalhar com alguns indicadores, tais como:

Nº de profissionais/categoria capacitados;
Nº de profissionais que utilizam os protocolos assistenciais;

A continuidade da educação reconhece como princípios que, em qualquer espaço físico que se dê uma interação social, pode ocorrer situação educativa, pois o processo é dinâmico e flexível, a educação tem como objetivo facilitar o desenvolvimento do indivíduo, para que se sinta crescendo enquanto pessoa e, portanto impulsionando a evolução do seu local de trabalho e da própria sociedade.

Concluímos que a melhor maneira para estimular o desenvolvimento do profissional e da instituição é promover um programa de educação no local de trabalho, apesar de entendermos que nem o melhor programa existente conseguirá conter os desvios na filosofia da instituição.



PARTICIPANTES

O HGG deverá formar uma comissão de educação em saúde para participar do processo de capacitação dos profissionais da organização.

Todos os profissionais da organização deverão participar das atividades educativas de acordo com as necessidades do serviço, do profissional ou através do programa de treinamento da organização.

CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO

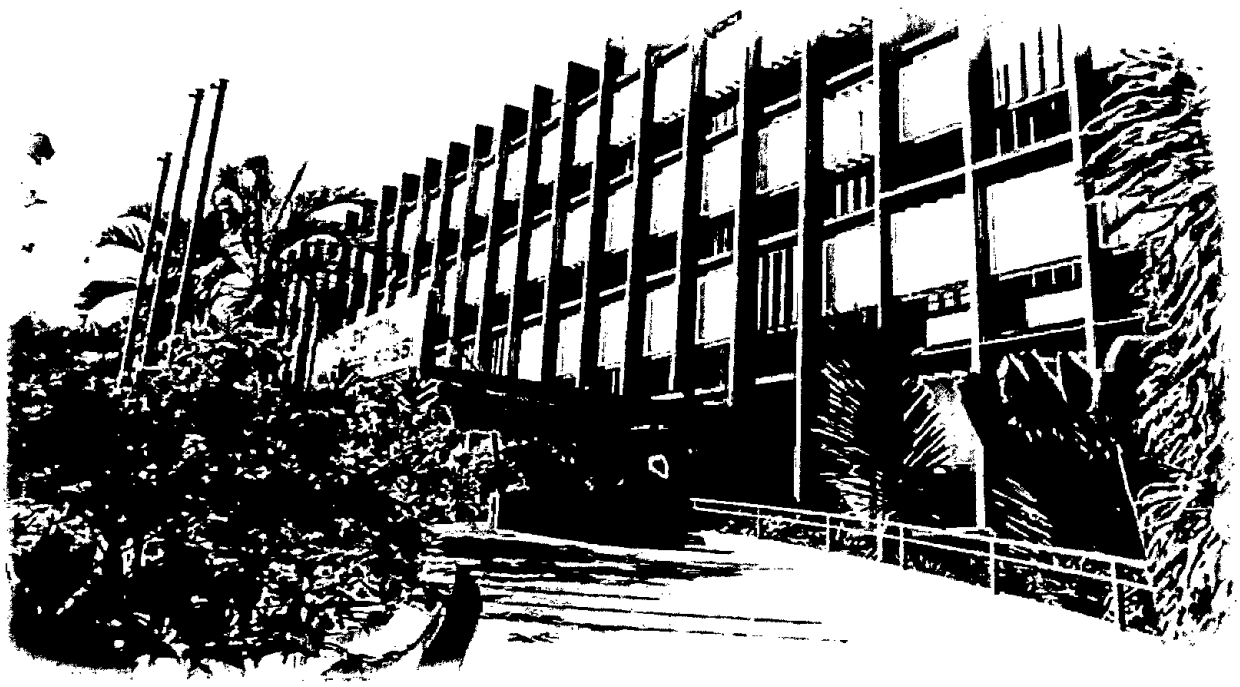
No que se refere ao processo de capacitação, trabalharemos as práticas em saúde como eixo integrador do processo educativo. Ofereceremos: Reuniões de equipe, sessões técnico-científicas, organização de conselhos ou comissões técnicas (com representantes das diversas categorias de trabalhadores de saúde) e outras ações concretas no ambiente de trabalho (levantamento, pesquisas em cooperação etc.) podem representar iniciativas e oportunidades para instrumentalizar o trabalho como eixo educativo, privilegiando o enfrentamento e a solução de problemas. Estas ações deverão ser complementadas com outras modalidades de trabalho educativo, orientação de estudos, auto-instruções e modelos de educação a distância etc.

MEIOS DE VERIFICAÇÃO

- Criar instrumento para realizar pesquisa de demanda, com a finalidade de analise do percentual de resolutividade em cada nível de atenção;
- Análise do quantitativo de profissionais capacitados, através de relatórios dos cursos, das listas de freqüência e ou banco de dados.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

MANUAL DE NORMAS TECNICA E PROCEDIMENTO EM ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO
PREFACIO

1. DEVERES DO VISITANTE
2. PROIBICÕES AOS VISITANTES
3. COMPETENCIA DO RESPONSAVEL TECNICO
4. ROTINA DO AXILIAR E TECNICO DE ENFERMAGEM UCUIDADOS BASICOS
5. ROTINA DE SERVIÇOS SETOR ENFERMAGEM DIUNO DO HGG
6. ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM NOTURNO DO HGG
7. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMAGEM

7.1 LAVAGEM DAS MÃOS

7.2CONTROLE DE SINAIS VITAIS

7.2.1 TEMPERATURA

7.2.2RESPIRAÇÃO

7.2.3 PULSO

7.2.4 PRESSAO ARTERIAL

8 HIGIENE E CONFORTO

8.1 HIGIENE ORAL

8.2 BANHO DE LEITO

8.3 HIGIENE DO COURO CABELUDO

8.4HIGIENE INTIMA

8. PREVENÇÃO DE ULCERA DE PRESSAÕ

9 CURATIVOS

10RETIRADA DE PONTOS

11 TRICOTOMIAS

11 PRINCIPIOS BASICOS DO PREPARO E ADMINISTRAÇAO DE MEDICAMENTOS

12 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDIVAMENTOS

13 VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

13.1 VIA ORAL

13.2 VIA PARENTERAL

13.3VIA INTRADERMICA

13.4 VIA SUBCUTANEA

13.5 VIA INTRAMUSCULAR

13.6 VIA ENDOVENOSA

14 PREPARO DE MEDIVAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO PARENTERAL

15 OXIGENIOTERAPIA

15.1 CATETER NASAL

15.2 NEBULIZAÇÃO

15.3INALAÇÃO

15.4TENDA

16 LAVAGEM INTESTINAL

16.1 FLEET ENEMA

17 SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

17.1 PROCEDIMENTO DE SONDAGEM VESICAL MASCULINA

15.2 PROCEDIMENTO DE SONDAGEM VESICAL FEMININA
15.3 SONDAGEM VISICAL DE ALIVIO
17 ADMINISTRAÇÃO DE DIETA / MEDICAÇÃO POR SONDA
18 ARUMAÇÃO DE CAMA ABERTA
19 ARUMAÇÃO DE CAMA COM PACIENTE OPERADO
TECNICAS ASSÉPTICAS
LIMPEZA DIARIA OU CONCORRENTE OU DESINFECÇÃO CONCORRENTE
16 LAVAGEM DAS ALMOTOLIAS
LIMPEZA GERAL OU TERMINAL
PRATICAS DE ASSEPSIA MEDICA
ACONDICIONAMENTO DE LIXO
CRIAÇÃO DE UM CAMPO ESTERIL E ACRESCIMO DE ITENS ESTERILIZADOS AO CAMPO
ABERTURA DE UM CAMPO ESTERILIZADO MANUSEIO DE MATERIAL ESTERILIZADO
EMPACOTAMENTO DE MATERIAS
SONDA NASO GASTRICA
TECNICAS
21 LAVAGEM E DESINFECÇÃO DE COMADRES E PAPAGAIOS
22 VERIFICAÇÃO DE DESRTOTICX
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
MENSURAÇÃO DE PRESSAÃO ARTERIAL
CARACTERISTICAS DE UM CURATIVO BEM FEITO
RETRADA DE PONTOS
ATADURAS
COLETA DE URINA PARA EXAMES
COLETA DE FEZES
LIMP
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OSTOMIAS
TECNICA DE LIMPEZA DE BOLSA DRENAVEL
TECNICA DE LIMPEZA DE BOLSA DE DUAS PEÇAS
PASSAGEM DE PLANTÃO
RECEBIMENTO DE PLANTÃO
CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE

SES
2800
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

APRESENTAÇÃO

Este manual de técnicas e procedimentos básicos em enfermagem tem por objetivo :

- Fornecer um roteiro de trabalho para que os elementos da equipe de enfermagem possam prestar uma assistência com segurança ,agilidade e respeito aos princípios científicos;
- Prevenir ou diminuir a infecção hospitalar ou respeitar as técnicas assépticas;
- Evitar erros e acidentes provocados por falta de atenção, de conhecimento ou

imperícia ;

- Proporcionar conforto e segurança ao paciente ;
- Economizar material , tempo e esforço ;

Para racionalizar e melhorar a prestação do cuidado ao paciente , a enfermagem deve estar atenta a quatro princípios fundamentais :

1. paciente : considerá–lo dentro do seu contexto biopsico- espiritual, orienta-lo antes de qualquer procedimento e, quando necessário, determinar prioridades no atendimento,observar sinais e sintomas, promover condições de privacidade e segurança , colocá –lo em posição confortável ,mas compatível , para uma melhor execução do procedimento;
2. ambiente :mantê - lo limpo , em ordem , arejado , em ordem ,iluminado , sem odor forte ou desagradável , sem ruídos desnecessários ;
3. procedimento : adaptá–lo á realidade , lavar as mãos antes de depois do ´procedimento , selecionar e organizar o material necessário , respeitara seqüência e os princípios científicos da técnica , observar o tempo gasto na execução e, deixar o paciente confortável e providenciar a limpeza e ordem do material e ambiente :
4. anotação de enfermagem : anotar todos os cuidados prestados e observações feitas;
5. profissional : trabalhar mantendo uma postura correta , agir com segurança e rapidez , transmitir confiança , executar o trabalho com atenção , cumprir as normas da ética profissional , apresentar – se de forma discreta , com adequada higiene pessoal , unhas curtas e limpas .

01 DEVERES DO VISITANTE

- Respeitar as norms e rotinas da instituição
- Apresentar se no horário estabelecido
- Retirar se no horário estabelecido

02 PROIBIÇOES AOS VISITANTES

- Trazer doces , balas , cigarros , medicamentos para pacientes
- Fumar nas dependências da instituição
- Envolver com assuntos alheios , conduta medica , procedimentos de enfermagem ou constitucional
- Sentar nas camas dos pacientes
- Utilizar aparelho telefônico da instituição
- Deixar qualquer material ou medicamento de uso domiciliar que seja junto ao paciente sem a aprovação da coordenação

03 COMPETENCIA DO RESPONSAVEL TECNICO DO HGG

- Coordenar as atividades de enfermagem
- Supervisionar e orientar as atividades de enfermagem
- Elaborar normas gerais e procedimentos de enfermagem
- Diagnosticar a situação dos serviços de enfermagem quanto a demanda e atendimento aos pacientes
- Formular normas e rotinas para curativos e cuidados básicos de prevenção de doenças
- Estabelecer requisitos mínimos para o exercício das funções de enfermagem
- Avaliar normas e rotinas para assegurar a eficácia na prestação de serviços de enfermagem
- Desempenhar outras funções afins
- Determinar atribuições do pessoal de enfermagem
- Aplicar normas de bio segurança
- Identificar os determinantes e condicionadores do processo saúde doença
- Promover prevenção de doenças e fraturas
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente
- Inteirar se das medicações e material existente na instituição
- Cumprir normas de prevenção , de condutas em exposição ocupacional a material biológico, ou qualquer outro agente químico e físico que ofereça perigo a saúde dos pacientes e funcionários
- Elaborar programa de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde (pgrss) segundo determinação da vigilância de saúde municipal
-

1. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMAGEM – ROTINA DO TECNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO HGG

- Receber do colega os pacientes do setor , tomando conhecimento das ocorrências .
- Fazer leitura do livro de plantão ou relatório geral .
- Obedecer a escala diária de leitos .
- Fazer anotações claras e legíveis de todos os cuidados prestados e de todas as observações feitas , assinado no fina as mesmas .
- Cumprir rotinas estabelecidas .
- Atender sempre as chamadas dos pacientes .
- O enfermeiro noturno de 1 em 1 hora repassar todos os leitos
- Higiene oral e corporal
- Mudança de decúbito
- Prevenção e tratamento de ulcera de pressão
- Lavagem intestinal
- Aspiração oral e traqueal
- Verificação de sinais vitais (na rotina , na admissão ,no pré e pos operatório alem da assistência em parada cardio respiratoria) .

- Tricotomias
- Preparo de medicamentos
- Preparo para exames específicos
- Instalação de O2 com cateter nasal
- Coleta para exames
- Fornecimentos de comadres e patinhos e encaminhamento dos mesmos para higienização
- Obervaçao e registro do aspecto das eliminações
- Auxilio nas pequenas cirurgias – traqueostomia e punçao veia profunda
- Auxilio ao paciente em todas as funções que ele não consegue executar sozinho , tais como :comer, locomover ,comunicar se ,banho etc
- Conservar todo o material da unidade
- Comunicar o RT a falta de qualquer material ou medicação e as intercorrencias
- Participar de cursos , trabalhos e pesquisas realizadas na instituiçao .
- Em serviço noturno obedecer as escalas de descanso
- Participar de reunioes com a chefia sempre que for possível
- Verificar prescrições e anotações dirias
- Fazer a burocracia pertinente as admissões , óbito ,altas e transferência
- Observar e orientar os pacientes sobre exames a serem feitos .
- Controlar gastos de material de consumo e medicamentos
- Orientar ,supervisionar e participar de :prevenção de ulceras troca de curativos ,preparo medicações e administração
- Assistência a parada cardio respiratória
- Manter o material sempre limpos e no local determinados , após o uso
- Supervisionar , orientar e preparar o material para ser esterilizado
- Acompanhar o fisioterapeuta, médico ou qualquer outro profissional em cuidados e técnicas especiais , aproveitando para o aprimoramento de técnicas
- Colaborar na avaliação das normas e rotinas
- Avaliar e coordenar as atividades e o desempenho da equipe auxiliar (higienistas).
- Fazer controle dos psicotrópicos
- Fazer curativos
- Estar a par de todos os acontecimentos do plantão
- Levar ao conhecimento da chefia todos os acontecimentos do plantão relacionados a pacientes , funcionários ,aparelhos e materiais
- Inteirar se das medicações e materiais existentes na instituição
- Quando óbito ,preparar o corpo e anotar causa mortis

ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM DO HGG

PLANTAO DIURNO

- 7.00 horas , troca de plantão

- 7.15 horas , café da manhã do enfermeiro
- 7.15 a 7.30 horas , preparo de medicação
- 7.30 horas servir café para pacientes que estão no refeitório e servir aqueles que o café é servido na cama e aqueles que necessitem de assistência , preparar e servir dietas especiais
- 8.00 horas inicio dos banhos dos acamados e todos aqueles que precisem de assistência – higiene oral e corporal (creme hidratante após banho)
- saidas para consultas ou exames quando necessário
- banho de sol por 30 minutos logo em seguida o termino do banho do paciente (não ultrapassar o tempo de permanência no sol)
- administrar medicação
- 10.00 horas hidratação ; água ou suco ou chá para todos os idosos deambulantes ou não (é obrigatório que todos os pacientes tenham esta primeira ingesta de água , usar psicologia e jeito especial para convencer os senis e esquisofrenicos .
- curativos
- 11.00 horas conduzir idosos para refeitório
- a 12.00 horas servir almoço e dietas especiais , dar na boca daqueles que não conseguem comer sozinhos , oferecer água e fazer higiene oral , troca de fraldas antes de deitar pacientes de cadeira de rodas
- medicação pertinemte a este horário
- 12.30 a 13.30 horio almoço do enfermeiro (se intercorrencias o horário de almoço do enfermeiro acaba ou as vezes nem tem)
- 13.30 momento de oração sala da coordenação
- a partir das 13.30 : cuidados com barba (caso não foram feitas durante o banho), unhas e cabelos
- verificar sinais vitais pertencentes a cada plantão e fazer as devidas anotações
- curativos
- circular com freqüência nos quartos , corredores , refeitorioe banheiros
- levar pacientes ao banheiro quando solicitado
- fazer triagem constante de todos e fornecer informação para medico e fisioterapeuta
- fazer higienizaçao e desinfecção do materal de curativos , embalagem ,datar e assinar (para esterilização durante plantão noturno)
- fazer higienização dos kits de banho e repor material nos mesmos
- 14.00 horas troca de fraldas e levantar pacientes de cadeira de rodas e conduzi los para refeitorio
- 15.00 horas servir lanche da tarde e administrar medicação
- nos dias da visita do medico : auxiliá lo nas avaliações com uma triagem prévia , ver receitas especiais etec
- 15.30 lanche do enfermeiro (não deve ultrapassar 15 minutos
- saídas para consultas ou exames
- hiegienizar , empacotar etiquetar e assinar material de curativos

FLS 2804

- 16.00 hidratação para todos os idosos , acamados ,deambulantes e de cadeira de rodas
- verificar e repor medicamentos nos escaninhos - nunca deixar medicação acabar por completo , antes disso anotar no caderno próprio para esse fim e passar para as coodenadoria providenciar a compra dos mesmos
- desinfecção e reposição de material nos kits de banho
- daidas para consultas ou exames conforme agendamento
- triagem diária de todas as intercorrencias para o responsável técnico , inclusive se este não estiver no hoariro de seu plantão ligar parasua residência ou celular se ocorrência grave ou se qualquer duvida quanto ao quadro clinico do paciente
- qualquer ocorrência de queda ou emergência acionar imediatamente a MEDLAR
- verificar se paciente de cadeira de rodas estão confortáveis e se preciso fazer mudança de decúbito da cadeira de rodas para o sofá etc
- levar paciente ao banheiro e fazer trocas de fraldas quando necessario
- 17:00 conduzir todos para o jantar
- 17:00 AS 17:30 servir o jantar e dietas especiais
- oferecer água e fazer higiene oral antes de levar pacientes pra a cama
- 18:00 conduzir pacientes para a cama
- troca de fraldas
- medicação
- pegar roupas na rouparia e distribuir para o banho do dia seguinte ,
- 18:30fazer relatório
- 19:00 passagem de plantão

ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM DO HGG

PLANTAO NOTURNO

- 19:00horas recebimento do plantão
- 19:30 preparar a medicação
- 20:00 administrar medicação
- 20:30 preparar e servir lanche e dietas especiais
- fazer oração antes do lanche
- lavar utensílios e talheres usados no lanche
- 21:00 horas oferecer água após ceia;
- aferir pressão dos hipertensos ou monitoramento requerido de casos especiais
- 23:00 fazer trocas de fraldas
- 24:00 horas medicação se houver e troca de fraldas
- 1:00as 2:00 horas descanso do enfermeiro
- a cada 15 dias , verificar vencimentos de medicações de doação , fazer etiquetas(com nome do paciente,nome do medicamento e posologia) e colar nas caixas devidamente encapadas(segundo recomendação da vigilância. sanitária)

- circular a cada 01 hora nos quartos , corredores e banheiros , observando e atendendo as necessidades dos pacientes;
- fazer trocas de fraldas quando necessário;
- 4:30 horas inicio de banhos pré estabelecidos em pacientes
- entregar roupas para o banho matinal(reter roupas de pacientes que requeiram supervisão do plantão diurno
- verificar agenda : se tiver consultas ou saidas para exames as 7:00dar banho no paciente e deixá –lo arrumado ; independente da escala de banhos do plantão noturno ;
- 6:00 horas preparar medicação
- fazer estilização do material de curativo previamente empacotado e etiquetado pelo plantão diurno
- 6:30horas administrar medicaçao
- Terminar o relatório
- qualquer intercorrencia ou queda de pacientes acionar a MEDLAR
- 7:00 passagem de plantão

7 TECNICAS DE CUIDADOS BASICOS EM ENFERMAGEM

LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos devem ser lavadas antes e depois de todo e qualquer procedimento . E a lavagem das mãos o cuidado que evita infecção cruzada , ou seja , a veiculação de micro organismos de um paciente para o outro ; de um paciente para o profissional ; de utensílios permanentes para o profissional ou para o paciente (camas ,telefone , etc .)

A lavagem das mãos tem por finalidade :

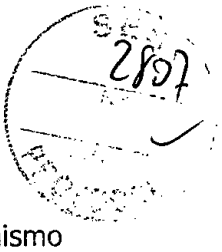
- Diminuir o numero de micrrganismos;
- Eliminar sujidades ,substancias tóxicas , e medicamentos ;
- Evitar dissiminaçaõ de doenças ;
- Proteger a saude do profissional .

TECNICA

Material :

- Sabão de preferência liquido e toalha de papel .
- Abrir a torneira ;
- Molhar as mãos ;
- Passar o sabão
- Friccionar bem ;passar as mãos ensaboadas na torneira
- Conservá la aberta
- Proceder assim :
- Palma com palma ; palma com dorso ; dorso na palma (incuso os dedos) ; ponta dos dedos s em concha e vise versa ;polegares ; costas das mãos ; unhas .
- Enxaguar ;

- Com a maoo em concha , jogar água na tornerira;
- pegar papel toalha ;
- secar as mãos ;
- com o papael fechar a torneira.



7.2CONTROLE DE SINAIS VITAIS

7.2.**1 Temperatura**

a temperatura corporal é o equilíbrio entre a produção e perda de calor do organismo ,mediado , pelo centro termo regulador . pode ser verificada na região axilar , inguinal , bucal ou retal .

a axilar e a mais fidedigna e o seu valor varia no adulto entre 36 e 37,8 ºc .

Terminologia básica:

- febre ou pirexia ; aumento patológico da temperatura corporal ;
- hipertemia ou hiperpirexia ; ellevaçao da temperatura do corpo ou de uma parte do corpo acima do valor normal ;
- hipotermia ou hipopirexia : dedução da temperatura do corpo ou de uma parte do corpo abaixo do valor normal:

722. temperatura axilar:

- lavar as mãos :
- explicar para o paciente o que vqi ser feito :
- fazer desinfecção do termômetro com algodão e álcool a 70 %e certificar que a coluna de mercurio está abaixo de 35 ºc;
- enxugar a axila do paciente com a roupa do pacinte (a umidade abaixa a temperatura da pele, não dando a temperatura real);
- colocar o termômetro com vreservatorio de mercúrio no côncavo da aaxila,não em contato direto coma pele;
- pedir ao paciente para comprimiir o bralo de encontro ao corpo ;
- após 5 minuto retirar o termômetro , ler e anotar a temperatura ;
- faxer a desinfecção do termômetro em algodão embebido em álcool e sacudi lo suidadosamenteem movimentos circulares ate que a coluna de mercúrio volte abaixo de 35 ºc :
- lavar as mãos:

Contra indicaçao :furunculose pessoas muito magras ou fracas .

7.2.3 temperatura inguinal :o método é o mesmo variando o local :o termômetro é colocadod na região inguinal ;

- é mais comumente usado em crianças (manter a coxa flexionada sobre o abdomem .

Temperatura Bucal :

- lavar as mãos ;
- explicar ao paciente o que será feito ;
- colocar o termômetro sob a língua do paciente , recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechadapoe 7 minutos ;
- retirar o termômetro limpar com algodão embebido em álcool e anotara temperatura , escrevendo a letra B para indicar local onde foi verificado ;
- fazer o mercúrio descer e lavar com água e sabão ;
- não verificar temperatira bucal de paciente senil , em delírio ou esquisofrenico , inconsciente ou que tenha feridas na boca ;
- é contra indicado verificação de temperatura bucal após ingrsta de alimentos gelados oou quentes :
- o termômetro deve ser individual ;

Temperatura Retal:

- lavar as mãos ;
- caçar as luvas ;
- colocar o paciente em decúbito lateral :
- lubrificar o termômetro com vaselina ou óleo e introduzir 2cm pelo reto ;
- retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura ;
- desinfettar o termômetro com algodão embebido em acoola 70 %
- fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão
- retirar as luvas ;
- lavar as mãos;
- anotar a leitura feita com umR na frente para indicar o local verificado;

8 Pulso

É a onda de expansão e contração das artérias , resultantes dos batimentos cardíacos . na palpaçao do pulso , verifica se freqüência , ritmo e tensão . O numero de pulsações normais no adulto é de aproximadamente 60 a 80 batimentospor minutos .

As artérias mais comumente usadas são : radial , carótida , temporal ,femural , poplítea ,pediosa .

Terminologia básica :

- Taquicardia ou taquisfigmia : pulso acima da faixa normal (acelerado);
- Bradicardia ou bradisfigmia ; pulso abaixo da faixa normal (freqüência cardíaca baixa) ;
- Puldo filiforme , fraco , débil : termos que indicam redução da força ou volume do pulso periférico .
- Pulso irregular : s intervalos entre os batimentos são irregulares ;
- Pulso dicrotico : dá aimpressao de 2 batimentos .

Técnica :

- Lavar as mãos ;

- Explicar ao paciente o que será feito ;
- Manter o paciente confortável deitado ou sentado , o braço apoiado na cama ou colo ou mesa e coma palma da mão voltada para baixo ;
- Colocar os dedos indicador e anular sobre a artéria , fazendo leve pressão , suficiente para sentir a pulsaçao ;
- Procurar sentir bem opulso antes de começar a contagem;
- Contar os batimentos durante 01 minuto ;
- Anotar no papel;
- Lavar as mãos;
- Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a pulsação do paciente;
- Aquecer as mãos para verificar o pulso;
- Não fazer pressão sobre a artéria, pois isso pode impedir de sentir os batimentos do pulso.

Respiração

E o ato de inspirar e expirar promovendo a troca de gazes entre o organismo e o ambiente.

A freqüência respiratória normal do adulto oscila entre 16 a 20 respirações por minuto. Em geral, a proporção entre freqüência respiratória e ritmo de pulso é, aproximadamente de 1:4. Ex. R: 20 / P: 80.

Terminologia básica:

- Taquipnéia ou polipneia: aumento da respiração acima do normal;
- Bradipneia: diminuição do numero de movimentos respiratórios;
- Ortopnéia: respiração facilitada em posição vertical;
- Respiração ruidosa; estertorosa: respiração com ruídos semelhantes à cachoeira;
- Respiração laboriosa: respiração difícil envolve músculos acessórios;
- Respiração sibilante; com sons que assemelham a assovios;
- Respiração de Cheyne –Stokes : respiração em ciclos , que aumenta e diminui, com períodos de apnéia;
- Respiração de Kussmaul; inspiração profunda, seguida de apnéia e expiração suspirante. Característica de acidose metabólica (diabética) e coma .
- Dispnéia: dor ou dificuldade de respirar (falta de ar).

Técnica

- Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante um minuto;
- Anotar; lavar as mãos;
- Não permitir que o paciente fale;

- Não contar a respiração logo após esforços do paciente.

Pressão arterial

E a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. A pressão (PA) depende da força de contração do coração, da quantidade de sangue circulante e da resistência dos vasos.

Ao medir a PA consideramos a pressão máxima ou sistólica, que resulta da contração dos ventrículos para ejetar o sangue nas grandes artérias; e a pressão mais baixa ou diastólica, que ocorre assim que o coração relaxa.

A pulsação ventricular ocorre em intervalos regulares;

A PA é medida em mmHg;

Difícil definir exatamente definir o que é pressão arterial normal. Fatores constitutivos e ambientais interferem na PA. Aumenta com a idade e é considerada normal para o adulto entre 130/80, 130/70, 120/80, 120/70.

Terminologia básica:

Hipertensão: PA acima da média (mais de 150/90)

Hipotensão: PA inferior a média (menos de 100/60)

PA convergente: quando a sistólica e a diastólica se aproxima (120/100)

PA divergente: quando a sistólica e diastólica se afastam (120/40)

Técnica:

- Explicar ao paciente sobre o cuidado a ser executado;
- Lavar as mãos;
- Manter o paciente deitado ou sentado, com o braço apoiado ao nível do coração;
- Deixar o braço descoberto, evitando compressão;
- Colocar o manguito 2 cm acima da prega do cotovelo (fossa cubital) prendendo-o sem apertar demasiado ou muito frouxo;
- Não deixar as borrachas se cruzarem pois produzem ruídos;
- Colocar o marcador de modo que fique bem visível;
- Localizar com os dedos a artéria braquial na dobra do cotovelo;
- Colocar o estetoscópio no ouvido (curvatura voltada para frente) e o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial;
- Palpar o pulso radial;
- Fechar a válvula de ar e insuflar rapidamente o manguito ate o desaparecimento do pulso radial (pressão sistólica);
- Deve ser inflado 20 a 30mmHg acima do ponto de desaparecimento do pulso radial;
- Apoiar o diafragma do estetoscópio e abrir a válvula vagarosamente;
- Observar no manômetro o ponto em que são ouvidos os primeiros batimentos ou sons

de Korotkoff (pressão sistolica);

- Observar o ponto em que o som foi ouvido por ultimo ou sofreu uma mudança nítida (pressão diastolica), desaparecimento dos sons de Korotkoff;
  Retirar todo ar do manguito removê-lo e deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar os valores;
- Colocar o material em ordem, limpar as olivas auriculares com algodão embebido em álcool.

8– HIGIENE E CONFORTO

Higiene é todo o cuidado ou pratica que promovam a saúde através da limpeza pessoal .Inclui: banho, higiene oral ,dos cabelos, limpeza das unhas e sistema tegumentar (pele ,cabelos, unhas e mucosas).

CONFORTO

Proporcionar conforto é uma das funções primordiais da enfermagem .

O paciente deve ser atendido como pessoa humana, isto é ,levar em consideração os vários problemas que ele apresenta , afim de proporcionar –lhe melhores cuidados .

Desconforto pode ser psicológico,espiritual ou físico .

Como causas de desconforto psicológico , podemos citar :

- Saudades da família;colidao ;
- Preocupações financeiras;
- Mudança dos hábitos ,como restrição da liberdade;
- Falta de atençoão da equipe medica e enfermagem;
- Receio de sua não reabilitação ;
- Medo do diagnostico , da dor, do desconhecido ;
- Exposição do próprio corpo;

Para diminuir essa situação é importante :

- Conhecer o paciente pelo nome , apresentá-lo nominalmente á equipe de enfermagem , usar crachá para que ele saiba identificar nominalmente o pessoal que o atende , conversar com ele ,esclarecê-lo , orientá-lo, encorajá-lo,saber de seus problemas .
- Ser discreta com relação a sua moléstia ;
- Respeitar a sua individualidade;
- Procurar ao maximo ,satisfazer suanecessidadee promover passatempos;
- Não expor o paciente mais que o necessário ;
- Avaliar rotinas pré – estabelecidas, visando o bem estar do paciente ;

- Desconforto espiritual e sentido por muitos pacientes;pela dificuldade de ir a igreja e pela falta de isolamento para fazer suas orações ;

8.1 CUIDADOS HIGIENICOS

Apele sadia e integra é a primeira barreira contra infecção e a lesão de tecido subjacentes. O banho e os cuidadosde higiene pessoal, são hábitos importantes em todas as culturas.Quando um individuo está doente ,ele muitas vezes depende dos outros para ajudá – lo em sua higiene pessoal já que não pode realizar sozinho .Logicamente isso ameaça o amor próprio . Precisar de alguém para cuidar de sua higiene é constrangedor ea maioria das pessoas encara o fato como embaraçoso . Freqüentemente o paciente hesita em ajuda e saua angustia Poe ter que pedir soma –se ao sofrimento físico . Toda essa situação pode se reverter se o auxilio se antecipar as necessidades do paciente , ajudando – o de forma positiva e completa .

A pessoa doente apresenta uma diminuição da resistência a infecçao ; conseqüentemente a resistencia de baccterias patogênicas em seu ambiente constitui um risco constante a infecçao . o fato de mantê lo sempre limpo livres de produtos de excreção e secreção ,eliminam muitas substancias nas quais essas bactérias se reproduzem . alem disso as medidas de higiene ajudam o paciente a sentir-se confortavel e relaxado.

8.1 .2– Higiene Oral (Boca e Dentes)

A higiene oral é um fator essencial para manutenção e prevenção do aparecimento de infecção na boca. A higiene oral compreende : limpesa dos dentes ,gengivas ,bochechas ,língua e lábios.

A higiene oral deve ser feita:

- Pela Manhã
- Após as refeições e/ou quando necessário.

Finalidades:

- Limpeza e conservação dos dentes.
- Prevenir estomatite e outras infecções.
- Combater a infecção já instalada.
- Dar conforto e bem estar ao paciente.

Tecnica:

Em pacientes conscientes:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário colocando-o sobre a mesa de cabeceira;
- Bandeja contendo: cuba-rim, copo com água, escova de dentes, pasta dental, canudinho e recipiente para colocar material usado;
- Avisar ao paciente o que vai fazer;

- Elevar a cabeceira da cama ;
- Proteger a roupa de cama e a roupa do paciente ;
- Oferecer a escova de dentes contendo pasta dental ;
- Orientar o paciente para fazer a limpeza da língua ;
- Escovar os dentes ,caso seja necessário
- Oferecer água para o paciente enxaguar a boca ; oferecer a cuba rim para recolher a água;
- Usar canudinho para água quando o paciente não puder levantar;
- Lavar e guardar a escova no lugar apropriado;
- Enxugar o rosto do paciente com a toalha de rosto ;
- Deixar o paciente confortável r local arrumado;
- Lavar e guardar material usado
- Lavar as mãos;

Em pacientes inconscientes :

- Preparar o material , colocar sobre a mesa de cabeceira : bandeja contendo : cuba rim, copo com solução antisseptica bucal , pacote com gazes , recipiente com espátula de madeira , recepiente com palitos recobertos com gazes recipiente para material usado, (aspirador e sonda de aspirar caso a instituição os possua ;
- Usar toalha para proteger a roupa de cama e a roupa do paciente ;
- Colocar paciente em posição fowler , quando possível ;
- Adaptar cuba rim no queixo do paciente ;
- Usar abaixador de língua para abrir a boca do paciente para aspirar , caso não tenha aspirador ,usar gazes embebidas em solução antisséptica;
- Desprezar material usado em local próprio;
- Lavar os lábios e bochechas do paciente; manter gaze umidecida sobre os lábios , caso estejam ressecados;
- Enxugar o rosto do paciente usando toalha de rosto;
- Deixar o paciente confortavel e lavar o material;
- Lavar as mãos .

Cuidados com dentaduras :

E da responsabilidade da enfermagema manutenção das dentaduras , zelando paraque para que não se extraviem ou se quebrem durante estado do paciente ou se retirada para exames ;

Quando o paciente não tem condições de cuida-las :

- Retirar com o auxilio de uma gaze e com cuidado para não machucar as gengivas;
- Limpá-las e quardá-las em papel toalh identificado ate que o paciente possa recoloca-las;
- Usar de assepisia e técnicas já descritas para a limpeza diária de dentaduras

Técnica para lavagem dos cabelos:

Material:

- Um cobertor, balde ,um protetor plástico de lençol, jarra com água aquecida, sampoo/ condicionador, luvas de procedimento, uma toalha, duas bolas de algodão para proteger ouvidos e pente ;

Técnica ;

- Enrole o cobertor com plástico ,formando um U, deixando que as pontas repousem no balde ;
- Coloque q cabeça do paciente confortavelmente nesta estrutura
- Ajuste o recipiente de lavagem de modo que a água se afaste da cabeça do paciente ,colocando a tubulação de drenagem no balde .
- Coloque uma toalha dobrada do lado oposto do balde para facilitar a drenagem.
- Coloque os tampões nos ouvidos do paciente.
- Molhe os cabelos e ensaboe.
- Enxágüe, passe o condicionador e enxágüe novamente.
- Seque os cabelos e pintei-os.
- Reúna o material , deixando o ambiente organizado.

Higiene corporal

Higiene+ pratica que prmovem a saúde através da limpeza pessoal . Inclui banho, higiene oral ,higiene dos cabelos , limpeza de unhas .

BANHO

- Evitar correntes de ar, para que o paciente não resfrie;
- Observar a temperatura da água
- Evitar sabão no rosto, devido a alergias ,prestar atenção se a pele não esta ficando hiperemiada;
- Secar bem as dobras do paciente ,evitando assaduras
- Lave primeiro as partes limpas e depois as contaminadas
- Comunique se com o paciente e de orientações informais
- Realizae exame fisico.

TIPOS DE BANHO:

1. Aspersão = chuveiro / cadeira de banho
2. Banho de leito

1 Banho de aspersão sem ajuda :

- Reunir o material
- Colocar cadeira no banheiro;
- Observar se o banheiro esta limpo ;
- Pedir para não trancar a porta;
- Orientar sobre o registro de água ;
- Trocar o leito;

Banho de aspersão com ajuda:

- Levar o paciente na cadeira de banho ;
- Auxiliá-lo ou dar o banho ;

2 Banho de leito :

material :

Kit de banho contendo : luvas de banho , algodão ,gaze ou pedaço de pano , luvas de procedimeento, frasco com alccol , glicerinado e vaselina , toalhas de banho e de rosto, jarro , bacias, balde , comadre . saco plástico para lixo, material para higiene oral, roupas de cama , roupas de vestir .

Técnica :

- Conversar com o paciente sobre o que será feito;
- Preparar o ambiente : desocupar a mesa de cabeceira, colocar a cadeira aos pé da cama (se não tiver mesa de cabeceira), fechar a porta ou reazer o biombo e o pamper;
- Lavar as mãos
- Organizar o material , colocando o perto do paciente ;
- Soltar a roupa do leito , começando do lado mais distante ;
- Colocar as luvas;
- Lavar o rosto e fazer higiene oral;
- Despir o paciente sem expor,
- Colocar a toalha de banho sobre o torax , descer o lençol em leque ate a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha ;
- Lavar e enxugar o membro superior mais distante, depois o mais próximo, iniciando sempre pela extremidade distal;
- Oferecer bacia com água e pedir para o cliente que lave as mãos ;
- Pedir o cliente para colocar os braços sobre o travesseiro : lavar e enxugar as axilas;
- Lavar e enxugar o torax ,usar benjoim nas partes suscetíveis a escaras (proeminências osseas) e naqueles que usam fraldas ;
- Fazer massagens com álcool gilcerinado na base dos seios ,principalmente nos obesos
- Lavar e enxugar o abdomem
- Colocar a tolha nas pernas , começar pela mais distante ,iniciando pelo pés e terminado na região inguinal;
- Virar paciente em decúbito lateral
- Colocar a toalha sob as costas e abaixar o lençol;lavar e secar o troncoe as nádegas;
- Colocar as roupas de cama;
- Virar o cliente em decubito dorsal
- Colocar a toalha de banho ea comdre forrada sob região glutea ;
- Dar o material para paciente fazer lavagem externa ou se necessário fazê-la, incluindo a região suprapubiana;
- Retirar a comadre ea toalha ;
- Vestir o paciente;
- Retirar as luvas ;
- Fazer o leito;
- Pentear o cabelo, forrando o travesseiro com a tolha de rosto;
- Deixar o paciente confortavel e o embiente em ordem;
- Lavar as mãos ;

Tricotomia e tonsura

Facilitar o acesso cirúrgico e permitir a fixação de curativos e sondas sem tracionar os pelos ;

Tricotomia : raspagens dos pelos

Tonsura :cortar os pelos com tesoura

Tipos de tricotomia:

Funções : higiene e aumento da auto estima . Quando o paciente consegue fazer a tricotomia ,fornecer o material.

Quando não consegue , fazer por ele esticando a pele e raspando no sentido do pelo : cuidado com áreas sensíveis

Tricotomia pernas ,axilas ,e pelos da face :

Hábitos femininos _ manter durante internação

- Uso de cremes depilatórios ou pinças
- Tricotomia cirúrgica: não faz parte de nossa rotina
- Evitar : lesar a pele ,anpotar quando e olocal onde ocorreu ;nunc raspar sombrancelas ;
- Cremes depiltorios não lesam ,podem dar alergias
- Fazer um teste em uma área pequena ; usar em pacientes agitados e cortar pelos longos antes de iniciar a depilação

Material :

- Bandeja contendo :cuba rim ,recipiente com água,luvas de procedimento, aparelho de barbear novo ,asbao liquido ,saco plástico paralixo , papel toalha,gazeou pano para proteger a cama, biombo , lâmpada auxiliar etc

Método :

- Explicar ao paciente o que vai ser feito ;
- Perparar o ambiente;
- Lavar as mãos ;trzer material para junto do cliente ;
- Prender o saco plástico em local de fácil acesso;
- Descobrir a área aser tricotomizada;
- Calçar as luvas ;
- Com auxilio de gazes passar o sabão no local
- Esticar a pele com a maoa não dominante e com cuidado raspar os pelosem direção ao seu crescimento ;
- Sempre tirar excesso de pelos do aparelho de barbear;
- Lavar e enxugar o paciente ou encaminhá-lo para o banho;
- Limpeza e ordem do material e ambiente; desprezar a gilete em recipiente para material perfuro cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos ;
- Fazer as anotações de enfermagem;

HIGIENE INTIMA

Cuidados na higiene masculina:o homem deve ser diariamente lavar os orgaos genitais com agua e sabão . uma limpeza cuidadosa das dobras prepuciais não provoca a mínima

irritação .

Higiene dos órgãos genitais femininos :devem ser lavados com toda minúcia e atençao redobrada,pois, as partes genitais femonina são sede de glândulas sudoríparas e odoripas ; o prepúcio do clitóris segrega como do homem , um sebo que facilmente se ramifica e exala mau cheiro .a vagina segrega uma umidade de cheiro acido que , quando muito abundante , suja a roupa ea pele , como a uretra desemboca em um lugar oculto , restos de urina permanecem ai retidos , podendo difundir então o cheiro acre de urina decomposta.

Técnica para higiene intima feminina :

Material :

- Balde , jarra , pacote de gazes, comadre , toalha de banho, sabão liquido , degermante,luvas para procedimento, hamper , pinça auxiliar (cheron),biombo , forroe saco plástico .

TECNICA

- Lavar as mãos ;
- Explicar procedimento ao paciente ;
- Reunir material e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou próximo ao paciente ;
- Calçar as luvas ;
- Trazer o hamper próximo ao leito ;
- Proteger a unidade com biombo ou fechar a porta ;
- Colocar o paciente em posição genicológica , procurando expo-lo o mínimo possível
- Colocar o forro sobre o saco plastico , colocando –os sobre a região glútea ;
- Colocar a comadre sob a região glútea do paciente , com a ajuda da mesma;
- Irrigar o monte pubiano e vulva com água , despejando –a suavelmente com o auxilio da jarra;
- Despejar pequena poção de sabão liquido sodré o monte pubiano ;
- Ensaboar a região pubiana com a pinça montada em gaze , de cima parabaixo sem atingir o anus , despresando a gaze , após cada movimentovulva- anus ;
- Afastar os grandes lábios e lavá-los no sentido Antero –posterior , primeiro de um lado e depois de outro ;
- Lavar por ultimo a região anal ;

- Despejar a agua da farra sobre as regiões ensboadas ;
- Retirar a comadre ,
- Enxugar a região lavada com a toalha de banho ou com o forro que esta sob a regiaoglutea do paciente ;
- Colocar a paciente em posiçao de conforto ;
- Desprezar as roupas (toalhas , forro 0, no hamper ;
- Lavar a comadre no banheiro , juntamente com obalde e jarra e quardá-los ;
- Retirar as luvas e lavar as mãos ,

- Anotar no prontuário

Hgiene Intima Masculina :

Material :

- Balde . jarra , pacote de gazes , comadre , tolha de banho , sabão liquido ou degermante ;
- Luvas para procedimento,
- Hamper , pinça auxiliar : cheron;
- Biombo forro e saco plástico ;



Tecnica :

- Lavar as mãos ;
- Explica ao paciente o procedimento ao paciente;
- Reunir o materal e levá-lo ate a unidade do paciente ;
- Proteger com biombo ou fechar a porta;
- Trazer o hamper próximo ao paciente ;
- Calçar as luvas de procedimento ;
- Posisionar o paciente e expor somente a área genital;
- Colocar o forro com plástico sob a região glútea do paciente ;
- Colocar a comadre sobre a região glútea do paciente em cima do plástico com a ajuda do paciente;
- Irrigar com a jarra a região genital.,
- Dobrar e pinçar gaze com a pinça auxiliar;
- Despejar pequena quantidade de sabão liquido ou P.V.P.I.,degermante , sobre os genitais ,
- Ensaboar os genitais com a pinça montada em gaze , desprezando a gaze a cada etapa;
- Tracionar o prepúcio para traz ,lavando-oem seguida , com movimentos únicos e circulares ;
- Iniciar a limpeza intima pelo meato urinário , prepúcio , glande , corpo do pênis , depois região escrotal e por ultimo a região anal ;
- Despejar oconteudo da jarra sobre a região pubiana, pregas inguinais , pênis e bolsa escrotal ;
- Tracionar o escroto, enxaguando a face inferior no sentido escroto perineal;
- Retirar todo o sabão liquido ;
- Retirar a comadre ,
- Enxugar a região lavada com tolha de banho ou com o forro que esta sob a região glútea do paciente,
- Posicionar o prepúcio ;
- Colocar o paciente em posição de conforto ;
- Desprezar as roupas no hamper;
- Lavar a comadre no banheiro , juntamente com o balbe e jarra e guardá-los ;
- Retirar as luvas ;
- Lavar as mãos e anotar o procedimento

- Anotar no prontuário
- O,B.S. se houver secreção purulenta na região uretral , limpá-la com gaze antes de proceder a limpeza com água e sabão;

8.5 PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

ulcera de pressão ou ulcera por compresão ou ulcera de decúbito , refer-se a uma lesão tissular especifica ,ocasionada porum dano no suprimento sanguineo . costumam aparecer sobre proeminências ósseas :região inferior da espinha (cóccix)na pelve posterior e nos quadris , alem dos cotovelos , calcanhares escápulas , orelhas, e parte posterior da cabeça.

Estágios :

I- hiperemia
II- hiperemia, ruptura não profunda da pele
III- abertura pouco profunda que atinge o tecido subcutâneo
IV- o tecido está profundamente ulcerado , com músculos e ossos expostos .

fatores de riscos para o surgimento de úlceras de pressão :

- inatividade,
- imobilizaçao;
- desnutrição;
- emagrecimento;
- sudorese;
- incontinência ;
- doença vascular;
- edema localizado;
- desidratação;
- sedação;

Prevenção de úlcera de pressão :

- mudar o paciente de posição a intervalos de 1ou 2 horas;
- evitar o uso de travesseiros cobertos de plasticoao posicionar o paciente;
- massagear as proeminências ósseas ;
- Manter apele limpa, especialmente quando os pacientes não conseguem controlar as funções urinárias e intestinal ;
- Hidratação da pele;
- Usar colchões que aliviem as pressões ;
- Acolchoar áreas como:calcanhares ,cotovelos e tornozelos;
- Usar recursos que acolchoem assentos;
- Aliviar a pressão direta sobre o cóccix;

9 CURATIVOS

O curativo é uma substancia que cobre uma ferida .Quando utilizado ,pode servir a um ou mais objetivos :

- Manter a ferida limpa,
- Absorver drenagens ;
- Controlar sangramentos
- Proteger a feroda contra danos
- Manter medicamentos no local
- Manter um ambiente umidecido

TIPOS DE CURATIVOS

Existem vários tipos de curativos , dependendo do objetivo de seu uso . As coberturas mais comuns para feridas são os curativos de gaze, os transparentes e os hidrocolóides

O curativo e feito conforme as características da lesão.:

- Aberto :curativo em feridas sem infecção ,que após tratamento permanecem abertos (sem proteção de gaze).EX: curativo de intracath, ferida cirúrgica limpa .
- Oclusivo:curativo que após a limpeza da ferida e aplicação do medicamento é fechado ou ocluido com gaze ou ataduras.As gazes são absorventes ,mas se usadas sem substanciaoleosa ou gel , gudam no tecido granular e dificultam a cicatrização.
- Compressivo:é o que faz compressão para estancar hemorragiasou vedar bem uma incisão.
- Com irrigação :nos ferimentos com infecção dentro da cavidade ou fistula ,com indicação de irrigação com soluções salinas ou anti-septico .a irrigação é feita com seringa;
- Com drenagem:nos ferimentos com grande quantidade de exsudato. Coloca-se dreno ,tubos, cateteres ou bolsas de colostomias.
- Curativos hidrocoloides:ocluem a ferida impedindo a entrada de ar, água e microorganismos. A primcipal caracteristica é manter aferida umedecida ,acelerendo a cicatrização , porque novas células proliferam com maior rapidez num ambiente úmido .Se intactos podem ser mantidos por uma semana.

TROCA DOS CURATIVOS

Os curativos são trocados quando a ferida requer avaliação ou cuidados e quando eles se soltam ou ficam saturados de drenagem .

MATERIAL

Bandeja contendo :

- Kit curativo:01 pinça anatomica,01 pinça hemostática e gaze ;
- Frasco de soro fisiológico ;
- Esparadrapo ou micropore;
- Tesoura;
- Cubarim ;
- Luvas;

TECNICA

- Explicar ao paciente sobre o cuidado a ser feito ;
- Lavar as mãos ;
- Posicione o paciente de modo a permitir o acesso ao curativo;
- Cubra o cliente com lençol de modo a expor apenas a área da ferida;
- Coloque peol menos uma luva , solte a fita adesiva , puxe –a na direção da ferida ,e retir o

curativo;descarte o curativo sujo com a(s) luva(s);

- Lave novamente as mãos ;
- Corte varias tiras longas de fita adesiva;
- Abra os materiais esterelizados ;
- Ponha as luvas;
- Limpe a ferida com soro fisiológico em jato ou com chumaços de gaze com o auxilio das pinças estéreis;
- Use um único chumaço ou quadrado pequeno de gaze para cada movimento de limpeza;
- colocar o medicamento indicado ;
- cubra a ferida com o curativo de gaze;
- fixe o curativo com fita adesiva;
- retire e joque fora as luvas;
- deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem ;
- lavar as mãos ;
- fazer as anotações de enfermagem;

FERIDAS COM DRENOS

- limpar a pele ao redor e o dreno com soro fisiológico ;
- colocar uma gaze sob o dreno,isolando-o da pele;
- colocar outrs gaze sobre o dreno;protegendo-o;
- o dreno de de Penrose deve ser tracionado em cada curativo, exceto quando contra-indicado , cortar o excesso e colocar alfinete de segurança estéril ;
- o dreno tubular ou torácico exige troca de curativos com luvas estéril , nunca tocar diretamente no dreno.
- Observar e anotar o volume e o aspecto das secreções ou material drenado;

RETIRADA DE PONTOS

- Realizar de forma intercalada os pontos ,par evitar a deiscência e posterior evisceração , no caso de ausência de cicatrização eficaz.

MATERIAL

Kit para curativo

PRINCIPIOS BASICOS DO PREPARO E ADMINISTRAÇAO DE MEDICAMENTOS

- Nenhum medicamento deve ser administrado quando se estiver em duvida a cerca da droga ou dose;
- Em caso de duvida ,consultar o enfermeiro responsável ou medico;
- A dose prescrita so pode ser alterada pelo medico;
- Ao adm qualquer medicação V.O. não toca-la com as mãos;
- Ler a prescriçao cuidadosamente;
- Identifique a medicação pelo rotulo nunca pela aparência,
- Não adm medicação sem rotulo;
- Leia o rotulo 03 vezes antes de adm a droga: no momento que a localiza, enquanto estiver preparando,no momento de dar ao paciente
- Identifique o paciente pelo nome ,

- Permaneça ao lado do paciente ate quando ele tenha ingerido o remédio;
- Se a medicação foi recusada notificar a chefia anotar no prontuário e circular o horário escrevendo : recusada;
- Se cometer algum erro comunicar a chefia imediatamente;
- Nunca adm medicação preparado por outra pessoa,
- Não conversar ou distrair-se quando estiver preparando a medicação
- Observar estes 05 itens antes de dar uma medicação:**paciente certo,horário certo,medicação certa,dosagem certa ,ia de adm certa.**
- Sempre agitar o frasco em movimentos circulares, saso haja precipitação
- Todo medicamento por via ocular,auricular ou nasal , deverá ser de frasco e conta –gotas individual,
- Evitar que o frasco toque a mucosa;
- Toda medicaçao via parenteral devra ser precedida de antissepsia com algodão e álcool todaemedicaçao intramuscular devera ser adm a um ângulo de 90ºda agulha em relação a pele do paciente;
- Toda a medicação subcutânea devera ser feita a um ângulo de 45º da agulha em relação a pele do paciente
- Toda medicação intradermica devera ser feita a um ângulo de 15ºda agukha em relação a pele do paciente;
- No caso de aplicações de soro por via endovenosa(venóclise)mente aplicar soluções limpidas sem turvações;
- Toda medicação , intramuscular e subcutânea devem ser aspiradasapos a introdução da agulha a fim de verificar se atingiu algum vaso sanguíneo
- No caso de medicações liquidas e soluções , colocar em seringas ate o limite desejadoe a´po , vazar o conteúdo em recipiente próprio
- As injeções intramusculares são aplicadas usualmnte nosmusculos glúteos e deltóideos ; e no caso de voltareme benzetacil só adm na região glútea
- Caso o paciente esteja tomando injeções subcutâneas muito freqüente , deve-se sempre variar o local de aplicação (face externa da coxa, músculo deltóide ,face interna do antebraço abdome, glúteo
- Todo o material para injeções não e reutilizado é deve ser descartado no recipiente de perfuro cortante

MEDICAÇÃO VIA ORAL:CAPSULA COMPRIMIDO E DRAGEAS

É o medicamento ingerido através da boca com água, leite, suco ;

MATERIAL

- Bandeja,
- Recipiente para colocar a medicação
- Água
- Fita adesiva para identificar: nome do paciente ,leito , quarto

TECNICA

- Verificar pela prescrição medica a data , horário ,nome do paciente dosagem da

medicação ;

- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e comparar com a prescrição medica ;
- Colocar a medicação no recipiente apropriado
- Identificar o paciente pelo nome,
- Explicar o procedimentoe informar o paciente sobre a medicação a ser adm
- Observar as condições de deglutição do paciente
- Colocar o paciente em posição favorável a deglutição do medicamento
- Adm a medicação sem tocá-la com as mãos , oferecendo água o suficiente para a completa deglutição
- Permanecer ao lado do paciente ate a medicação seja deglutida
- Lavar as mãos checar a medicação na prescrição e anotar quaisquer anormalidades

MEDICAMENTOS VIA ORAL: GOTAS, XAROPE , SUSPENSÃO

MATERIAL

- Bandeja
- Recipiente para colocar a medicação
- Água ou leite
- Fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verficar pela prescrição medica ,horário o nome e a dosagem da medicação bem com oo nome do paciente , leito e quarto
- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e compará-lo com a prescrição
- Agitar o frasco antes do uso , caso haja precipitação
- Colocar a medicação no recipiente graduado (seringa) e vazar o conteúdo em recipiente próprio para a medicação
- Evitar o retorno da medicação para o recipiente de origem
- Identificar o paciente pelo nome ,quarto e leito
- Explicar o procedimento e sobre a medicação a ser adm
- Observar as condições de deglutição do paciente
- Cloloc´-lo em posição confortável
- , favorável a deglutição do medicamento
- permanecer ao lado do paciente ate que a medicação seja deglutida
- lavar as mãos
- checar a medicação

EQUIVALENCIA APROXIMADA DAS MEDIDA

01 colher de café =2ml

01 colher de chá =5ml

01 colher de sobremesa =10ml

01 colher de sopa =15ml

MEDICAMENTOS VIA NASAL

MATERIAL

- bandeja
- frasco de medicamento com conta-gotas
- gazes
- fita adesiva para identificar o paciente ,leito, quarto

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verficar pela prescrição medica ,horário o nome e a dosagem da medicação bem com oo nome do paciente , leito e quarto
- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e compará-lo com a prescrição
- Explicar o procedimento e sobre a medicação a ser adm
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o medicamento
- Colcar o paciente em decúbito dorsal com a caeça inclinada para tras
- Instalar diretamente no fundo da narina evitando que o frasco ou o conta gotas toque a mucosa nasal
- Limpar o excesso com gaze
- Solicitar que o paciente permaneça alguns minutos em decúbito dorsal
- Recolocar o conta gotas no frasco depois de lavá-lo em água corrente e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação na prescrição e anotar quaisquer anormalidades

MEDICAMENTOS VIA AURICULAR

É a introdução de medicamentos no canal auditivo externo , com a finalidadede prevenir ou tratar processos inflamatórios , infecciosos , facilitar a saída de cerumem e corpos estranhos

MATERIAL

- Bandeja
- Frasco de medicamento com gota gota
- Fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Explicar a finalidade do procedimento;
- Colocar pciente em decúbito lateral
- Puxar gentilmente o lobo da orelha para trás e paracima
- Instilar a medicação ,evitando que ente em contato com a pele
- Proteger o orifício com gaze
- Solicitar ao paciente que permaneça nesta posição por alguns minutos
- Repetir procedimento no outro ouvido
- Fechar o frasco
- Limpar com gaze a região auricular externa , se necessário
- Lavar as mãos

- Checar e anotar qualquer anormalidade

MEDICAÇÃO OCULAR

Consiste na aplicação de pomada ou colírio na conjuntiva ocularcom a finalidadede proteger a córnea , tratar infecções , dilatar pupila(midriase) contrair a pupila(miose),anestesiar , controlar a pressão intra ocular etc



MATERIAL

- Bandeja
- Frasco de medicação ,gaze ,conta gotas se necessário ,fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição ,data, hora, nome do medicamento , dosagem ,nome do paciente
- Identificar o paciente
- Explicar o procedimento
- Deitar ou sentar ou o paciente na cadeira com a cabeça mantida para trás em posição confortável
- Limpar as palbebras e os cílios com gaze , se necessário
- Segurar o contagotas ou o frasco e expor a conjuntiva da palbebrainferior , colocando o indicador próximo a margem da pálpebra inferior , abaixando
- Os cílios e exercendo pressão para baixo
- Segurar o frasco próximo ao olho , evitando encosta=lo nas palpevras e cílios
- Pedir ao paciente para olhar para cima
- Instilar as gotas prescritas na conjuntiva
- Solicitar ao cliente que fevhe os olhos por alguns minutos ,movendo os lhos para escoamento da medicação
- Enxugar o excesso de medicamento com gaze
- Repetir o mesmo processo no outro olhoo
- Fechar o frasco de medicação
- Observar reaçoes do cliente
- Colocar paciente em posição confortável
- Lavar as mãos
- Checar o horário na prescrição e anotar qualquer anormalidade

MEDICAÇÃO SUBLINGUAL

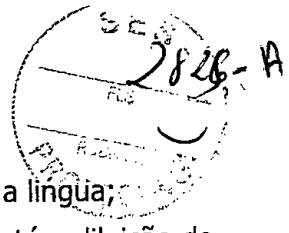
É a administração de medicamentos em baixo da língua.

MATERIAL

- Bandeja
- Recipiente para colocar a medicação
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente)

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição medica o medicamento, a data, o horário, a dossagem, o nome do paciente, o leito do quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Colocar o comprimido na mão do paciente solicitando-o que coloque-o sob a língua;
- Orientar o paciente para que permaneça com o medicamento sob a língua até a diluição do mesmo;
- Observar as possíveis reações do paciente
- Lavar as mãos
- Checar o horário do medicamento na prescrição e anotar irregularidades.



MEDICAÇÃO VIA RETAL

É a administração de medicação no reto.

MATERIAL

- Bandeja
- Luvas de procedimento;
- Recipiente para colocar o supositório;
- Biombos;
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente)
- Gases.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Colocá-lo em posição SIMS;
- Calçar luvas;
- Pegar o supositório, retirar o invólucro e segurar na mão direita, com gaze;
- Afastar as nádegas com a mão esquerda;
- Introduzir o supositório delicadamente e pedir ao paciente que o retenha por alguns minutos;
- Desprezar as luvas e as gazes no lixo próprio;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição do horário da medicação e anotar qualquer irregularidade.

MEDICAÇÃO VIA VAGINAL

Consiste na introdução na vagina de líquidos ou medicamentos.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Aplicação vaginal;
- Biombo.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Calçar luvascolocar a paciente em posição gin de procedimento;
- Colocar a paciente em posição ginecológica, após higiene intima;
- Afastar os pequenos lábio com os dedos indicador e polegar e introduzir o aplicador;
- Injetar a pomada e retirar o aplicador;
- Desprezar as luvas e o aplicador no lixo próprio;
- Anotar no prontuário.

MEDICAÇÃO VIA PARENTERAL

I - INTRMUSCULAR

II – SUBCUTÂNEA

III – INTRADERMICA

IV – ENDOVENOSA

V – VENOCLISE

I – INTRAMUSCULAR

Consiste na aplicação e solução medicamentosa no músculo. É de ação rápida porem menos que a EV. Os locais mais comuns de aplicação: deltóide, região glútea (vasto lateral) que fica na região lateral terço médio da coxa. O paciente poderá apresentar algumas anormalidades decorrentes de acidentes ou falhas de aplicação: lesão de nervos, vasos, tecido subcutâneo e abscesso por falhas sépticas.

MATERIAL

- Bolas de algodão embebidas em álcool a 70%;
- Seringa esterilizada;

- Agulha estéril;
- Bandeja
- Medicação prescrita;
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente).



TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Dispor o material a ser usado sobre o balcão da sala de medicação;
- Abrir o pacote da seringa;
- Conectar a agulha ao bico da seringa, mantendo os princípios de assepsia;
- Limpar com algodão embebido em álcool 70%, quebar a ampola envolvida numa gaze seca, colocando-a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda;
- Pegar a seringa com a mão direita, introduzindo, cuidadosamente, sem tocar nas bordas, a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo;
- Aspirar todo o liquido, protegendo a agulha com sua capa protetora, retirando todo ar da seringa;
- Colocar a seringa na bandeja, identificada com fita adesiva (nome, leito e quarto do paciente) e algodão com álcool;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Conversar com o paciente sobre sua preferência pelo local a se aplicado;
- Certificar-se pela região a ser escolhida pelo paciente é a mais indicada , deixando-o em posiçao confortável e adequada;
- Expor o local da aplicação;
- Fazer a antissepsia da região com algodão , deixando-o entre os dedos mínimos e anularda mão esquerda
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no músculo , com um so movimento, formando um ângulo de 90º
- Aspirar a seringa, segurando com a mão esquerda para verificar se a agulha atingiu vaso sanguineo
- Firmar a agulha, segurando o corpo da seringa , com a mão direita
- Injetar o liquido
- Retirar a agulha , com movimento preciso e rápido , comprimindo a pele com a bola de algodão
- Recompor o cliente e colocá-lo em posição confotavel
- Colocar o material na bandeja e desprezá-lo em recipiente para perfuro cortante
- Checa a medicação e anotar qualquer irregularidade
- OBS.:a medicação IM voltarem e benzetacil só devera ser aplicada em região glútea , poi, forma abscesso em deltoide

Regina

SUBCUTÂNEA

MATERIAL

- Bolas de algodão embebidas em álcool a70%
- Seringa esterilizada,agulha estéril
- Bandeja
- Medicação prescrita
- Fita adesiva para identificar medicação ,nome , leito etc



TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar prescrição:nome do medicamento,data, horário, dosagem,,nome do paciente,
- Dispor material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa,
- Conectar a agulha ao bico da seringa, mantendo os princípios de assepsia ,
- Limpar com algodão em álcool a 70% tirar a faixa de metal ,ou quebrar ampola colocando a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Aspirar todo o liquido, protegendo a agulha com sua tampa protetora, retirando todo o ar da seringa
- Colocar a seringa na bandeja, identificada com fita adesiva e algdao com alcool
- Expilcar procedimento ao paciente
- Expor o local da aplicação
- Fazer a antiassepsia do local , com o algodão ,deixandi-o ente os dedos mínimos e anular da mão esquerda
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no músculo com um so movimento , formando um ângulo de 45º(agulha de 25/7) ou um ângulo de 90ºse agulha 13/4,5, fazendo a prega cutânea
- Firmar a agulha pelo corpo da seringa com a mão direita
- Injetar o liquido com a mão esquerda
- Retirar a seringa com movimento preciso, comprimindo a pele com o algodao
- Limpar a olcal levemente sem massagear
- Recompor o paciente e descartar o material no recepiente de perfuro cortante
- Checar a madicaçao na folha de prescriçao

.VIA INTRADERMICA

e adm de pequena quantidade de medicamento na derme (0,1ml), sendo indicado paravacinas e testes de diagnósticos e hipersensibildades. Teoricamente pode ser aplicada em qualquer área, mas a região mais indicada é a face interna do antebraço

MATERIAL

- Bolas de algodão ,seringa esterilizada, agulha estéril , bandeja, medicação prescrita,

TECNICA

- Lavar as mãos , verificar pela a prescrição : nome , data, horário ,dosagem, nome do paciente
- Dispor o material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa
- Conectar a agulha ao bico da seringa , mantendo os princípios de asspsia
- Limpar com algodão embebido em álcool a 70%, tirar faixa de metal e colocar ampola ente os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Pegar a seringa com a mão direita , introduzindo , cuidadosamente , sem tocar a agulhana ampola, com bisel voltado para baixo
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Expor o local da aplicação
- Fazer a antiassepsia do local
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no musculo formando com a pele um ângulo de 15º, estando a agulha em posiçao correta , o bisel ficará visível através da pele
- Firmar agulha segurando o corpo daseringa ,com a mão direita
- Injetar o nedicamento vagarosamente, observando que surgirá uma pápula no local da aplicação
- Não friccionar o local
- Recompor o cliente,
- Descartar material em recipiente para perfuro cortante
- Checar a prescrição

VIA ENDOVENOSA

E a administração de uma droga diretamente na veia , afim de obter uma ação imediata

Objetivos:retirar sangue para exames de laboratório, introduzir medicamentos , ação rápida do efeito do medicamento , introduzir maiores quantidades de líquidos.

MATERIAL

- Luvas para procedimento
- Seringa descartável
- Recipiente com bolas de algodão
- Garrote

TECNICA

- Lavar as mãos
- Dispor o material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa
- Conectar a agulha ao bico da seringa , mantendo os princípios de assepsia
- Limpar com algodão embebido em álcool a 70%, tirar faixa de metal e colocar ampola ente os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Pegar a seringa com a mão direita , introduzindo , cuidadosamente , sem tocar a agulhana ampola, com bisel voltado para baixo
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Calçar luvas
- Expor local da aplicação , escolhendo a veia
- Fixar o garrote acima do local escolhido , uns 4 dedos
- Palpar novamente a veia e verificar se é mesmo a mais indicada
- Fazer a assepsia do local com algodão , em sentido único do retorno venoso
- Pedir para paciente fechar a mão

- Pegar a seringa , certificando –se de que está sem ar e mantenha a escala numérica voltada para cima e o bisel da agulha também
- Segurar o braço do paciente com a mão esquerda , fixando a veia abaixo do local onde foi feita a assepsia
- Aspirar aseringa com a mão esquerda, se aparecer sangue ,a veia esta pega
- Soltar o garrotee pedir ao paciente para abrir a mão
- Injetar lentamente a medicação observando as reações do paciente , a cada 05 a 10 ml injetado
- Aspirar sempre para certificar se de que esta na veia
- Colocar o lagodao próximo a agulha assim que terminar a aploicaçao
- Retirar a agulha sem movimentos bruscos
- Comprimir o local com algodão e colocar fita adesiva no local
- Deixar o paciente confortável colocar o material em recipiente para perfuro cortante

2830
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Observação importante:

- A solução adm EV deve ser cristalina, não oleosa, não conter flocos em suspensão
- Aplicar lentamente a medicação observando a reação do cliente
- Verificar a permanência da agulha na veia durante a aplicação
- Retirar a agulha se observar hematoma ou infiltração e repetir a operação no outro membro

Complicações

- Choque : apresenta como principais sintomas a palidez lipotimia ,ansiedade, tremores ,hiperemia , cianose o choque pode ser :
  I. Pirogenico : devido a introdução de solução contaminada
  II. Anafilática :devido a hipersensibilidade a droga
  III. Periférico ,devido a causas diversas como, aplicação rápida , dosagem elevada ,
- Embolia gasosa: devido a introdução de ar na circulação sanguínea
- Embolia oleosa ; devido a introdução de solução oleosa na circulação
- Embolia sangüínea : devido a mobilização de trombo
- Flebites e tromboflebites : é um processo inflamatório das veias tornado a área dolorosa e hiperemiada
- Esclerose das veias devido a aplicações freqüentes na mesma e soluções hipertônicas
- Hematoma
- Infiltração medicamentosa ; devido ao extravasamento de solução fora da veia
- Abscesso : são processos infecciosos , devido a falta de assepsia e introdução de soluções irritantes fora da veia

SOROTERAPIA OU VENOLISE

É a administração através de uma veia , de regular quantidade de liquido no organismo. É indicada para repor liquido as em casos de hemorragia , choque , desidratação ,manter veia ,administrar medicamentod EV, administrar proteínas ,eletrólitos ,vitaminas .

LOCAIS DE APLICAÇAO

- Em quaisquer veias dos membros superiores evitando se as localizaçoes nas articulações
- Controlar o gotejamento conforme a prescrição

Calculo de gotejamento

- numero de gotas por minuto = volume –horas x3
- 1ml=20gotas
- 1h= 60minutos

MATERIAL



- Bandeja
- Frasco de soro com solução prescrita
- Scalp ou abbocath
- Cortador de soro descartável
- Recipiente com bola de algodão embebidas em álcool a 70%
- Suporte para frasco de soro
- Tala ou atadura para imobilização , se necessário
- Seringa e agulha esterilizada (material descartável)
- Garrote
- Esparadrapo em tiras
- Equipo de soro
- Luvas de procedimento
- Identificação do soro

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição :nome do paciente , do medicamento, data horário , dosagem ,leito
- Dispor o material a ser usado no balcão da farmácia
- Observar as características da solução contida no frasco
- Abrir o frasco de soro com cortador de soro descartável
- Acrescentar a medicação prescrita observando os princípios de assepsia
- Conectar o equipo de soro ao frasco
- Retirar o ar do equipo ,escorrendo o soro ate a extremidade livre do equipo
- Proteger a extremidade livre do equipo
- Fazer nível no copinho (câmera gotejadora)
- Clamp o equipo
- Colocar a identificação no frasco de soro : nome do paciente ,nome e volume da solução nome e quantidades da medicações acrescidas
- Mínimo de gotas por minuto
- Inicio e termino da soroterapia
- Data e hora
- Assinatura do funcionário que instalou
- Colocar o frasco na bandeja , devidamente identificado
- Completar a bandeja com o resto de material necessário
- Explicar o procedimento para o cliente
- Pendurar o frasco no suporte de soro , junto ao leito
- Calçar luvas
- Puncionar veia conforme técnica de medicação endovenosa , que na soroterapia faz uso de escalp ou abbocath
- Conectar o scalp ou abbocath ao equipo de soro , após puncionar a veia
- Fixar o cateter intravenoso ou scalp , com esparadrapo
- Desclampear o equipo de soro
- Graduar o numero de gotas prescritas
- Certificar-se de que o soro esta correndo na veia
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem
- Colocar o material na bandeja e desprezar em caixa par perfuro cortante
- Desprezar luvas de procedimento

- Lavar as mãos
- Checar a instalação colocando a hora e anotando irregularidades , se houver

RETIRADA DE SORO ENDOVENOSO (VENOCLISE)



MATERIAL

- Bandeja com algodão embebido em álcool a 70 %
- Algodão com éter
- Luvas de procedimento

TECNICA

- Lavar as mãos
- Calcar as luvas
- Explicar o procedimento par o cliente
- Clampear o equipo de soro
- Retirar o esparadrapo que fixa o scalp ou cateter intravenoso a pele do pacintecom algodão ou gaze embebida em eter
- Colocar o algodao com alccol próximo ao scalpe rtire-o aplicando leve pressão
- Observar se houve hemostasia
- Observar se o local precisa de cuidados especiais
- Colocar o material na bandeja e encaminhá-lo par o descarte em recipiente para perfuro cortante
- Desprezar luvas
- Checar na prescrição , o termino da soroterapia e anotar no prontuário

OXIGENIOTERAPIA

CATETER NASAL

E a introdução de um cateter nas vias aéreas superiores.
Indicação Para aliviar a anoxia ou falta de oxigênio nos tecidos.

NORMAS

- Trocar o cateter de narina, no máximo de 12 em 12 horas, se o oxigênio for continuo, a fim de
- evitar ferimento da mucosa e obstrução do cateter por secreção;
- Orientar o paciente que respire somente pelo nariz, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado
- Observar o nível da água do umidificador. Seu nivel nao deve ultrapassar a marca contida no frasco, para evitar a inalacao de agua pelo paciente;

MATERIAL

- Sonda uretral no 6
- Intermediario
- Esparadrapo
- Gaze
- Luvas de procedimento
- Umidificador de 02

- Equipo soro (pedaço)

TECNICA



- Lavar as maos;
- Levar o material para a unidade do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Medir no cateter, a distancia entre a ponta do nariz e o lobulo da orelha, para determinar quanto a sonda deve ser introduzida;
- Introduzir o cateter pela fossa nasal ate o ponto marcado com o auxilio da gaze;
- Fixar o cateter com pequeno pedaco de equipo e esparadrapo sobre o nariz e testa do paciente;
- Abrir o fluxometro ate o numero de litros de oxigênio prescrito, que geralmente e de 2 litros por minuto;
- Observar o paciente durante o tratamento;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

INALACAO

E o tratamento realizado para problemas respiratórios feito através do uso de oxigênio e a medicação especifica no caso, onde o paciente inala.

Indicação Bronquites, crises asmáticas;
Pneumonias.

NORMAS

- O inalador devera ser trocado a cada 24 horas, ou seja, sempre na primeira inalacão no período da manha

- Seguir o horario padrao da inalacoes que e 6/6 horas, 12-18, 24, 06-12ou conforme prescrição

Material

- Inalador com medicacao prescrita,
  Forro ou papel higienico (se necessario).

TECNICA

- Lavar as maos;
- Preparar a inalacao conforme prescricao;
- Levar o material ate o paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Preparar o paciente para receber o tratamento, colocando em posicao fowler ou sentado;
- Ligar o inalador;
- Instruir o paciente para inspirar profundamente a medicacao;
- Providenciar forro ou papel higienico se necessario, para o paciente expectorar;
- Manter a inalacao durante o tempo indicado e observar o paciente;

- Deixar o paciente em posicao confortavel apos o termino da inalacao;
- Lavar as maos;
- Checar no prontuario.

NEBULIZACAO CONTINUA COM MASCARA FACIAL
E o tratamento realizado atraves do uso de oxigenio para problemas respiratorios.



Indicacao Pneumonias;
Oxigenioterapia apos retirada do respirador.

NORMAS

- Trocar no maximo a cada 48 horas o conjunto da nebulizacao;
- Observar sinais de irritacao da pele, comunicando a enfermeira.

Material

Nebulizador de traqueia,
Mascara facial,
Agua destilada esteril.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Certificar-se da prescricao medica;
- Colocar agua destilada esteril ate metade da capacidade do nebulizador e datar;
- Reunir o material e leva-lo ate junto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Acoplar o fluxometro ao nebulizador com a respectiva traqueia, a saida de 02 (oxigenio);
- Conectar a mascara ao final da extensao da traqueia na posicao adequada ao paciente;
- Abrir o oxigenio regulando o fluxo segundo a prescricao;
- Posicionar a mascara na face do paciente fixando-a com elastico por tras da cabeca;
- Deixar o paciente confortavel;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario.

NEBULIZAÇÃO / INALAÇÃO

É administração de medicamentos por via respiratória , através de um aparelho chamado nebulizador ou inalador. O medicamento liquido é transformado em nevoa , que é inalada , para fluidificar as secreções aderidas na parede brônquica .

MATERIAL

- Nebulizador , com a medicação
- Cuba im ou escarradeira
- Lenço de papael
- Saco plástico par lixo

TECNICA

- explicar ao cliente o cuidado a ser executado
- lavar as mãos

- organizar o material
- preparar o paciente para receber o tratamento : posiçao de Fowler ou sentado em uma cadeira
- retirar o frasco umidificador e ligar o nebulizador á fonte de oxigênio ou ar comprimido , para que o fluxo aja diretamente sobre o medicamento que esta no nebulizador
- regular o fluxo de oxigênio de acordo com a prescrição , geralmente 3 litros
- instruir o paciente parainspirar profundamente a medicação e expirar lentamente , permanecendo com a boca semi aberta
- oferecer lenço de papel e orientar para escarrar , tossindo profundamente ,ajudá-lo fazendo tapotagem ou vibração no local de acumulo de secreção
- pmaterial
- lavar as mãos
- anotar o cuidado prestado ,volume e característica do escarro

OBSERVAÇOES

- no momento de uasr o nebulizador , enxaguá lo em água corrente para remover o decinfetante
- após usar ,o nebulizador e mascaras deve ser lavado , enxugado e depois guardado em recipiente fechado , contendo uma solução desinfetante , com hipoclodito de sódio , por uma hora , em seguida enxaguar e secar
- os líquidos usados deverão ser estéreis
- após a fluidificação encaminhar paciente para fisioterapia respiratória

- UMIDIFICAÇAO
  A umidificação consiste em acrescentar água a uma mistura gasosa. O ar ou oxigênio com elevado grau de umidade relativa mantem a umidade das mucosas das vias aéreas e favorecem a mobilização das secreções pulmonares. A umidificação e indispensável para assegurar a eliminação normal do muco peles ou cílios epiteliais. Outro método de umidificação e o uso da tenda úmida, em bebes e crianças que apresentarem certas doenças tais como laringite ou traqueite. O profissional precisa controlar tanto a temperatura corporal da criança como as suas funções respiratórias.

COLOCAÇÃO DE CATETER NASAL

Etapa
- Avaliar o paciente e verificar se existem sinais e sintomas sugestivos de epóxi ou presença de secreções nas vias aéreas.
- Reunir os materiais e equipamentos necessários:
- Cateter nasal
- Tubo de oxigênio
- Umidificador
- Água destilada estéril
- Fonte de oxigênio com fluximetro
- Placas Proibido Fumar
- Explicar ao paciente e aos familiares em que consiste o procedimento, assim como a finalidade de oxigenoterapia.
- Lavar as mãos.
- Conectar o cateter nasal ao tubo de oxigenio e a uma fonte de oxigenio umidificada, calibrada na taxa de fluxo desejada.
- Introduzir as extremidades do cateter nas narinas do paciente.

- Ajustar a fita elástica na fronte ate que o cateter esteja perfeitamente adaptado e confortável.
- Manter o tubo de oxigenio com folga o suficiente e prendê-lo as roupas do paciente,
- Verificar o cateter a cada 8 horas.
- Manter o recipiente do umidificador sempre cheio.
- A cada 6 a 8 horas, examinar as narinas do paciente, a procura de laceração de pele.
- Verificar a taxa do fluxo de oxigenio e as prescrições do medico, a cada 8 horas.
- Lavar as mãos
- Inspecionar o paciente para verificar se desaparecem os sintomas associados a epóxi.
- Observar as narinas do paciente e a superfície superior de ambas as orelhas quanto a laceração da pele.
- Anotar no diário da enfermagem: o método de administração de oxigenio, taxa de fluxo, permeabilidade do cateter de oxigenio, reação do paciente e avaliação respiratória.

RESTABELECIMENTO DAS FUNÇOES RSPIRATORIAS

Quando prolongada e grave, a epóxi pode levar a parada cardíaca, ou seja, a interrupção brusca da circulação e do debito cardíaco. Quando ocorre parada cardíaca oxigenio não e retido nos tecidos e o metabolismo se torna anaeróbico; ocorre acidose metabólica e respiratória. As leses dos tecidos, inclusive as leses permanentes da musculatura cardíaca e lesão cerebral, ocorrem em 5 minutos.

REANIMAÇAO CARDIOPULMONAR

A parada cardíaca caracteriza-se pela ausência de batimentos cardíacos e de movimentos respiratórios e pela dilatação das pupilas, o que exige a aplicação imediata das medidas de reanimação cardiopulmonar (RCP), A RCP e uma medida básica de emergência, destinada a salvar a vida, consistindo de aplicação de respiração artificial e de massagem cardíaca externa. A RCP tem três finalidades principais que constituem o ABC da reanimação cardiopulmonar: assegurar a entrada do ar, dar inicio a respiração e manter a circulação.

Avaliação

Todas as intervenções de enfermagem são avaliadas mediante comparação da reação apresentada pelo paciente com as finalidades do plano de assistência. Daremos a seguir alguns exemplos de critérios para a avaliação dos pacientes que apresentam alterações da oxigenação; existem outros critérios avaliados que se baseiam nos diagnósticos específicos de enfermagem e nas metas terapêuticas.

Exemplos de critérios avaliativos quanto à manutenção e promoção da expansão pulmonar incluem:

- Inspeção e palpação para verificar se a expansão pulmonar é simétrica
- Inspeção para verificar se ocorreu aumento da expansão pulmonar, conforme documentação pela espirometria com estimulo
- Observar se ocorreu diminuição dos movimentos respiratórios dispnéicos
- Observar se existem ou não movimentos anormais das paredes torácicas, tais como tiragem ou contração dos músculos acessórios da respiração
- Ausculta destinada a evidenciar a presença de murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares

Exemplos de critérios avaliativos quanto à mobilização das secreções broncopulmonares incluem:

- Observar se o paciente apresenta tosse produtiva

- Inspecionar o escarro para verificar se ele conte secreções aquosas de cor esbranquiçada
- Auscultar os filmes a procura de ruídos adventícios

Exemplos de critérios avaliativos quanto a manter as vias aéreas desobstruídas. Incluem:

- Observar se melhorou a capacidade do paciente para apresentar tosse produtivas 2. Observar se existem ou não movimentos anormais da parede torácica
- Auscultar os campos pulmonares para verificar a presença de murmúrio vesicular normal

Exemplos de critérios avaliativos quanto à manutenção e promoção da oxigenação normal dos tecidos incluem:

- Observar se o paciente apresenta ou não sinais de epóxi
- Inspecionar pele e mucosas a procura de cianose
- Examinar os sinais vitais e observar se estes retornam aos valores básicos normais
- Verificar se o estado de consciência voltou ao nível normal
- Verificar se os valores da gasometria do sangue arterial se normalizaram

Exemplos de critérios avaliativos quanto ao restabelecimento das fofices cardiopulmonares incluem:

- Observar se o pulso e a respiração se restabeleceram, funcionando espontaneamente
- Observar se o paciente recuperou a consciência

Exemplos de critérios avaliativos quanto a. Melhora da tolerância aos esforços incluem:

- Determinar a freqüência respiratória, durante e apos exercícios, verificando se ocorreu aleirasses significativas
- Perguntar ao paciente se ele sente dispnéia ou falta de ar durante os exercícios
- Observar a capacidade do paciente para tolerar esforços progressivamente maiores.

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM PROBLEMAS INTESTINAIS

Defecção ou evacuação :Ato de eliminar os dejetos;
Flatos: Gases;
Flatulência, timpanismo ou meteorismo A quem sofre de flatos;
Tenesmo :Dor e dificuldade para evacuar sem que haja evacuação;
Melena :Sangue nas fezes (escuras);
Peristaltismos: Ondas contrateis que vão levar os dejetos através do intestino ate o reto

TRANSTORNOS INTESTINAIS

Diarréia : Eliminação de fezes soltas, aquosas devido à rápida passagem dos produtos da eliminação pelo trato gastrintestinal.

Cuidados de Enfermagem:

Repouso para reduzir o peristaltismo; oferecer condições para locomoção ao sanitário ou comadre se for o caso; realizar ou auxiliar na higiene intima a cada evacuação; oferecer hidratação V.O.

Obstipação ou Constipação :Atraso dos movimentos dos produtos de eliminação e que geralmente vai ocorrer no intestino grosso. Apresenta fezes duras e secas; podendo ocorrer fecaloma que são fezes silabadas na parede do intestino, fazendo-se necessário à extração manual.
A obstipação pode vir associada a sintomas típicos como: flatulência, cefaléia, anorexia, halitose, aspereza da língua.

SONDAGEM RETAL

E a introdução de uma sonda através do reto.

Indicação: Flatulências; Diarréias graves; Cirurgias anais

TECNICA

- A sondagem retal devera ser feita na posição de SIMS, à esquerda;
- Manter a privacidade do paciente durante o procedimento;

MATERIAL

- Sonda retal numero 22 ou 24,
- Xylocaina gel,
- Luvas,
- Gazes,
- Forro,
- Esparadrapo.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Proteger o paciente com biombo;
- Colocar o paciente em posição de SIMS, à esquerda;
- Calcar luvas;
- Lubrificar a sonda retal;
- Separar a prega interglútea expondo a região anal com gazes;
- Introduzir a sonda retal de 8 a 10 cm, pedindo para o paciente respirar fundo;
- Fixar a sonda, caso necessário;
- Retirar luvas;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente o horário do procedimento e se houve retorno;

- LAVAGEM INTESTINAL (enteroclisma)

  É a entrada de uma quantidade de liquido no intestino através de uma sonda retal.

Indicacao :Distensao , flatulência abdominal ,constipação intestinal,preparo para cirurgia,tratamento intestinal ou radiografias



MATERIAL

- Solucao comercial do enteroclisma (glicerina), aquecida ou gelada conforme a indicacao,
- Forro,
- Vaselina ou xylocaina geleia,
- Papel higienico,
- Comadre,
- Biombos,
- Sonda retal,
- Gazes,
- Equipo de soro,
- Luvas,
- Suporte de soro.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Cercar a cama com biombo;
- Colocar sobre a mesa de cabeceira a solucao de glicerina, gazes e xylocaina;
- Colocar a comadre sobre a escadinha;
- Colocar o paciente em decubito lateral esquerdo, deixando-o coberto;
- Colocar o forro sob as nadegas do paciente para proteger a cama;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco do clister, retirando o ar do equipo;
- Colocar o frasco no suporte de soro;
- Calcar as luvas;
- Conectar a sonda retal a extremidade do equipo, retirando o ar da mesma;
- Lubrificar a sonda com xylocaina;
- Separar a prega interglutea com gazes expondo a regiao anal;
- Introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm com cuidado e vagarosamente;
- Abrir a pinca do equipo de soro e deixar a solucao correr ate o final;
- Fechar a pinca do equipo;
- Retirar a sonda ao termino da solucao;
- Desprezar a sonda envolvida no papel higienico e o frasco no lixo do banheiro;
- Orientar o paciente para reter a solucao durante alguns minutos;
- Colocar o paciente na comadre, ou leva-lo ao banheiro, deixando o papel higienico em suas maos;
- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezando o conteudo lavando-a;
- Retirar luvas;
- Oferecer material para lavagem das mãos ao paciente, se necessário;
- Deixar a unidade em ordem e o paciente confortável;
- Lavar as mãos;

Gregina

- Anotar no prontuário: horário, quantidade da solução usada e retorno;

Obs: - Diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do liquido, se o paciente queixar de dor.

- Não deixar entrar ar no intestino;
- Quando o liquido não entrar por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma;
- Nunca forçar a introdução da sonda;
- Ao introduzir a sonda, pedir ao paciente que inspire e expire profundamente, a fim de manter o relaxamento;
- Se a lavagem for gota a gota, controlar rigorosamente o gotejamento.



SONDAGEM VESICAL

A cateterizacao urinaria e a introdução de tubo estreito (cateter urinário), pela uretra ate a
bexiga.

Finalidade: Amostra estéril de urina para exame , Verificação de ausência de micção por Anuria ,esvaziar a bexiga , pré operatório e pós operatório

TECNICA

- Nunca elevar o coletor de urina acima do nível vesical sem antes pinçar a sonda;
- Recomenda-se a limpeza da área em torno do meato uretral no mínimo uma vez por dia com água e sabão
- O sistema de drenagem fechada nunca devera ser desconectado;
- Para pacientes prostáticos, utilizar sonda foley no 16, 18 ou ate mesmo 22;
- A higiene intima previa e obrigatória para sondagem vesical, independente se o paciente esta limpo ou não;
- A sonda vesical de demora feminina deve ser trocada a cada 7 dias, já a masculina a cada 14 dias.

SONDAGEM VESICAL FEMININA DE DEMORA

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 10 ml, pinca, acampo fenestrado), Sonda vesical foley no 12, 14 ou 16
- ampola de água destilada ou sor fiosiologico
- Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
- Bolsa coletora (sistema fechado), esparadrapo
- Luvas esterilizadas,
- Xylocaina a 2% (geleia).

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar a paciente o que sera feito;
- Proteger a paciente com biombo;
- Colocar a paciente em posicao ginecologica, expondo apenas os genitais;
- Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da paciente, proximo aos genitais

- Abrir o pacote aproximando o campo das nadegas da paciente, mantendo os principios assepticos;
- Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo esteril;
- Colocar a solucao anti-septica na cuba redonda;
- Calcar luvas;
- Aspirar a agua destilada com seringa de 10 ml;
- Utilizar a pinca com a mao direita para pincar a gaze;
- Limpar primeiramente com movimento unico e firme os grandes labios ao lado mais distante de cima para baixo, no sentido antero-posterior (clitoris-anus). Desprezar a gaze;
- Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- Afastar os grandes labios com a mao esquerda, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos labios
- Fazer a limpeza do meato urinario, com movimento uniforme no sentido antero-posterior;
- Colocar a pinca no campo;
- Colocar o campo fenestrado com a mao direita;
- Manter a mao esquerda segurando os grandes labios;
- Pegar a sonda com a mao direita, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;
- Aplicar xylocaina na ponta da sonda;
- Avisar a paciente da introducao da sonda, e pedir para ela relaxar a musculatura do quadril;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese mais ou menos uns 20 cm;
- Insuflar o balao;
- Conectar a sonda na extensao da bolsa coletora;
- Certificar se a sonda esta na bexiga, tracionando-a delicadamente ate notar resistencia;
- Descalcar as luvas;
- Prender a sonda na coxa da paciente sem que tracione;
- Desprezar, se necessario, o volume urinario;
- Deixar a paciente em posicao confortavel;
- Deixar a unidade em ordem;
- Identificar a sonda com esparadrapo, contendo data e nome de quem efetuou;
- Anotar no prontuario: horario da execucao, reacoes da paciente, quantidade e caracteristica da urina drenada, alteracoes na genitalia;

SONDAGEM VESICAL MASCULINA DE DEMORA

MATERIAL

E o mesmo da sondagem vesical feminina, so acrescentando uma seringa;

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Proteger o paciente com biombos;
- Colocar o paciente em posicao horizontal;
- Expor apenas a regiao genital;
- Abrir o pacote de cateterismo, proximo a regiao exposta;
- Abrir o pacote de sonda foley no campo esteril;

- Colocar o P.V.P.I. topico na cuba redonda;
- Calcar luvas estereis;
- Pegar o corpo da seringa, sendo que uma segunda pessoa devera colocar - 15 ml de xylocaina geleia no seu interior, desprezando a primeira porcao a sair do tubo;
- Conectar o corpo da seringa no embolo;
- Deixar a seringa preparada sobre o campo;
- Pincar as gazes com a mao direita;
- Limpar a regiao pubiana ao redor do penis;
- Limpar a parte externa do penis;
- Segurar o penis com a mao esquerda, expondo a glande;
- Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo;
- Fazer assepsia do meato urinario;
- Colocar o campo fenestrado;
- Introduzir na uretra a xylocaina geleia com mao direita atraves da seringa;
- Apertar levemente a uretra por 1 minuto com a mao esquerda, usando uma gaze esterilizada seca;
- Introduzir a sonda foley lentamente (- 20 cm) ate drenar a urina obedecendo a curvatura normal da uretra (introduzir sonda ate y);
- Insuflar o balao;
- Conectar a sonda a extensao da bolsa coletora;
- Certificar-se de que a sonda esta na bexiga, fazendo leve tracao na mesma;
- Retornar o prepucio a posicao anatomica;
- Descalcar as luvas;
- Fixar o cateter, horizontalmente, na parte lateral esquerda do abdomen, para evitar pressao sobre a uretra, na junçao peno-escrotal, o que poderia , eventualmente levar a formaçao de fistula uretro- cutanea
- Identificar a sonda com esparadrapo, contendo data e nome de quem sondou;
- Anotar no prontuario: horario, reacoes do paciente, quantidade e caracteristicas da urina, alteracoes na genitália

-

TECNICA DA SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO FEMININA

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinca, ampola de agua destilada, campo fenestrado),
- Sonda uretral no 12 ou 14,
- Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
  Luvas.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar a paciente o que sera feito;
- Proteger a paciente com biombos;
- Colocar a paciente em posicao ginecologica, expondo apenas os genitais;
- Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da paciente, proximo aos genitais
- Abrir o pacote aproximando o campo das nadegas da paciente, mantendo os principios assepticos;

- Abrir a embalagem da sonda uretral colocando-a no campo esteril;
- Colocar a solucao anti-septica na cuba redonda;
- Calcar luvas;
- Utilizar a pinca com a mao direita para pincar a gaze;
- Limpar primeiramente com movimento unico e firme os grandes labios do lado mais distante de cima para baixo, no sentido antero-posterior (clitoris-anus). Desprezar a gaze;
- Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- Afastar os grandes labios com a mao esquerda, usando o dedo polegar e introduzir e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios
- Fazer a limpeza do meato urinario, com movimento uniforme no sentido antero-posterior;
- Colocar a pinca no campo;
- Colocar o campo fenestrado com a mao direita;
- Manter a mao esquerda segurando os grandes labios;
- Pegar a sonda com a mao direita, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;
- Aplicar xylocaina na ponta da sonda;
- Avisar a paciente da introducao da sonda, e pedir para ela relaxar a musculatura do quadril;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese;
- Deixar a sonda drenando ate o fim da diurese;
- Retirar a sonda apos o termino;
- Retirar as luvas;
- Deixar a paciente confortavel;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Anotar no prontuario: hora do cateterismo e as caracteristicas da diurese (quantidade, cor, odor).

-

TECNICA DA SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO MASCULINO

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinca, ampola de agua destilada, campo fenestrado),
- Sonda uretral no 14,
  Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
- Luvas,
- Seringa 10 ml,

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Proteger o paciente com biombos;
- Colocar o paciente em posicao horizontal;
- Expor apenas a regiao genital;
- Abrir o pacote de cateterismo, proximo a regiao exposta;
- Abrir o pacote de sonda uretral no campo esteril;
- Colocar o P.V.P.I. topico na cuba redonda;

- Calcar luvas estereis;
- Pegar o corpo da seringa, sendo que uma segunda pessoa devera colocar - 15 ml de xylocaina geleia no seu interior, desprezando a primeira porcao a sair do tubo;
- Conectar o corpo da seringa no embolo;
- Deixar a seringa preparada sobre o campo;
- Pincar as gazes com a mao direita;
- Limpar a regiao pubiana ao redor do penis;
- Limpar a parte externa do penis;
- Segurar o penis com a mao esquerda, expondo a glande;
- Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo;
- Fazer antissepsia do meato urinario;
- Colocar o campo fenestrado;
- Introduzir na uretra a xylocaina geleia com mao direita atraves da seringa;
- Apertar levemente a uretra por 1 minuto com a mao esquerda, usando uma gaze esterilizada seca;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese;
- Deixar a sonda drenando ate o fim da diurese;
- Retirar a sonda apos o termino;
- Retirar as luvas;
- Deixar o paciente confortavel;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Anotar no prontuario: hora do cateterismo e as caracteristicas da diurese (quantidade, cor e odor).

LAVAGEM VESICAL

E a lavagem da sonda vesical quando a mesma esta obstruida por sangue, pus, secrecoes, grumos.

NORMA

- A lavagem vesical devera ser feita com tecnica rigorosamente asseptica.

MATERIAL

- Seringa 50 ml urologica esteril,
- Frasco de agua destilada de 250 ml,
- Luvas estereis,
- Cuba-rim esteril,
- Gazes estereis,
- Cuba-rim nao esteril,
- Alcool a 70%.
-

TECNICA

- Lavar as maos;

- Reunir o material;
- Levar o material ate a unidade do paciente;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Fazer a desinfecao da ponta terminal da sonda com a ponta inicial do sistema coletor de diurese, com alcool a 70%;
- Abrir o campo de seringa urologica;
- Calcar as luvas esterilizadas;
- Colocar agua destilada na cuba-rim e aspira-la com a seringa urologica;
- Retirar o ar de dentro da seringa urologica;
- Desconectar a sonda do sistema coletor com ajuda de uma segunda pessoa, que ficara segurando o sistema, tomando o cuidado para não contaminar
- Introduzir a seringa na sonda;
- Injetar a agua destilada;
- Aspirar o conteudo injetado;
- Desprezar o conteudo em outra cuba-rim;
- Repetir a operacao quantas vezes forem necessarias, ate desobstruir a sonda;
- Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
- Retirar as luvas;
- Colocar a unidade em ordem;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente o resultado da lavagem.

IRRIGACAO VESICAL

Finalidade :Irrigar a bexiga em pos-operatorio de R.T.U., sangramento.

MATERIAL

- Sonda vesical de 3 vias ,
- Equipo de soro,
- Frasco de agua destilada de 1000 ml,
- Sistema coletor fechado de diurese.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Encaminhar o material ate o paciente;
- Explicar o que sera feito ao paciente;
- Sondar o paciente conforme tecnica, caso ainda nao esteja sondado;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco de agua destilada e fazer o nivel;
- Adaptar o equipo de soro na via de entrada da sonda vesical;
- Abrir a pinca do equipo de soro e deixar drenar, controlando o gotejamento conforme prescricao;
- Observar o retorno do liquido no sistema coletor;
- Deixar a unidade em ordem;
- Anotar no prontuario do paciente: a sondagem se for o caso, o inicio da irrigacao, quantidade infundida, drenada ea cor da mesma

- SONDAGEM NASOGASTRICA

E a introducao de uma sonda atraves das fossas nasais ate a regiao gastrica (estomago).

Finalidade :Alimentacao (gavagem);
Lavagem e aspiracao gastrica;
Pos operatorio de cirurgias gastricas;
Obstrucao intestinal;
Peritonite;
Pancreatite aguda.



NORMAS

- Se o objetivo da sondagem for a alimentacao, esta devera permanecer no paciente no maximo 3 dias.
  Apos este tempo devera ser trocado por uma sonda nasoenteral, se ainda continuar a alimentacao ateaves da sonda
- Quando o objetivo da sondagem for a drenagem, usar SNG com sistema coletor medflux;
- A fixacao da sonda devera ser trocada a cada 24 horas ou sempre que necessario, e feito rodizio do local da fixação para evitar lesões da pele
- Ao realizar a sondagem nasogastrica, realizar os testes de verificacao do posicionamento da sonda nasogastrica
  sonda nasogastrica;
-

MATERIAL

- Sonda levine no 12 ou 14 para alimentacao, se for para lavagem gastrica no 18 ou 20,
- Seringa de 20 ml,
- Gazes,
- Lubrificante (xylocaina geleia),
- Cadarco de esparadrapo ou canudinho de plastico,
- Esparadrapo,
- Estetoscopio,
- Luvas de procedimento,
- Copo com agua.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Verificar a prescricao medica;
- Preparar o material;
- Levar o material ate o paciente;
- Orientar o paciente quanto a necessidade da sondagem;
- Colocar o paciente em decubito elevado;
- Delimitar com esparadrapo a extensao de introducao da sonda medindo do lobulo da orelha ate a ponta do nariz, e deste até o apêndice xifoide
- Calcar luvas;
- Lubrificar a sonda com auxilio de uma gaze com xylocaina gel;
- Solicitar ao paciente que mantenha o pescoco em ligeira flexao e inspire profundamente durante a introducao da sonda na narina e que degluta varias vezes, facilitando a passagem da sonda pelo esofago

- Introduzir a sonda lentamente ate a altura marcada;
- Executar o teste de verificacao da localizacao da sonda;
- Fixar a sonda nasogastrica;
- Datar e assinar no esparadrapo da fixacao da sonda;
- Deixar o paciente confortavel;
- Deixar a unidade em ordem;
- Anotar no prontuario do paciente.
-



Teste Para Avaliar se a Sonda Esta no Estomago

- Conectar a seringa na sonda e aspirar, se estiver no estomago, saira suco gastrico.
- Injetar com a seringa 20 ml de ar, rapidamente, e concomitantemente colocar o estetoscopiosobre o estomago, procurando ouvir um ruído surdo e borbulhante
- Colocar a ponta da sonda num copo com agua e verificar se houve formacao de bolhas, se isto ocorrer a sonda estara na traqueia e nao no estomago.

ALIMENTACAO

NORMAS

- Pacientes incapazes de se alimentar sozinhos, precisam ser ajudados durante as refeicoes, e outros necessitam que se leve alimentos a boca;
- Orientar os visitantes, para nao dar alimentos aos pacientes com dietas controladas e restritas;
- Levar em consideracao, na aceitacao da dieta, algumas razoes importantes, de ordem pessoal, que deverao ser observadas pela Equipe de Enfermagem: costume familiar, origem nacional, costumes regionais ,religiosos, econômicos e opinião pessoal,
- Em pacientes acamados, que podem alimentar-se por si mesmos, coloca-los em posicao
  confortavel no leito e com a mesinha de refeicao a sua frente;
- O mais importante quando estiver alimentando um paciente e nao mostrar ter pressa para dar o que comer
- Ao paciente que nao pode ver a bandeja da refeicao, devem ser ditos os nomes dos alimentos contidos na bandeja e sempre adverti-lo quando estiver quente
- Pacientes que desejam acrescer, retirar ou substituir alimentos ou liquidos a sua refeicao, deverao requisita-lo atraves da Enfermagem, ao S.N.D., o qual, de acordo com sua dieta, ira oferta-los ou substitui-los;
- Observar se as dietas estao sendo oferecidas ao paciente, de acordo com a prescricao medica;
- Pacientes com restricao hidrica, deverao ser esclarecidos no tocante a ingestao de liquidos;
- Administrar a dieta, logo que a mesma chegar, impedindo com isto que a alimentacao esfrie.

ALIMENTACAO POR SONDA NASOGASTRICA, GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA

MATERIAL

- Rcipiente com dieta prescrita,
- Recipiente com agua filtrada,

- Gazes limpas,
- Equipo de Soro,
- Luvas para procedimento,
- Cuba rim,
- Seringa de 20 ml.



TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar a dieta e o paciente;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Colocar o paciente em posicao fowler;
- Calcar as luvas de procedimento;
- Conectar ao recipiente da dieta, um equipo de soro fechado;
- Colocar este recipiente com o equipo, no suporte de soro, proximo ao paciente, a uma altura de 40ª 50cm;
- Abrir o equipo de soro e deixar a dieta correr ate o final do mesmo, fechando-o;
- Retirar ar do equipo, se por ventura vier a formar;
- Verificar a temperatura da dieta;
- Verificar se a S.N.G. esta realmente no estomago do paciente, aspirando com uma seringa e observando o retorno do suco gastrico, desprezando-o na cuba-rim;
- Conectar o equipo de soro a sonda nasogastrica e abrir a valvula reguladora do equipo, controlando ogotejamento
- Deixar a dieta escoar pela forca da gravidade, observando reacoes do paciente;
- Clampear o equipo de soro, ao final da dieta;
- Desconectar o equipo de soro da S.N.G., trocando-o por outro, previamente conectado a um recipiente igual ao da dieta, contendo água filtrada;
- Abrir a valvula reguladora do equipo e deixar fluir a agua filtrada (- 100 ml) ou ate limpar a sonda nasogastrica, dos residuos alimentares;
- Desconectar o equipo de soro da sonda nasogastrica e fecha-la;
- Limpar e secar, se necessario, a sonda nasogastrica (na parte externa), se houver presenca de liquido, com gaze limpa
- Manter o paciente em posicao fowler por uma hora, apos administracao da dieta, para facilitar a digestao, evitar mal-estar e refluxo;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario

Obs: - Nos casos de jejunostomia e gastrostomia, o procedimento e o mesmo. Apenas, ao conectar o
equipo de soro a jejunostomia ou a gastrostomia, ha necessidade de um adaptador.

ALIMENTACAO GOTA A GOTA POR SONDAS EM GERAL

Material

- Frasco com dieta prescrita,
- Frasco com agua filtrada,
- Equipo de Soro (02 unidades),
- Seringa 20 ml,
- Gazes limpas,
- Luvas para procedimento,
- Cuba-rim.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar a dieta e o paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente em posicao fowler;
- Calcar as luvas de procedimento;
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Retirar todo o ar do circuito;
- Colocar o frasco da dieta no suporte de soro a uma altura de 40 a 50 cm, proximo ao paciente;
- Verificar se a sonda esta na posicao correta, aspirando com uma seringa e observando o retorno do suco gástrico, desprezando-o numa cuba- rim
- Verificar a temperatura da dieta;
- Conectar o equipo de soro a sonda, abrindo a valvula reguladora do equipo;
- Controlar o gotejamento que devera ser constante e lento (gota a gota);
- Observar as reacoes do paciente;
- Clampear o equipo de soro ao final da dieta;
- Desconectar o equipo de soro da sonda, trocando-o por outro, previamente conectado a um
recipiente igual ao da dieta, contendo agua filtrada;
- Abrir a valvula reguladora do equipo e deixar fluir a agua filtrada (100 ml) ou ate limpar a sonda, para conservar a permeabilidade da sonda;
- Desconectar o equipo de soro da sonda e fecha-la;
- Limpar e secar, se necessario, a sonda (na parte externa), se houver presenca de liquido, com a gaze limpa
- Orientar o paciente para que fique em posicao fowler por uma hora, para facilitar a digestao, evitar mal-estar e refluxo da dieta;
- Desprezar as luvas;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario.

ALIMENTACAO VIA ORAL A PACIENTE INCAPACITADO DE ALIMENTAR-SE

MATERIAL

- Recipiente com dieta prescrita,
- Mesa de refeicao,
- Talheres,
- Forro.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar o paciente;
- Verificar se a dieta esta de acordo com a prescricao;
- Proporcionar ambiente adequado para a refeicao, considerando: ordem, limpeza e odores;
- Explicar ao paciente o que vai ser feito;
- Elevar a cabeceira da cama, mantendo o paciente em posicao confortavel;
- Colocar o forro sobre o torax do paciente, para protecao da roupa;

- Colocar a mesa de refeicao sobre o leito;
- Colocar material para lavar as maos do paciente, sobre a mesa de refeicao, se houver necessidade;
- Colocar a dieta sobre a mesa de refeicao;
- Servir a dieta vagarosamente e em pequenas porcoes;
- Limpar a boca do paciente com o forro, sempre que necessario;
- Oferecer agua ao paciente;
- Retirar a mesa de refeicao;
- Realizar a higiene oral do paciente;
- Aguardar que o funcionario do S.N.D. venha recolher o material da dieta;
- Deixar o paciente em posicao confortavel;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario a dieta ingerida e a quantidade.



COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

NORMAS

- A coleta de diurese para exame e de responsabilidade da enfermagem;
- O frasco contendo a diurese devera ser identificado com nome, quarto e leito do paciente;
- O pedido de exame devera ser encaminhado ao laboratorio juntamente com o material;
- Todo o material encaminhado ao laboratorio devera ser registrado no prontuario do paciente e nocaderno de controle de examesde cada setor
- Como o sistema coletor de diurese fechado nao deve ser desconectado nunca; a coleta de diurese para exames dvera ser feita da punção com seringa e agulha na extensão da bolsa

COLETA DE URINA PARA EXAME URINA I

- MATERIAL
- Cuba-rim,
- Recipiente para coleta (frasco).

Tecnica

- Lavar as maos;
- Reunir o material e coloca-lo na mesa de cabeceira do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Solicitar ao paciente para executar a higiene dos genitais, usando agua e sabao neutro, enxugar com gaze ou compressa;

- Orientar para que despreze o primeiro jato urinario no vaso sanitario e a seguir colher a urina restante na cuba-rim ou frasco coletor;
- Passar a urina para o frasco, previamente identificado, com as maos enluvadas;
- Retirar as luvas;
- Encaminhar laboratorio a urina;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.



- Urina 24 Horas (Clearense de creatinina)
- Material
- Frasco de 1000 ml,
- Cuba-rim,
- Luvas de procedimento,
- Tecnica
- Lavar as maos;
- Reunir o material, identificando os recipientes com nome do paciente, leito, quatro, placa para anotar: data, hora de inicio e termino da coleta;
- Orientar o paciente sobre a necessidade da realizacao do exame;
- Orientar o paciente para desprezar no vaso sanitario a primeira miccao da manha e a seguir iniciar a coleta da urina em cuba-rim ou frasco proprio, ate completar 24 horas, inclusive a urina do horario em que foi desprezada a primeira urina da manha anterior;
- Encaminhar os frascos com o material apos as 24 horas para o laboratorio juntamente com o peso e a altura do paciente;
- Avisar o laboratorio para colher amostra de sangue;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente a quantidade e caracteristica da urina encaminhada e anotar tambem no caderno de controle de exames;

Obs: - Em pacientes do sexo masculino, orientar para urinar diretamente no frasco.



COLETA DE FEZES PARA EXAME

NORMA

- A coleta de fezes para exame e de responsabilidade da enfermagem;
- O pedido de exame devera ser encaminhado ao laboratorio junto com o material.

PROTOPARASITOLOGICO

Material

- Espatula de madeira,
- Recipiente padronizado,
- Esparadrapo ou fita adesiva,
- Luva para procedimento.

Tecnica

- Lavar as maos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Orientar o paciente para evacuar em uma comadre limpa e seca;
- Calcar luvas;
- Colher as fezes com a espatula, depositando-a no recipiente padronizado, cerca de 5 a 10 g de fezes;
- Desprezar a espatula, envolvendo-a com papel higienico e jogando-a no lixo;
- Desprezar as luvas;

- Identificar com esparadrapo o recipiente contendo as fezes, com: nome do paciente, numero do
  quarto e leito;
- Encaminhar ao laboratorio;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.



- COPROCULTURA (FEZES PARA CULTURA)

Material

- Recipiente padronizado esterilizado,
- Espatula de madeira esterilizada,
- Comadre esterilizada ou cuba-rim esteril,
- Esparadrapo ou fita adesiva,
- Luva estereis.

Tecnica

- Lavar as maos;

02 - Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
03 - Oferecer a comadre esteril ao paciente, explicando-lhe para nao contamina-la;
04 - Calcar luvas;
05 - Colher somente com a ponta da espatula, a parte central do bolo fecal, de 5 a 10 g de fezes;
06 - Colocar o material coletado em recipiente proprio;
07 - Envolver a espatula em papel higienico, desprezando-a no lixo;
08 - Desprezar as luvas no lixo do banheiro;
09 - Identificar com esparadrapo o recipiente contendo as fezes, com: nome do paciente, numero do
quarto e leito;
10 - Encaminhar ao laboratorio;
11 - Lavar as maos;
12 - Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames;

18.4 - COLETA DE ESCARRO PARA EXAME

NORMAS

01 - E de responsabilidade da enfermagem a coleta de escarro para exame;
02 - O pedido de exame de escarro devera ser coletado com o paciente em jejum.

Material

Frasco proprio (plastico 200 ml),
Luvas de procedimento.

Tecnica

01 - Orientar o paciente quanto ao procedimento;
02 - Realizar ou solicitar que o paciente faca higiene oral com agua morna;
03 - Solicitar para o paciente escarrar no frasco previamente identificado com: nome do paciente, numero de quarto e leito;
04 - Encaminhar a amostra para o laboratorio imediatamente;
05 - Lavar as maos;
06 - Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.

18.5 - COLETA DE SANGUE PARA EXAME

Os exames mais comumente solicitados sao:
01 - Hemograma, (hematocrito) e hemoglobina, hemossedimentacao, tipagem sanguinea: Utilizando-se frascos com anticoagulante;
02 - Glicemia: Geralmente e utilizado frasco com fluoreto e oxalato;
03 - Ureia, creatinina, sodio e potassio, amilase, fosfatase alcalina etc.:Tudo simples;
04 - Hemocultura: Tubos com meio de cultura aerobico ou anaerobio.

NORMAS

01 - A responsabilidade de colher sangue para exame, pode ser tanto da enfermagem como do laboratorio,
dependendo da rotina do servico;
02 - O paciente deve ser orientado na vespera do exame quanto ao jejum, se necessario;
03 - A amostra de sangue deve ser encaminhada ao laboratorio imediatamente apos a coleta;
Material

Recipiente identificado,
Seringa e agulha apropriada,
Algodao embebido em alcool,
Garrote,
Luva de procedimento.

Tecnica

01 - Lavar as maos;
02 - Preparar o material;
03 - Explicar o procedimento ao paciente;
04 - Garrotear o braco;
05 - Fazer a anti-sepsia com o algodao embebido em alcool;
06 - Puncionar a veia e aspirar a quantidade necessaria de sangue;
07 - Soltar o garrote;
08 - Retirar a seringa com a agulha, comprimindo o local da puncao;
09 - Retirar a agulha da seringa e escorrer o sangue pelas paredes do recipiente;
10 - Se houver anticoagulante, movimentar suavemente o frasco para evitar a coagulacao;
11 - Enviar com a requisicao ao laboratorio, certificando-se de que o frasco esta

devidademente
identificado.

Leito Fechado
Faz-se leito fechado quando prepara a unidade para receber um paciente que deve ser arrumada aproximadamente 2 horas após ter sido feita a limpeza geral, permitindo arejamento do ambiente.

Material
- 2 lençóis;
- 1 lençol móvel, traçado, travessa ou forro;
- 1 impermeável;
- 1 colcha;

- toalhas de rosto e banho;
- fronha;
- cobertor;
- material acessório conforme a rotina do hospital (jarro, copo, bacias, comadre, cuba rim, etc.)

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Afastar a mesa de cabeceira;
- Colocar a cadeira aos pés da cama e sobre ela, o travesseiro e cobertor;
- Colocar a roupa no espaldar da cabeceira, observando a ordem em que será usada e empregando a técnica de dobradura - usar movimentos amplos, segurando a ponta superior e o lado mais próximo do lençol. Dobrar 2 vezes no sentido da largura (ponta com ponta).
Dobrar uma vez no sentido do comprimento e colocar na cadeira observando que as pontas fiquem no lado esquerdo (voltadas para a cama)

- Ordem na qual as roupas devem ser colocadas na cadeira
- Toalhas;
- Fronha;
- Colcha;
- Cobertor;
- Lençol de cima ou sobrelençol;
- Lençol móvel;
- Impermeável;
- Lençol de baixo.

- Pegar o lençol pelo lado direito e colocá-lo sobre o centro do colchão, de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;
- Ajeitar o primeiro lençol, prendendo-o por baixo e fazendo a dobra ao cobrir o canto.
- Colocar o impermeável a dois palmos de distância da cabeceira e depois o lençol móvel, prendendo por baixo do colchão;
- Estender o lençol de cima colocando a bainha rente ao colchão, na cabeceira da cama fazendo uma prega no centro, aos pés da cama (prega de conforto);
- Colocar o cobertor a 2 palmos da cabeceira, estendendo-o sobre o lençol.
- Colocar a colcha também a 2 palmos da cabeceira, fixando-a no cobertor e / ou lençol de cima com uma pequena dobra; - Rebater o lençol de cima sobre a colcha;
- Cobrir o travesseiro com a fronha e colocá-lo na metade da cama já pronta, observando

que a abertura da fronha fique voltado para o lado oposto da porta de entrada;
- Ajeitar as toalhas, se ficarem na cabeceira;
- Colocar a cadeira e a mesa de cabeceira no lugar;
- Virar as roupas aos pés da cama, cobrindo o canto, primeiro com o lençol de cima e cobertores e depois só com a colcha, cuidando sempre para não desfazer o que está pronto (segurar com uma das mãos e fazer a dobra com a outra);
- Passar para o outro lado da cama, dobrar a roupa para cima peça por peça;
- Completar a cama, continuando pelos pés e encerrando na cabeceira.
- Ajeitar os travesseiros;
- Verificar se está tudo em ordem e providenciar o material acessório conforme a rotina do hospital.

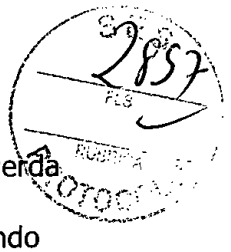


LEITO ABERTO
É aquela que está sendo ocupado por um paciente que pode locomover-se.

Material
- Devem ser levadas as peças de roupa que forem necessárias para troca.

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Colocar a cadeira aos pés da cama;
- Iniciar soltando o lençol de baixo;
- Afastar a mesinha-de-cabeceira;
- Colocar o travesseiro na cadeira;
- Fazer a dobradura da roupa com movimentos amplos já substituindo as peças necessárias;
- Colocar as roupas dobradas e em ordem de uso no espaldar da cabeceira, de modo que as pontas fiquem do lado esquerdo.
- Ao chegar no lençol de baixo remover as sujidades (sem agitar), dobrando-o e colocando na cadeira;
- Pegar a roupa pelo lado direito e colocá-la de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;
- Ajeitar o primeiro lençol deixando a bainha rente aos pés (se o lençol não for muito extenso), prendendo-o por baixo e fazendo a dobra ao cobrir o campo;
- Colocar o impermeável a 2 palmos de distância da cabeceira, e depois o lençol móvel prendendo-o por baixo do colchão;
- Estender o lençol de cima, colocando a bainha rente ao colchão na cabeceira da cama, fazendo uma prega no centro, aos pés da cama (prega de conforto);
- Colocar o cobertor a 2 palmos da cabeceira;
- Cobrir o cobertor com a colcha, fixando-a neste, através de pequena dobra, e rebater o lençol sobre a colcha;
- Recolocar a mesinha de cabeceira no seu lugar e colocar o travesseiro na metade da cama já pronta, com a abertura da fronha voltada para o lado oposto à porta de entrada;
- Ajeitar as toalhas na cabeceira;
- Fazer os cantos aos pés na cama;
- Endireitar a cadeira;
- Passar para o outro lado da cama, dobrar a roupa para cima, peça por peça.
- Completar a cama, continuando pela parte inferior e encerrando na cabeceira;
- Colocar o travesseiro no lugar;
- Fazer a dobra na roupa num ângulo de 90o, no lado que for melhor para o paciente;
- Lavar as mãos.
- Observações:
- Quando necessitar trocar as roupas, deixe-as já dobradas e na ordem de uso: colcha, cobertor, lençol de cima, lençol móvel, impermeável e lençol de baixo.

- As roupas de cama devem ser colocadas com as marcas para cima (se tiverem);
- Caso não haja hamper, improvisar o receptor de roupa usada. Não jogue a roupa no chão.
- O lençol móvel e o impermeável são dispensáveis para muitos pacientes. Também pode variar de posição, no leito, conforme necessidade.



Para Arrumar a cama em Duas
- Usar movimentos coordenados, dirigidos pela que se coloca a direita;
- Iniciar desmanchando pela cabeceira acabando pelos pés.
- Enquanto a da direita (1a) vira a cadeira e afasta a mesa-de-cabeceira, a da esquerda (2a) afofa os travesseiros e solta a colcha;
- Ao dobrar as roupas, a 1a segura as partes superiores e a 2a , as inferiores, fazendo com que as aberturas fiquem para a parte superior da cama;
- A seguir, faz-se pequena prega para que a 1a possa facilmente pegar a peça e colocá-la no espaldar da cadeira.
- A limpeza é feita cada qual no seu lado, sendo que a 1a limpa a cabeceira e a 2a os pés da cama;
- Após virarem o colchão, com movimentos sincronizados, procede a arrumação da cama.

Maneira de trocar as fronhas
- Colocar a fronha limpa pelo avesso;
- À medida que for retirando a fronha usada, ir colocando a limpa.

LEITO OPERADO
É feita para aguardar o paciente que está na sala de cirurgia ou em exame, sob anestesia

Material
- mesmo para cama fechada, acrescido de:
- Forro para cabeceira;
- Lenços de papel ou gaze;
- Cuba rim;
- Aparelho de pressão e estetoscópio;
- Bolas de algodão;
- Comadre (sendo homem, colocar-se papagaio)

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Providenciar a roupa de cama que deverá ser totalmente trocada;
- Dobrar a roupa e colocar na cadeira, em ordem de uso;
- Retirar a roupa de cama e fazer a limpeza;
- Colocar o lençol de baixo da mesma maneira que a cama simples;
- O impermeável com o lençol móvel poderá mudar de altura dependendo da cirurgia;
- Colocar as demais peças sem fazer os cantos;
- Nos pés, dobrar as roupas para cima deixando-as rente ao colchão;
- Enrolar ou dobrar tudo para o lado que melhor se adaptar à entrada do paciente.
- em tempo frio, colocar bolsa de água quente sob as roupas de cama, sem enrolá-las
- pode-se também dobrar em forma de leque no sentido da largura
- Na cabeceira, dobrar um forro em leque, colocando os travesseiros junto ao leito apoiados no beiral da cama;
- Deixar na mesinha só o material necessário para o paciente;
- Dependendo da cirurgia, providenciar frascos de drenagem, oxigênio, aspirador, suporte para soro.

100428

- OBS: Tem finalidade de:
- Proporcionar conforto e segurança ao paciente;
- Facilitar a colocação do paciente no leito;
- Prevenir a infecção.

TROCA DO LEITO COM PACIENTE

- É a cama ocupada por paciente que não pode se locomover.
- Deve ser feita evitando-se cansar o paciente, o qual deverá ser afastado sempre para o lado contrário àquele em que se está trabalhando. O paciente ficará em decúbito lateral ou dorsal, conforme sua preferência e estado.
- Em caso de doente grave, a troca de cama será feita com 2 pessoas, para evitar esforço demasiado do paciente e da enfermagem e obter andamento mais rápido do cuidado.
- Geralmente a arrumação da cama é feita durante o banho dado no leito, para evitar perda de tempo e de esforços.

Material

- 2 lençóis;
- 1 lençol móvel, traçado, travessa ou forro;
- 1 impermeável;
- 1 colcha;
- toalhas de rosto e banho;
- fronha;
- cobertor;
- material acessório conforme a rotina do hospital (jarro, copo, bacias, comadre, cuba rim, etc.)
- manequim.

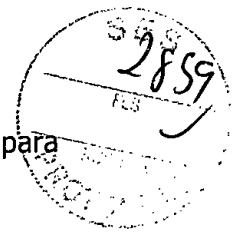
Assunto

- Conversar com o paciente sobre o cuidado;
- Preparar o ambiente, se necessário, colocar o biombo;
- Lavar as mãos;
- Organizar o material e trazer para próximo do paciente.
- Dobrar a roupa de cama necessária, colocando-a no espaldar da cadeira
- Deixar as roupas dobradas no sentido do comprimento facilita a colocação no leito;
- Desmanchar a cama, iniciando à esquerda do paciente, soltando o lençol de baixo;
- Dobrar os cobertores, deixando só o necessário com o paciente;
- Colocar o paciente para o lado esquerdo, dobrando sobre ele as roupas de cama;
- Ir retirando, gradativamente, o lençol móvel, o impermeável e o lençol de baixo, ao mesmo tempo em que se coloca os limpos sobre o colchão, fazendo os cantos e preparando-os;
- Passar o paciente para o lado já pronto;
- Continuar a retirada gradativa da roupa usada e colocação da limpa, fazendo os cantos;
- Colocar peça por peça, a roupa usada no hamper, deixando o impermeável ao lado;
- Trocar a fronha;
- Deixar o paciente confortavelmente no centro da cama;
- Trocar o lençol de cima evitando descobrir demasiadamente o paciente;
- Fazer os cantos aos pés da cama.
- Colocar a colcha;
- Dobrar o lençol sobre a colcha e finalizar fazendo o canto;
- Colocar ordem no material;
- Lavar as mãos.

- OBS: Tem finalidade de:
- Proporcionar conforto ao paciente pela mudança de roupa;

- Estimular a circulação pela mudança de posição;
- Observar o aspecto geral do paciente.

- 2o Método
- Virar o paciente em decúbito lateral.
- Ajustar a comadre na região.
- Virar o paciente sobre a comadre
- Lavar as mãos.



- Obs.: O ideal é forrar a cama com impermeável e sobre este colocar a comadre, para não molhar o lençol.

- Retirar Comadre
- Levar para a unidade do paciente o seguinte material:
- 1 jarro com água.
- 1 bacia pequena.
- Saco plástico para lixo.
- Papel higiênico.
- Luvas de procedimento.

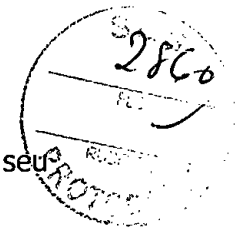
- Método:
- Lavar as mãos.
- Dar uma dobra em triângulo na roupa do leito.
- Calçar as luvas.
- Oferecer papel higiênico (colocar depois no saco plástico).
- Fazer higiene íntima.
- Retirar a comadre, ensinando o paciente a levantar o corpo ou virando-o em decúbito lateral.
- Cobrir a comadre e colocá-la na cadeira.
- Oferecer água para o paciente lavar as mãos.
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.
- Dar destino adequado aos dejetos.
- Lavar, desinfetar e guardar a comadre.
- Tirar as luvas e lavar as mãos.
- Observações:
- A comadre deve ser transportada coberta.
- Deve ser colocada e retirada o mais discretamente possível.
- Colocar a comadre com delicadeza (se possível, acolchoada ou aquecida).
- Quando necessário, cercar o leito com biombo.
- Deixar o paciente a sós, exceto nos casos graves ou pacientes muito enfraquecidos.
- Não deixar o paciente permanecer na comadre mais tempo do que o necessário, pois o equipamento pode traumatizar a pele.
- Ao retirar a comadre, cobri-la imediatamente.
- Sempre que o paciente fizer higiene sozinho, oferecer água e sabão para lavar as mãos.
- Lavar a comadre cuidadosamente, primeiro com água fria, a fim de não coagular as proteínas. A seguir, passar água quente.
- Observar fezes e urina com atenção, no que diz respeito ao volume, a consistência, cor, odor, presença de corpos estranhos. Se for acompanhada de dor ou esforço demasiado, anotar no prontuário.
- Após o uso, colocar no hamper os panos protetores da comadre.

Regina

- Colocar e Retirar Papagaio
- Método:
- Lavar as mãos

30/4/30

- Levar o papagaio para junto do paciente.
- Dar uma dobra em triângulo na roupa do leito.
- Entregar o papagaio (se o paciente estiver fraco e impossibilitado, ajudá-lo).
- Deixá-lo sozinho e colocar a campainha ao seu alcance.
- Depois de alguns minutos, trazer uma bacia com água para o paciente lavar as mãos.
- Levar o papagaio e a bacia para despejar, lavar e colocar em local apropriado.
- Lavar as mãos.



- Observações:
- Colocar o papagaio sobre a cadeira. Nunca no chão, na mesa de cabeceira ou no seu interior.
- Antes de oferecer o papagaio ao paciente, verificar se está em boas condições higiênicas, se não está furado, trincado ou com resto de urina.
- Massagem:
- Compressão manual, metódica dos tecidos corporais com finalidade terapêutica.
- Exercitando cotovelo:
- Mão do paciente apoiando na sua.
- Conduz a palma da mão em direção ao ombro.
- Retorne a posição neutra e volte novamente para o ombro, com mão para baixo.
- Punho: Posição neutra, para cima e para baixo.
- Joelho: com sua mão debaixo do joelho e tornozelo erga a perna em direção ao quadril e volte para o local, depois com a mão no tornozelo e outra sobre o joelho erga para cima o pé e perna, depois para dentro e para fora.

LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE OU DESINFECÇÃO CONCORRENTE
- É aquela feita diariamente para a manutenção da limpeza hospitalar.

Material
- 2 baldes;
- 1 rodo;
- 1 pano de chão;
- 1 par de luvas de borracha;
- 1 flanela;
- solução de álcool a 70%.

Assunto
- No preparo do leito (conforme técnica específica) deve-se retirar o pó com pano úmido e colocar os objetos do paciente em ordem.
- A desinfecção concorrente refere-se aquelas medidas que mantém limpo, a cada dia, o ambiente do paciente. Os funcionários da manutenção são treinados para implementar princípios de assepsia médica das seguintes maneiras:
- As áreas menos sujas são limpas antes daquelas demasiadamente sujas;
- Os pisos são limpos com esfregão umedecido, e os móveis tem o pó retirado com um pano úmido, evitando a distribuição de microorganismos através de correntes de ar empoeiradas.
- As soluções utilizadas para lavagem dos pisos são freqüentemente descartadas em vasos sanitários ou locais em que a água passa a ser logo embora;
- Elementos limpos jamais são colocados no chão.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO GERAL OU TERMINAL
- É feita após a saída do paciente por alta, transferência, óbito ou suspensão das medidas de isolamento.
- Nesta técnica existe a parte que compete a Enfermagem e a que é da alçada dos funcionários da limpeza, conforme rotina estabelecida.

MATERIAL

- Hamper ou saco plástico para roupa usada;
- Bandeja ou carrinho contendo:
- Jarra ou bacia com água e sabão, ou solução desinfetante (fenol sintético ou hipoclorito de sódio 0,5 a 1%);
- Panos ;
- Luvas de borracha;
- Óleo lubrificante.



ASSUNTO

- Separar e organizar o material;
- Colocar luvas de borracha;
- Desfazer o leito manipulando o mínimo possível a roupa usada;
- Colocar a roupa em saco plástico; hamper ou improvisar um saco de roupa usada com a colcha ou lençol
- A desinfecção dos cobertores na própria unidade do paciente, é polêmica. O mais correto é enviar os cobertores para lavanderia.
- Retirar os utensílios de uso do paciente levando-os para a desinfecção em local próprio.
- Levar a roupa usada e trazer o material para a desinfecção.
- Fazer a limpeza e / ou desinfecção dos equipamentos;
- Arejar a unidade;
- Testar a cremalheira da cama e colocar óleo, se necessário;
- Deixar a unidade e os materiais em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos.

- Observações:
- Equipe de limpeza
- funcionário da limpeza, com luvas e bota de borracha, deve:
- Recolher os resíduos, colocando-os em saco plástico;
- Fazer a limpeza de todo o mobiliário, mantendo as gavetas abertas até a sua secagem;
- Fazer limpeza e desinfecção do leito;
- Lavar paredes e pisos com água e sabão;
- Limpar o banheiro, fazer rigorosamente a desinfecção
- A Enfermagem deve avaliar se há necessidade de proceder a desinfecção de toda a unidade.
- Nas áreas necessárias, como isolamento e transplantes de medula, além das luvas e botas o funcionário deve usar máscara e avental.

USO DE EPI

ESTERILIZAÇÃO

É o processo pelo qual são destruídos todas as formas de vida microbiana (bactérias nas formas vegetativas e esporulados), utilizado no tratamento de artigos críticos mediante a aplicação de agentes físicos e químicos

ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS EM PRODUTO QUÍMICO

O uso de produtos químicos para a esterilização de artigos e instrumentais deve ser feito quando estes não puderem ser esterilizados pelos métodos físicos.
Ao se fazer a escolha de um determinado produto químico, deve-se observar que este

tenha as seguintes propriedades:

- Destruir os microorganismos em todas as suas formas (vegetativas e esporuladas), em temperatura ambiente;
- Ser estável, quando em solução por tempo prolongado;
- Não ser irritante e tóxico para os tecidos humanos;
- Não ser corrosivos para os metais e não alterar materiais de borracha e plástico.

São imprescindíveis algumas condições para eficácia da esterilização ou desinfecção por agentes químicos, como:
- Limpeza e secagem prévia dos materiais ou artigos a serem submetidos ao processo de esterilização ou desinfecção por agentes químicos;
- Submersão total dos artigos na solução. É fundamental que este recipiente seja mantido tampado durante o tempo exigido perante o processamento dos materiais e a validade do produto;
- Tempo de contato ou exposição do artigo a solução - esterilização = 8 a 10 h e desinfecção = 45 minutos;
- Os recipientes com as soluções químicas dever sr mantidos à temperatura ambiente e em local bem ventilado.

A retirada dos materiais da solução deve ser feita com técnica asséptica, após o que devem ser realizados vários enxágües com água esterilizada, para remover os resíduos do produto químico. Enxuga-los, usando compressas esterilizadas ou ar comprimido e acondiciona-los em invólucro estéreis, encaminhando-os ao uso imediato.
Segundo o Ministério da Saúde, os aldeídos são os principais ativos que possuem ação esporicida, garantindo a esterilização dos artigos.
São: gluteraldeído e formaldeído.

GLUTERALDEÍDO

O gluteraldeído é um dialdeído saturado,m cujo mecanismo de ação se dá pela reticulação das proteínas celulares, alterando suas funções.
Quanto à concentração, é apresentado em solução aquosa a 2%.
Esta solução possui pH ácido e neutro. Após a ativação, a validade da solução é de 14 a 28 dias.
Este agente apresenta uma série de vantagens, tais como: agir na presença de matéria orgânica, não corroer o material, não alterar os equipamentos de borracha e plásticos, e não danificar lentes de equipamentos.
Porém, é um produto irritante para olhos e vias respiratórias na concentração acima de 0,2 ppm no ambiente. É também irritante da mucosa e pele, podendo até provocar queimaduras químicas. Por isso, todo material que entra em contato direto com a pele e mucosa deve ser exaustivamente enxaguado.

ESTERILIZAÇÃO EM GLUTERALDEÍDO

É o processo de esterilização realizado através da imersão dos artigos em solução de gluteraldeído a 2%.
Artigos a serem submetidos:
- instrumentos metálicos;
- tubos de borracha, silicone, nylon, teflon ou PVC;
- componentes metálicos de endoscópios de alto risco (laparoscópio, ventriculoscópio, artroscópio, cistoscópio

Recomendações de uso:

a) Quanto aos artigos:

· Obter informações junto ao fabricante do artigo, para saber se o mesmo pode ser processado em gluteraldeído
· Materiais demasiadamente porosos como os látex podem reter o gluteraldeído, caso não haja bom enxágüe;
· Não misturar artigos de metais diferentes, pois pode haver corrosão eletrolítica se houver contato entre eles.

b) Quanto ao processo:
· Os gluteraldeído alcalinos ou neutros são menos corrosivos que os ácidos;
· Ativar os produto e/ou verificar se está dentro do prazo de validade para a utilização;
· Usar a solução em recipientes de vidro ou plástico, preferivelmente;
· Quando utilizar caixa metálica, proteger o fundo da mesma com compressa, evitando o contato com os artigos a serem processados;
· Manter os recipientes tampados.

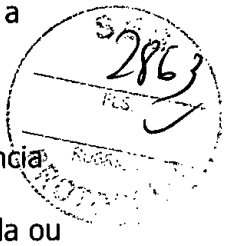
c) Quanto à validade da solução ativada em uso:
· Não deixar a solução em temperatura superior a 25ºC;
· Observar a realidade da solução de repetidos usos, por meio de fitas-teste, "kit" líquido ou similares. Utilizar teste específico para cada formulação. Os melhores testes são aqueles que dão como resultado uma concentração de até 1% de gluteraldeído;
· Na impossibilidade de fazer testes, observar o aspecto da solução quanto à presença de depósitos e quanto à alteração da coloração e pH. Nesta situação, descartar a solução, mesmo dentro do prazo de validade estipulado pelos fabricantes.

ROTINA PARA O PREPARO DO ARTIGO A SER ESTERILIZADO EM GLUTERALDEÍDO

- Desarticular os artigos termosensíveis que serão esterilizados
- Imergir os artigos em solução enzimática por 3 mim. Ou de acordo com informação do fabricante
- Lavar os artigos em água corrente, sabão e escova
- Após lavar, enxaguar em água corrente
- Secar o artigo em ar comprimido ou compressa estéril
- Preparar o recipiente para receber solução de gluteraldeído; (forrar o fundo da caixa metálica com compressa estéril)
- Colocar máscara e luvas estéreis para imergir os artigos em técnica asséptica em solução de gluteraldeído
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias com o auxílio de seringa se necessário, evitando formação de bolhas de ar
- Fechar a caixa metálica, esperando o tempo de exposição indicado, sendo 45' para desinfecção e 8 a 10 h para esterilização. Obs: cobrir material imerso com compressa estéril
- Fazer um rótulo colocando o que é, o que colocou e sua validade e pregar na tampa da caixa
- Terminando o tempo de imersão desejado, retira o artigo da caixa em técnica asséptica utilizando máscara e luvas estéreis
- Enxaguar o artigo, inclusive o interior das tubulações, com água esterilizada e técnica asséptica. É recomendado múltiplos enxágües para eliminar os resíduos do produto
- Secar externamente os artigos, com técnica asséptica, compressa estéril ou ar comprimido
- Acondicionar o artigo processado em recipiente ou invólucro adequado e estéril e destinar ao uso imediato.

Observação:

- O enxágüe e a secagem estéreis são obrigatórios
- Os artigos devem ser esterilizados imediatamente após o uso e não podem ser estocados, mesmo em recipientes estéreis sob risco de contaminação do material
- Deve-se ter cuidado ao manusear a solução, pois se cair uma gota sequer de água a solução perde sua valia
- A solução tem validade de 14 a 28 dias
- Observar odor, cor, cheiro e presença de resíduos
- É preferível o uso de caixa plástica no acondicionamento dos artigos, mas na ausência desta pode-se usar caixa metálica
- Antes de manipular os artigos deve-se enxaguar as luvas estéreis em água destilada ou soro fisiológico
- O primeiro artigo a ser utilizado no dia deve ser esterilizado



DESINFECÇÃO

É o processo físico ou químico que destrói todos os microorganismos, exceto os esporulados.
Existem três tipos de desinfecção:

a) Desinfecção Alto Nível - quando os desinfetantes são eficazes contra todas as formas vegetativas, destroem uma parte dos esporos quando utilizados entre 10 e 30 minutos. Ex: material de inaloterapia e oxigenoterapia.

b) Desinfecção Médio Nível - quando os desinfetantes não destroem esporos, tem ação sobre o bacilo da tuberculose, ampla ação sobre vírus e fungos, mas não destroem, obrigatoriamente, todos eles.

c) Desinfecção Baixo Nível - quando os desinfetantes têm atividade contra bactérias vegetativas, mas não destroem esporos. Ex: Colchões, mesas, etc.

DESINFECÇÃO POR MEIO QUÍMICO LÍQUIDO

- Imergir o artigo em solução desinfetante recomendada ou realizar fricção com pano embebido. Na impossibilidade de imersão:
- Utilizar EPI e, no manuseio de produtos garantir farta ventilação do local;
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias, evitando formação de bolhas de ar;
- Observar e respeitar o tempo de exposição ao produto, de acordo com o recomendado para cada tipo;
- Manter recipientes tampados durante o processo dos artigos e a realidade do produto;
- Enxaguar artigos submetidos aos produtos, inclusive o interior das tubulações, com água potável ou água esterilizada de acordo com a criticidade dos artigos.

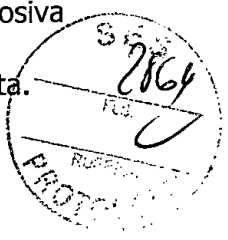
HIPOCLORITO DE SÓDIO

Indicações de Uso:
· Desinfecção de nível médio de artigos e superfícies;
· Descontaminação de superfícies;

Tempo de Exposição para:
- Desinfecção de superfícies da unidade de diálise, hemodiálise, banco de sangue, laboratórios e qualquer superfície contaminada = 10 minutos, com 1% de cloro ativo.
- Desinfecção de lactários, cozinhas, depósitos de água, bebedouros, material de

inaloterapia e oxigenoterapia não-metálicos = 60 minutos, em 0,02% de cloro ativo.
- Descontaminação d superfícies = 10 minutos, em 1% de cloro ativo.

Recomendações de uso:
- O uso deste produto é limitado pela presença de matéria orgânica, capacidade corrosiva e descolorante;
- Quando preparado pela farmácia do hospital, deve possuir técnica de preparo escrita. Deve ser efetuado o controle da qualidade da matéria-prima e da solução;
- Quando adquirido externamente, deve estar assegurada a qualidade do produto.
- Os artigos submetidos até a concentração de 0,02% não necessitam de enxágüe.
- As soluções devem ser estocadas em lugares fechados, frescos, escuros (frascos opacos);
- Não utilizar em metais e mármores pela ação corrosiva.



ROTINA DE DESINFECÇÃO DE ARTIGOS EM HIPOCLORITO DE SÓDIO

- Desarticular os materiais termosensíveis que passarão pela desinfecção;
- Imergir os artigos em solução enzimática por 3 minutos, ou de acordo com recomendações do fabricante;
- Lavar os materiais em água corrente com sabão e escova
- Após lavar, enxaguar em água corrente
- Secar os artigos em ar comprimido ou compressa estéril
- Colocar máscaras e luvas para imergir os artigos na solução de hipoclorito de sódio
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias
- Fechar o recipiente onde os artigos estão imersos, respeitando o tempo de exposição indicado, sendo 30 minutos para concentração de 1% e 60 minutos para concentração de 0,02%
- Terminando o tempo de imersão desejado, retirar o artigo do recipiente em técnica asséptica utilizando máscaras e luvas estéreis
- Enxaguar os artigos imersos na concentração de 1% em água estéril
- Secar os artigos em ar comprimido ou compressa estéril
- Acondicionar o material processado em recipiente ou invólucro adequado e estocar em local limpo, seco e fechado

Observação:

· Na falta de água destilada, os artigos podem ser enxaguados com soro fisiológico.

Gregina

00436

1. DEVERES DO VISITANTE
2. PROIBICÕES AOS VISITANTES
3. COMPETENCIA DO RESPONSAVEL TECNICO
4. ROTINA DO AXILIAR E TECNICO DE ENFERMAGEM UCUIDADOS BASICOS
5. ROTINA DE SERVIÇOS SETOR ENFERMAGEM DIUNO DO HGG
6. ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM NOTURNO DO HGG
7. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMAGEM

7.1 LAVAGEM DAS MÃOS

7.2CONTROLE DE SINAIS VITAIS

7.2.1 TEMPERATURA

7.2.2RESPIRAÇÃO

7.2.3 PULSO

7.2.4 PRESSAO ARTERIAL

8 HIGIENE E CONFORTO

8.1 HIGIENE ORAL

8.2 BANHO DE LEITO

8.3 HIGIENE DO COURO CABELUDO

8.4HIGIENE INTIMA

8. PREVENÇÃO DE ULCERA DE PRESSAÕ

9 CURATIVOS

10RETIRADA DE PONTOS

11 TRICOTOMIAS

11 PRINCIPIOS BASICOS DO PREPARO E ADMINISTRAÇAO DE MEDICAMENTOS

12 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDIVAMENTOS

13 VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

13.1 VIA ORAL

13.2 VIA PARENTERAL

13.3VIA INTRADERMICA

13.4 VIA SUBCUTANEA

13.5 VIA INTRAMUSCULAR

13.6 VIA ENDOVENOSA

14 PREPARO DE MEDIVAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO PARENTERAL

15 OXIGENIOTERAPIA

15.1 CATETER NASAL

15.2 NEBULIZAÇÃO

15.3INALAÇÃO

15.4TENDA

16 LAVAGEM INTESTINAL

16.1 FLEET ENEMA

17 SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

17.1 PROCEDIMENTO DE SONDAGEM VESICAL MASCULINA

15.2 PROCEDIMENTO DE SONDAGEM VESICAL FEMININA
15.3 SONDAGEM VISICAL DE ALIVIO
17 ADMINISTRAÇÃO DE DIETA / MEDICAÇÃO POR SONDA
18 ARUMAÇÃO DE CAMA ABERTA
19 ARUMAÇÃO DE CAMA COM PACIENTE OPERADO
TECNICAS ASSÉPTICAS
LIMPEZA DIARIA OU CONCORRENTE OU DESINFECÇÃO CONCORRENTE
16 LAVAGEM DAS ALMOTOLIAS
LIMPEZA GERAL OU TERMINAL
PRATICAS DE ASSEPSIA MEDICA
ACONDICIONAMENTO DE LIXO
CRIAÇÃO DE UM CAMPO ESTERIL E ACRESCIMO DE ITENS ESTERILIZADOS AO CAMPO
ABERTURA DE UM CAMPO ESTERILIZADO MANUSEIO DE MATERIAL ESTERILIZADO
EMPACOTAMENTO DE MATERIAS
SONDA NASO GASTRICA
TECNICAS
21 LAVAGEM E DESINFECÇÃO DE COMADRES E PAPAGAIOS
22 VERIFICAÇÃO DE DESRTOTICX
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
MENSURAÇÃO DE PRESSAÃO ARTERIAL
CARACTERISTICAS DE UM CURATIVO BEM FEITO
RETRADA DE PONTOS
ATADURAS
COLETA DE URINA PARA EXAMES
COLETA DE FEZES
LIMP
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OSTOMIAS
TECNICA DE LIMPEZA DE BOLSA DRENAVEL
TECNICA DE LIMPEZA DE BOLSA DE DUAS PEÇAS
PASSAGEM DE PLANTÃO
RECEBIMENTO DE PLANTÃO
CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE

APRESENTAÇÃO

Este manual de técnicas e procedimentos básicos em enfermagem tem por objetivo :

- Fornecer um roteiro de trabalho para que os elementos da equipe de enfermagem possam prestar uma assistência com segurança ,agilidade e respeito aos princípios científicos;
- Prevenir ou diminuir a infecção hospitalar ou respeitar as técnicas asséptica;
- Evitar erros e acidentes provocados por falta de atenção, de conhecimento ou

03 COMPETENCIA DO RESPONSAVEL TECNICO DO HGG

- Coordenar as atividades de enfermagem
- Supervisionar e orientar as atividades de enfermagem
- Elaborar normas gerais e procedimentos de enfermagem
- Diagnosticar a situação dos serviços de enfermagem quanto a demanda e atendimento aos pacientes
- Formular normas e rotinas para curativos e cuidados básicos de prevenção de doenças
- Estabelecer requisitos mínimos para o exercício das funções de enfermagem
- Avaliar normas e rotinas para assegurar a eficácia na prestação de serviços de enfermagem
- Desempenhar outras funções afins
- Determinar atribuições do pessoal de enfermagem
- Aplicar normas de bio segurança
- Identificar os determinantes e condicionadores do processo saúde doença
- Promover prevenção de doenças e fraturas
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente
- Inteirar se das medicações e material existente na instituição
- Cumprir normas de prevenção , de condutas em exposição ocupacional a material biológico, ou qualquer outro agente químico e físico que ofereça perigo a saúde dos pacientes e funcionários
- Elaborar programa de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde (pgrss) segundo determinação da vigilância de saúde municipal
-

1. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMAGEM – ROTINA DO TECNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO HGG

- Receber do colega os pacientes do setor , tomando conhecimento das ocorrências .
- Fazer leitura do livro de plantão ou relatório geral .
- Obedecer a escala diária de leitos .
- Fazer anotações claras e legíveis de todos os cuidados prestados e de todas as observações feitas , assinado no fina as mesmas .
- Cumprir rotinas estabelecidas .
- Atender sempre as chamadas dos pacientes .
- O enfermeiro noturno de 1 em 1 hora repassar todos os leitos
- Higiene oral e corporal
- Mudança de decúbito
- Prevenção e tratamento de ulcera de pressão
- Lavagem intestinal
- Aspiração oral e traqueal
- Verificação de sinais vitais (na rotina , na admissão ,no pré e pos operatório alem da assistência em parada cardio respiratoria) .

- Tricotomias
- Preparo de medicamentos
- Preparo para exames específicos
- Instalação de O2 com cateter nasal
- Coleta para exames
- Fornecimentos de comadres e patinhos e encaminhamento dos mesmos para higienização
- Obervaçao e registro do aspecto das eliminações
- Auxilio nas pequenas cirurgias – traqueostomia e punçao veia profunda
- Auxilio ao paciente em todas as funções que ele não consegue executar sozinho , tais como :comer, locomover ,comunicar se ,banho etc
- Conservar todo o material da unidade
- Comunicar o RT a falta de qualquer material ou medicação e as intercorrencias
- Participar de cursos , trabalhos e pesquisas realizadas na instituiçao .
- Em serviço noturno obedecer as escalas de descanso
- Participar de reunioes com a chefia sempre que for possível
- Verificar prescrições e anotações dirias
- Fazer a burocracia pertinente as admissões , óbito ,altas e transferência
- Observar e orientar os pacientes sobre exames a serem feitos .
- Controlar gastos de material de consumo e medicamentos
- Orientar ,supervisionar e participar de :prevenção de ulceras troca de curativos ,preparo medicações e administração
- Assistência a parada cardio respiratória
- Manter o material sempre limpos e no local determinados , após o uso
- Supervisionar , orientar e preparar o material para ser esterilizado
- Acompanhar o fisioterapeuta, médico ou qualquer outro profissional em cuidados e técnicas especiais , aproveitando para o aprimoramento de técnicas
- Colaborar na avaliação das normas e rotinas
- Avaliar e coordenar as atividades e o desempenho da equipe auxiliar (higienistas).
- Fazer controle dos psicotrópicos
- Fazer curativos
- Estar a par de todos os acontecimentos do plantão
- Levar ao conhecimento da chefia todos os acontecimentos do plantão relacionados a pacientes , funcionários ,aparelhos e materiais
- Inteirar se das medicações e materiais existentes na instituição
- Quando óbito ,preparar o corpo e anotar causa mortis

Regina

ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM DO HGG

PLANTAO DIURNO

- 7.00 horas , troca de plantão

- 7.15 horas , café da manhã do enfermeiro
- 7.15 a 7.30 horas , preparo de medicação
- 7.30 horas servir café para pacientes que estão no refeitório e servir aqueles que o café é servido na cama e aqueles que necessitem de assistência , preparar e servir dietas especiais
- 8.00 horas inicio dos banhos dos acamados e todos aqueles que precisem de assistência – higiene oral e corporal (creme hidratante após banho)
- saidas para consultas ou exames quando necessário
- banho de sol por 30 minutos logo em seguida o termino do banho do paciente (não ultrapassar o tempo de permanência no sol)
- administrar medicação
- 10.00 horas hidratação ; água ou suco ou chá para todos os idosos deambulantes ou não (é obrigatório que todos os pacientes tenham esta primeira ingesta de água , usar psicologia e jeito especial para convencer os senis e esquisofrenicos .
- curativos
- 11.00 horas conduzir idosos para refeitório
- a 12.00 horas servir almoço e dietas especiais , dar na boca daqueles que não conseguem comer sozinhos , oferecer água e fazer higiene oral , troca de fraldas antes de deitar pacientes de cadeira de rodas
- medicação pertinemte a este horário
- 12.30 a 13.30 horio almoço do enfermeiro (se intercorrencias o horário de almoço do enfermeiro acaba ou as vezes nem tem)
- 13.30 momento de oração sala da coordenação
- a partir das 13.30 : cuidados com barba (caso não foram feitas durante o banho), unhas e cabelos
- verificar sinais vitais pertencentes a cada plantão e fazer as devidas anotações
- curativos
- circular com freqüência nos quartos , corredores , refeitorioe banheiros
- levar pacientes ao banheiro quando solicitado
- fazer triagem constante de todos e fornecer informação para medico e fisioterapeuta
- fazer higienizaçao e desinfecção do materal de curativos , embalagem ,datar e assinar (para esterilização durante plantão noturno)
- fazer higienização dos kits de banho e repor material nos mesmos
- 14.00 horas troca de fraldas e levantar pacientes de cadeira de rodas e conduzi los para refeitorio
- 15.00 horas servir lanche da tarde e administrar medicação
- nos dias da visita do medico : auxiliá lo nas avaliações com uma triagem prévia , ver receitas especiais etec
- 15.30 lanche do enfermeiro (não deve ultrapassar 15 minutos
- saídas para consultas ou exames
- hiegienizar , empacotar etiquetar e assinar material de curativos

- 16.00 hidratação para todos os idosos , acamados ,deambulantes e de cadeira de rodas
- verificar e repor medicamentos nos escaninhos - nunca deixar medicação acabar por completo , antes disso anotar no caderno próprio para esse fim e passar para a coodenadoria providenciar a compra dos mesmos
- desinfecção e reposição de material nos kits de banho
- daidas para consultas ou exames conforme agendamento
- triagem diária de todas as intercorrencias para o responsável técnico , inclusive se este não estiver no hoariro de seu plantão ligar parasua residência ou celular se ocorrência grave ou se qualquer duvida quanto ao quadro clinico do paciente
- qualquer ocorrência de queda ou emergência acionar imediatamente a MEDLAR
- verificar se paciente de cadeira de rodas estão confortáveis e se preciso fazer mudança de decúbito da cadeira de rodas para o sofá etc
- levar paciente ao banheiro e fazer trocas de fraldas quando necessario
- 17:00 conduzir todos para o jantar
- 17:00 AS 17:30 servir o jantar e dietas especiais
- oferecer água e fazer higiene oral antes de levar pacientes pra a cama
- 18:00 conduzir pacientes para a cama
- troca de fraldas
- medicação
- pegar roupas na rouparia e distribuir para o banho do dia seguinte ,
- 18:30fazer relatório
- 19:00 passagem de plantão

ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM DO HGG

PLANTAO NOTURNO

- 19:00horas recebimento do plantão
- 19:30 preparar a medicação
- 20:00 administrar medicação
- 20:30 preparar e servir lanche e dietas especiais
- fazer oração antes do lanche
- lavar utensílios e talheres usados no lanche
- 21:00 horas oferecer água após ceia;
- aferir pressão dos hipertensos ou monitoramento requerido de casos especiais
- 23:00 fazer trocas de fraldas
- 24:00 horas medicação se houver e troca de fraldas
- 1:00as 2:00 horas descanso do enfermeiro
- a cada 15 dias , verificar vencimentos de medicações de doação , fazer etiquetas(com nome do paciente,nome do medicamento e posologia) e colar nas caixas devidamente encapadas(segundo recomendação da vigilância. sanitária)

- circular a cada 01 hora nos quartos , corredores e banheiros , observando e atendendo as necessidades dos pacientes;
- fazer trocas de fraldas quando necessário;
- 4:30 horas inicio de banhos pré estabelecidos em pacientes
- entregar roupas para o banho matinal(reter roupas de pacientes que requeiram supervisão do plantão diurno
- verificar agenda : se tiver consultas ou saidas para exames as 7:00dar banho no paciente e deixá –lo arrumado ; independente da escala de banhos do plantão noturno ;
- 6:00 horas preparar medicação
- fazer estilização do material de curativo previamente empacotado e etiquetado pelo plantão diurno
- 6:30horas administrar medicaçao
- Terminar o relatório
- qualquer intercorrencia ou queda de pacientes acionar a MEDLAR
- 7:00 passagem de plantão

7 TECNICAS DE CUIDADOS BASICOS EM ENFERMAGEM

LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos devem ser lavadas antes e depois de todo e qualquer procedimento . E a lavagem das mãos o cuidado que evita infecção cruzada , ou seja , a veiculação de micro organismos de um paciente para o outro ; de um paciente para o profissional ; de utensílios permanentes para o profissional ou para o paciente (camas ,telefone , etc .)

A lavagem das mãos tem por finalidade :

- Diminuir o numero de micrrganismos;
- Eliminar sujidades ,substancias tóxicas , e medicamentos ;
- Evitar dissiminaçaõ de doenças ;
- Proteger a saude do profissional .

TECNICA

Material :

- Sabão de preferência liquido e toalha de papel .
- Abrir a torneira ;
- Molhar as mãos ;
- Passar o sabão
- Friccionar bem ;passar as mãos ensaboadas na torneira
- Conservá la aberta
- Proceder assim :
- Palma com palma ; palma com dorso ; dorso na palma (incuso os dedos) ; ponta dos dedos s em concha e vise versa ;polegares ; costas das mãos ; unhas .
- Enxaguar ;

imperícia ;

- Proporcionar conforto e segurança ao paciente ;
- Economizar material , tempo e esforço ;

Para racionalizar e melhorar a prestação do cuidado ao paciente , a enfermagem deve estar atenta a quatro princípios fundamentais :

1. paciente : considerá–lo dentro do seu contexto biopsico- espiritual, orienta-lo antes de qualquer procedimento e, quando necessário, determinar prioridades no atendimento,observar sinais e sintomas, promover condições de privacidade e segurança , colocá –lo em posição confortável ,mas compatível , para uma melhor execução do procedimento;
2. ambiente :mantê - lo limpo , em ordem , arejado , em ordem ,iluminado , sem odor forte ou desagradável , sem ruídos desnecessários ;
3. procedimento : adaptá–lo á realidade , lavar as mãos antes de depois do ´procedimento , selecionar e organizar o material necessário , respeitara seqüência e os princípios científicos da técnica , observar o tempo gasto na execução e, deixar o paciente confortável e providenciar a limpeza e ordem do material e ambiente :
4. anotação de enfermagem : anotar todos os cuidados prestados e observações feitas;
5. profissional : trabalhar mantendo uma postura correta , agir com segurança e rapidez , transmitir confiança , executar o trabalho com atenção , cumprir as normas da ética profissional , apresentar – se de forma discreta , com adequada higiene pessoal , unhas curtas e limpas .

01 DEVERES DO VISITANTE

- Respeitar as norms e rotinas da instituição
- Apresentar se no horário estabelecido
- Retirar se no horário estabelecido

02 PROIBIÇOES AOS VISITANTES

- Trazer doces , balas , cigarros , medicamentos para pacientes
- Fumar nas dependências da instituição
- Envolver com assuntos alheios , conduta medica , procedimentos de enfermagem ou constitucional
- Sentar nas camas dos pacientes
- Utilizar aparelho telefônico da instituição
- Deixar qualquer material ou medicamento de uso domiciliar que seja junto ao paciente sem a aprovação da coordenação

Regina

100444

- Com a maoo em concha , jogar água na tornerira;
- pegar papel toalha ;
- secar as mãos ;
- com o papael fechar a torneira.



7.2CONTROLE DE SINAIS VITAIS

7.2.1 Temperatura

a temperatura corporal é o equilíbrio entre a produção e perda de calor do organismo ,mediado , pelo centro termo regulador . pode ser verificada na região axilar , inguinal , bucal ou retal .

a axilar e a mais fidedigna e o seu valor varia no adulto entre 36 e 37,8 ºc .

Terminologia básica:

- febre ou pirexia ; aumento patológico da temperatura corporal ;
- hipertemia ou hiperpirexia ; ellevaçao da temperatura do corpo ou de uma parte do corpo acima do valor normal ;
- hipotermia ou hipopirexia : dedução da temperatura do corpo ou de uma parte do corpo abaixo do valor normal:

722. temperatura axilar:

- lavar as mãos :
- explicar para o paciente o que vqi ser feito :
- fazer desinfecção do termômetro com algodão e álcool a 70 %e certificar que a coluna de mercurio está abaixo de 35 ºc;
- enxugar a axila do paciente com a roupa do pacinte (a umidade abaixa a temperatura da pele, não dando a temperatura real);
- colocar o termômetro com vreservatorio de mercúrio no côncavo da aaxila,não em contato direto coma pele;
- pedir ao paciente para comprimiir o bralo de encontro ao corpo ;
- após 5 minuto retirar o termômetro , ler e anotar a temperatura ;
- faxer a desinfecção do termômetro em algodão embebido em álcool e sacudi lo suidadosamenteem movimentos circulares ate que a coluna de mercúrio volte abaixo de 35 ºc :
- lavar as mãos:

Contra indicaçao :furunculose pessoas muito magras ou fracas .

7.2.3 temperatura inguinal :o método é o mesmo variando o local :o termômetro é colocadod na região inguinal ;

- é mais comumente usado em crianças (manter a coxa flexionada sobre o abdomem .

Temperatura Bucal :

- lavar as mãos ;
- explicar ao paciente o que será feito ;
- colocar o termômetro sob a língua do paciente , recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechadapoe 7 minutos ;
- retirar o termômetro limpar com algodão embebido em álcool e anotara temperatura , escrevendo a letra B para indicar local onde foi verificado ;
- fazer o mercúrio descer e lavar com água e sabão ;
- não verificar temperatira bucal de paciente senil , em delírio ou esquisofrenico , inconsciente ou que tenha feridas na boca ;
- é contra indicado verificação de temperatura bucal após ingrsta de alimentos gelados oou quentes :
- o termômetro deve ser individual ;

Temperatura Retal:

- lavar as mãos ;
- caçar as luvas ;
- colocar o paciente em decúbito lateral :
- lubrificar o termômetro com vaselina ou óleo e introduzir 2cm pelo reto ;
- retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura ;
- desinfettar o termômetro com algodão embebido em acoola 70 %
- fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão
- retirar as luvas ;
- lavar as mãos;
- anotar a leitura feita com umR na frente para indicar o local verificado;

8 Pulso

É a onda de expansão e contração das artérias , resultantes dos batimentos cardíacos . na palpaçao do pulso , verifica se freqüência , ritmo e tensão . O numero de pulsações normais no adulto é de aproximadamente 60 a 80 batimentospor minutos .

As artérias mais comumente usadas são : radial , carótida , temporal ,femural , poplítea ,pediosa .

Terminologia básica :

- Taquicardia ou taquisfigmia : pulso acima da faixa normal (acelerado);
- Bradicardia ou bradisfigmia ; pulso abaixo da faixa normal (freqüência cardíaca baixa) ;
- Puldo filiforme , fraco , débil : termos que indicam redução da força ou volume do pulso periférico .
- Pulso irregular : s intervalos entre os batimentos são irregulares ;
- Pulso dicrotico : dá aimpressao de 2 batimentos .

Técnica :

- Lavar as mãos ;

- Explicar ao paciente o que será feito ;
- Manter o paciente confortável deitado ou sentado , o braço apoiado na cama ou colo ou mesa e coma palma da mão voltada para baixo ;
- Colocar os dedos indicador e anular sobre a artéria , fazendo leve pressão , suficiente para sentir a pulsaçao ;
- Procurar sentir bem opulso antes de começar a contagem;
- Contar os batimentos durante 01 minuto ;
- Anotar no papel;
- Lavar as mãos;
- Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a pulsação do paciente;
- Aquecer as mãos para verificar o pulso;
- Não fazer pressão sobre a artéria, pois isso pode impedir de sentir os batimentos do pulso.

Respiração

E o ato de inspirar e expirar promovendo a troca de gazes entre o organismo e o ambiente.

A freqüência respiratória normal do adulto oscila entre 16 a 20 respirações por minuto. Em geral, a proporção entre freqüência respiratória e ritmo de pulso é, aproximadamente de 1:4. Ex. R: 20 / P: 80.

Terminologia básica:

- Taquipnéia ou polipneia: aumento da respiração acima do normal;
- Bradipneia: diminuição do numero de movimentos respiratórios;
- Ortopnéia: respiração facilitada em posição vertical;
- Respiração ruidosa; estertorosa: respiração com ruídos semelhantes à cachoeira;
- Respiração laboriosa: respiração difícil envolve músculos acessórios;
- Respiração sibilante; com sons que assemelham a assovios;
- Respiração de Cheyne –Stokes : respiração em ciclos , que aumenta e diminui, com períodos de apnéia;
- Respiração de Kussmaul; inspiração profunda, seguida de apnéia e expiração suspirante. Característica de acidose metabólica (diabética) e coma .
- Dispnéia: dor ou dificuldade de respirar (falta de ar).

Técnica

- Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante um minuto;
- Anotar; lavar as mãos;
- Não permitir que o paciente fale;

- Não contar a respiração logo após esforços do paciente.

Pressão arterial

E a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. A pressão (PA) depende da força de contração do coração, da quantidade de sangue circulante e da resistência dos vasos.

Ao medir a PA consideramos a pressão máxima ou sistólica, que resulta da contração dos ventrículos para ejetar o sangue nas grandes artérias; e a pressão mais baixa ou diastólica, que ocorre assim que o coração relaxa.

A pulsação ventricular ocorre em intervalos regulares;

A PA é medida em mmHg;

Difícil definir exatamente definir o que é pressão arterial normal. Fatores constitutivos e ambientais interferem na PA. Aumenta com a idade e é considerada normal para o adulto entre 130/80, 130/70, 120/80, 120/70.

Terminologia básica:

Hipertensão: PA acima da média (mais de 150/90)

Hipotensão: PA inferior a média (menos de 100/60)

PA convergente: quando a sistólica e a diastólica se aproxima (120/100)

PA divergente: quando a sistólica e diastólica se afastam (120/40)

Técnica:

- Explicar ao paciente sobre o cuidado a ser executado;
- Lavar as mãos;
- Manter o paciente deitado ou sentado, com o braço apoiado ao nível do coração;
- Deixar o braço descoberto, evitando compressão;
- Colocar o manguito 2 cm acima da prega do cotovelo (fossa cubital) prendendo-o sem apertar demasiado ou muito frouxo;
- Não deixar as borrachas se cruzarem pois produzem ruídos;
- Colocar o marcador de modo que fique bem visível;
- Localizar com os dedos a artéria braquial na dobra do cotovelo;
- Colocar o estetoscópio no ouvido (curvatura voltada para frente) e o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial;
- Palpar o pulso radial;
- Fechar a válvula de ar e insuflar rapidamente o manguito ate o desaparecimento do pulso radial (pressão sistólica);
- Deve ser inflado 20 a 30mmHg acima do ponto de desaparecimento do pulso radial;
- Apoiar o diafragma do estetoscópio e abrir a válvula vagarosamente;
- Observar no manômetro o ponto em que são ouvidos os primeiros batimentos ou sons

SES 2816 FLS PROCOLO

de Korotkoff (pressão sistolica);

- Observar o ponto em que o som foi ouvido por ultimo ou sofreu uma mudança nítida (pressão diastolica), desaparecimento dos sons de Korotkoff;
  Retirar todo ar do manguito removê-lo e deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar os valores;
- Colocar o material em ordem, limpar as olivas auriculares com algodão embebido em álcool.

8– HIGIENE E CONFORTO

Higiene é todo o cuidado ou pratica que promovam a saúde através da limpeza pessoal .Inclui: banho, higiene oral ,dos cabelos, limpeza das unhas e sistema tegumentar (pele ,cabelos, unhas e mucosas).

CONFORTO

Proporcionar conforto é uma das funções primordiais da enfermagem .

O paciente deve ser atendido como pessoa humana, isto é ,levar em consideração os vários problemas que ele apresenta , afim de proporcionar –lhe melhores cuidados .

Desconforto pode ser psicológico,espiritual ou físico .

Como causas de desconforto psicológico , podemos citar :

- Saudades da família;colidao ;
- Preocupações financeiras;
- Mudança dos hábitos ,como restrição da liberdade;
- Falta de atençoão da equipe medica e enfermagem;
- Receio de sua não reabilitação ;
- Medo do diagnostico , da dor, do desconhecido ;
- Exposição do próprio corpo;

Para diminuir essa situação é importante :

- Conhecer o paciente pelo nome , apresentá-lo nominalmente á equipe de enfermagem , usar crachá para que ele saiba identificar nominalmente o pessoal que o atende , conversar com ele ,esclarecê-lo , orientá-lo, encorajá-lo,saber de seus problemas .
- Ser discreta com relação a sua moléstia ;
- Respeitar a sua individualidade;
- Procurar ao maximo ,satisfazer suanecessidadee promover passatempos;
- Não expor o paciente mais que o necessário ;
- Avaliar rotinas pré – estabelecidas, visando o bem estar do paciente ;

- Desconforto espiritual e sentido por muitos pacientes;pela dificuldade de ir a igreja e pela falta de isolamento para fazer suas orações ;

8.1 CUIDADOS HIGIENICOS

Apele sadia e integra é a primeira barreira contra infecção e a lesão de tecido subjacentes. O banho e os cuidadosde higiene pessoal, são hábitos importantes em todas as culturas.Quando um individuo está doente ,ele muitas vezes depende dos outros para ajudá – lo em sua higiene pessoal já que não pode realizar sozinho .Logicamente isso ameaça o amor próprio . Precisar de alguém para cuidar de sua higiene é constrangedor ea maioria das pessoas encara o fato como embaraçoso . Freqüentemente o paciente hesita em ajuda e saua angustia Poe ter que pedir soma –se ao sofrimento físico . Toda essa situação pode se reverter se o auxilio se antecipar as necessidades do paciente , ajudando – o de forma positiva e completa .

A pessoa doente apresenta uma diminuição da resistência a infecçao ; conseqüentemente a resistencia de baccterias patogênicas em seu ambiente constitui um risco constante a infecçao . o fato de mantê lo sempre limpo livres de produtos de excreção e secreção ,eliminam muitas substancias nas quais essas bactérias se reproduzem . alem disso as medidas de higiene ajudam o paciente a sentir-se confortavel e relaxado.

8.1 .2– Higiene Oral (Boca e Dentes)

A higiene oral é um fator essencial para manutenção e prevenção do aparecimento de infecção na boca. A higiene oral compreende : limpesa dos dentes ,gengivas ,bochechas ,língua e lábios.

A higiene oral deve ser feita:

- Pela Manhã
- Após as refeições e/ou quando necessário.

Finalidades:

- Limpeza e conservação dos dentes.
- Prevenir estomatite e outras infecções.
- Combater a infecção já instalada.
- Dar conforto e bem estar ao paciente.

Tecnica:

Em pacientes conscientes:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário colocando-o sobre a mesa de cabeceira;
- Bandeja contendo: cuba-rim, copo com água, escova de dentes, pasta dental, canudinho e recipiente para colocar material usado;
- Avisar ao paciente o que vai fazer;

- Elevar a cabeceira da cama ;
- Proteger a roupa de cama e a roupa do paciente ;
- Oferecer a escova de dentes contendo pasta dental ;
- Orientar o paciente para fazer a limpeza da língua ;
- Escovar os dentes ,caso seja necessário
- Oferecer água para o paciente enxaguar a boca ; oferecer a cuba rim para recolher a água;
- Usar canudinho para água quando o paciente não puder levantar;
- Lavar e guardar a escova no lugar apropriado;
- Enxugar o rosto do paciente com a toalha de rosto ;
- Deixar o paciente confortável r local arrumado;
- Lavar e guardar material usado
- Lavar as mãos;

Em pacientes inconscientes :

- Preparar o material , colocar sobre a mesa de cabeceira : bandeja contendo : cuba rim, copo com solução antisseptica bucal , pacote com gazes , recipiente com espátula de madeira , recepiente com palitos recobertos com gazes recipiente para material usado, (aspirador e sonda de aspirar caso a instituição os possua ;
- Usar toalha para proteger a roupa de cama e a roupa do paciente ;
- Colocar paciente em posição fowler , quando possível ;
- Adaptar cuba rim no queixo do paciente ;
- Usar abaixador de língua para abrir a boca do paciente para aspirar , caso não tenha aspirador ,usar gazes embebidas em solução antisséptica;
- Desprezar material usado em local próprio;
- Lavar os lábios e bochechas do paciente; manter gaze umidecida sobre os lábios , caso estejam ressecados;
- Enxugar o rosto do paciente usando toalha de rosto;
- Deixar o paciente confortavel e lavar o material;
- Lavar as mãos .

Cuidados com dentaduras :

E da responsabilidade da enfermagema manutenção das dentaduras , zelando paraque para que não se extraviem ou se quebrem durante estado do paciente ou se retirada para exames ;

Quando o paciente não tem condições de cuida-las :

- Retirar com o auxilio de uma gaze e com cuidado para não machucar as gengivas;
- Limpá-las e quardá-las em papel toalh identificado ate que o paciente possa recoloca-las;
- Usar de assepisia e técnicas já descritas para a limpeza diária de dentaduras

Técnica para lavagem dos cabelos:

Material:

- Um cobertor, balde ,um protetor plástico de lençol, jarra com água aquecida, sampoo/ condicionador, luvas de procedimento, uma toalha, duas bolas de algodão para proteger ouvidos e pente ;

Técnica ;

- Enrole o cobertor com plástico ,formando um U, deixando que as pontas repousem no balde ;
- Coloque q cabeça do paciente confortavelmente nesta estrutura
- Ajuste o recipiente de lavagem de modo que a água se afaste da cabeça do paciente ,colocando a tubulação de drenagem no balde .
- Coloque uma toalha dobrada do lado oposto do balde para facilitar a drenagem.
- Coloque os tampões nos ouvidos do paciente.
- Molhe os cabelos e ensaboe.
- Enxágüe, passe o condicionador e enxágüe novamente.
- Seque os cabelos e pintei-os.
- Reúna o material , deixando o ambiente organizado.

Higiene corporal

Higiene+ pratica que prmovem a saúde através da limpeza pessoal . Inclui banho, higiene oral ,higiene dos cabelos , limpeza de unhas .

BANHO

- Evitar correntes de ar, para que o paciente não resfrie;
- Observar a temperatura da água
- Evitar sabão no rosto, devido a alergias ,prestar atenção se a pele não esta ficando hiperemiada;
- Secar bem as dobras do paciente ,evitando assaduras
- Lave primeiro as partes limpas e depois as contaminadas
- Comunique se com o paciente e de orientações informais
- Realizae exame fisico.

TIPOS DE BANHO:

1. Aspersão = chuveiro / cadeira de banho
2. Banho de leito

1 Banho de aspersão sem ajuda :

- Reunir o material
- Colocar cadeira no banheiro;
- Observar se o banheiro esta limpo ;
- Pedir para não trancar a porta;
- Orientar sobre o registro de água ;
- Trocar o leito;

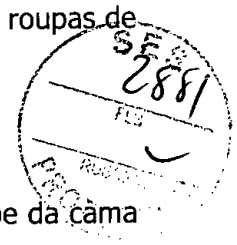
Banho de aspersão com ajuda:

- Levar o paciente na cadeira de banho ;
- Auxiliá-lo ou dar o banho ;

2 Banho de leito :

material :

Kit de banho contendo : luvas de banho , algodão ,gaze ou pedaço de pano , luvas de procedimeento, frasco com alccol , glicerinado e vaselina , toalhas de banho e de rosto, jarro , bacias, balde , comadre . saco plástico para lixo, material para higiene oral, roupas de cama , roupas de vestir .



Técnica :

- Conversar com o paciente sobre o que será feito;
- Preparar o ambiente : desocupar a mesa de cabeceira, colocar a cadeira aos pe da cama (se não tiver mesa de cabeceira), fechar a porta ou reazer o biombo e o pamper;
- Lavar as mãos
- Organizar o material , colocando o perto do paciente ;
- Soltar a roupa do leito , começando do lado mais distante ;
- Colocar as luvas;
- Lavar o rosto e fazer higiene oral;
- Despir o paciente sem expor,
- Colocar a toalha de banho sobre o torax , descer o lençol em leque ate a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha ;
- Lavar e enxugar o membro superior mais distante, depois o mais próximo, iniciando sempre pela extremidade distal;
- Oferecer bacia com água e pedir para o cliente que lave as mãos ;
- Pedir o cliente para colocar os braços sobre o travesseiro : lavar e enxugar as axilas;
- Lavar e enxugar o torax ,usar benjoim nas partes suscetíveis a escaras (proeminências osseas) e naqueles que usam fraldas ;
- Fazer massagens com álcool gilcerinado na base dos seios ,principalmente nos obesos
- Lavar e enxugar o abdomem
- Colocar a tolha nas pernas , começar pela mais distante ,iniciando pelo pés e terminado na região inguinal;
- Virar paciente em decúbito lateral
- Colocar a toalha sob as costas e abaixar o lençol;lavar e secar o troncoe as nádegas;
- Colocar as roupas de cama;
- Virar o cliente em decubito dorsal
- Colocar a toalha de banho ea comdre forrada sob região glutea ;
- Dar o material para paciente fazer lavagem externa ou se necessário fazê-la, incluindo a região suprapubiana;
- Retirar a comadre ea toalha ;
- Vestir o paciente;
- Retirar as luvas ;
- Fazer o leito;
- Pentear o cabelo, forrando o travesseiro com a tolha de rosto;
- Deixar o paciente confortavel e o embiente em ordem;
- Lavar as mãos ;

Tricotomia e tonsura

Facilitar o acesso cirúrgico e permitir a fixação de curativos e sondas sem tracionar os pelos ;

Tricotomia : raspagens dos pelos

Tonsura :cortar os pelos com tesoura

Tipos de tricotomia:

Funções : higiene e aumento da auto estima . Quando o paciente consegue fazer a tricotomia ,fornecer o material.

Quando não consegue , fazer por ele esticando a pele e raspando no sentido do pelo : cuidado com áreas sensíveis

Tricotomia pernas ,axilas ,e pelos da face :

Hábitos femininos _ manter durante internação

- Uso de cremes depilatórios ou pinças
- Tricotomia cirúrgica: não faz parte de nossa rotina
- Evitar : lesar a pele ,anpotar quando e olocal onde ocorreu ;nunc raspar sombrancelas ;
- Cremes depiltorios não lesam ,podem dar alergias
- Fazer um teste em uma área pequena ; usar em pacientes agitados e cortar pelos longos antes de iniciar a depilação

Material :

- Bandeja contendo :cuba rim ,recipiente com água,luvas de procedimento, aparelho de barbear novo ,asbao liquido ,saco plástico paralixo , papel toalha,gazeou pano para proteger a cama, biombo , lâmpada auxiliar etc

Método :

- Explicar ao paciente o que vai ser feito ;
- Perparar o ambiente;
- Lavar as mãos ;trzer material para junto do cliente ;
- Prender o saco plástico em local de fácil acesso;
- Descobrir a área aser tricotomizada;
- Calçar as luvas ;
- Com auxilio de gazes passar o sabão no local
- Esticar a pele com a maoa não dominante e com cuidado raspar os pelosem direção ao seu crescimento ;
- Sempre tirar excesso de pelos do aparelho de barbear;
- Lavar e enxugar o paciente ou encaminhá-lo para o banho;
- Limpeza e ordem do material e ambiente; desprezar a gilete em recipiente para material perfuro cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos ;
- Fazer as anotações de enfermagem;

HIGIENE INTIMA

Cuidados na higiene masculina:o homem deve ser diariamente lavar os orgaos genitais com agua e sabão . uma limpeza cuidadosa das dobras prepuciais não provoca a mínima

irritação .

Higiene dos órgãos genitais femininos :devem ser lavados com toda minúcia e atençao redobrada,pois, as partes genitais femonina são sede de glândulas sudoríparas e odoripas ; o prepúcio do clitóris segrega como do homem , um sebo que facilmente se ramifica e exala mau cheiro .a vagina segrega uma umidade de cheiro acido que , quando muito abundante , suja a roupa ea pele , como a uretra desemboca em um lugar oculto , restos de urina permanecem ai retidos , podendo difundir então o cheiro acre de urina decomposta.

Técnica para higiene intima feminina :

Material :

- Balde , jarra , pacote de gazes, comadre , toalha de banho, sabão liquido , degermante,luvas para procedimento, hamper , pinça auxiliar (cheron),biombo , forroe saco plástico .

TECNICA

- Lavar as mãos ;
- Explicar procedimento ao paciente ;
- Reunir material e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou próximo ao paciente ;
- Calçar as luvas ;
- Trazer o hamper próximo ao leito ;
- Proteger a unidade com biombo ou fechar a porta ;
- Colocar o paciente em posição genicológica , procurando expo-lo o mínimo possível
- Colocar o forro sobre o saco plastico , colocando –os sobre a região glútea ;
- Colocar a comadre sob a região glútea do paciente , com a ajuda da mesma;
- Irrigar o monte pubiano e vulva com água , despejando –a suavelmente com o auxilio da jarra;
- Despejar pequena poção de sabão liquido sodré o monte pubiano ;
- Ensaboar a região pubiana com a pinça montada em gaze , de cima parabaixo sem atingir o anus , despresando a gaze , após cada movimentovulva- anus ;
- Afastar os grandes lábios e lavá-los no sentido Antero –posterior , primeiro de um lado e depois de outro ;
- Lavar por ultimo a região anal ;

- Despejar a agua da farra sobre as regiões ensboadas ;
- Retirar a comadre ,
- Enxugar a região lavada com a toalha de banho ou com o forro que esta sob a regiaoglutea do paciente ;
- Colocar a paciente em posiçao de conforto ;
- Desprezar as roupas (toalhas , forro 0, no hamper ;
- Lavar a comadre no banheiro , juntamente com obalde e jarra e quardá-los ;
- Retirar as luvas e lavar as mãos ,

- Anotar no prontuário

Hgiene Intima Masculina :

Material :

- Balde . jarra , pacote de gazes , comadre , tolha de banho , sabão liquido ou degermante ;
- Luvas para procedimento,
- Hamper , pinça auxiliar : cheron;
- Biombo forro e saco plástico ;

Tecnica :

- Lavar as mãos ;
- Explica ao paciente o procedimento ao paciente;
- Reunir o materal e levá-lo ate a unidade do paciente ;
- Proteger com biombo ou fechar a porta;
- Trazer o hamper próximo ao paciente ;
- Calçar as luvas de procedimento ;
- Posisionar o paciente e expor somente a área genital;
- Colocar o forro com plástico sob a região glútea do paciente ;
- Colocar a comadre sobre a região glútea do paciente em cima do plástico com a ajuda do paciente;
- Irrigar com a jarra a região genital.,
- Dobrar e pinçar gaze com a pinça auxiliar;
- Despejar pequena quantidade de sabão liquido ou P.V.P.I.,degermante , sobre os genitais ,
- Ensaboar os genitais com a pinça montada em gaze , desprezando a gaze a cada etapa;
- Tracionar o prepúcio para traz ,lavando-oem seguida , com movimentos únicos e circulares ;
- Iniciar a limpeza intima pelo meato urinário , prepúcio , glande , corpo do pênis , depois região escrotal e por ultimo a região anal ;
- Despejar oconteudo da jarra sobre a região pubiana, pregas inguinais , pênis e bolsa escrotal ;
- Tracionar o escroto, enxaguando a face inferior no sentido escroto perineal;
- Retirar todo o sabão liquido ;
- Retirar a comadre ,
- Enxugar a região lavada com tolha de banho ou com o forro que esta sob a região glútea do paciente,
- Posicionar o prepúcio ;
- Colocar o paciente em posição de conforto ;
- Desprezar as roupas no hamper;
- Lavar a comadre no banheiro , juntamente com o balbe e jarra e guardá-los ;
- Retirar as luvas ;
- Lavar as mãos e anotar o procedimento

Regina

- Anotar no prontuário
- O,B.S. se houver secreção purulenta na região uretral , limpá-la com gaze antes de proceder a limpeza com água e sabão;

8.5 PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

ulcera de pressão ou ulcera por compresão ou ulcera de decúbito , refer-se a uma lesão tissular especifica ,ocasionada porum dano no suprimento sanguineo . costumam aparecer sobre proeminências ósseas :região inferior da espinha (cóccix)na pelve posterior e nos quadris , alem dos cotovelos , calcanhares escápulas , orelhas, e parte posterior da cabeça.

Estágios :

I- hiperemia
II- hiperemia, ruptura não profunda da pele
III- abertura pouco profunda que atinge o tecido subcutâneo
IV- o tecido está profundamente ulcerado , com músculos e ossos expostos .

fatores de riscos para o surgimento de úlceras de pressão :

- inatividade,
- imobilizaçao;
- desnutrição;
- emagrecimento;
- sudorese;
- incontinência ;
- doença vascular;
- edema localizado;
- desidratação;
- sedação;

Prevenção de úlcera de pressão :

- mudar o paciente de posição a intervalos de 1ou 2 horas;
- evitar o uso de travesseiros cobertos de plasticoao posicionar o paciente;
- massagear as proeminências ósseas ;
- Manter apele limpa, especialmente quando os pacientes não conseguem controlar as funções urinárias e intestinal ;
- Hidratação da pele;
- Usar colchões que aliviem as pressões ;
- Acolchoar áreas como:calcanhares ,cotovelos e tornozelos;
- Usar recursos que acolchoem assentos;
- Aliviar a pressão direta sobre o cóccix;

9 CURATIVOS

O curativo é uma substancia que cobre uma ferida .Quando utilizado ,pode servir a um ou mais objetivos :

- Manter a ferida limpa,
- Absorver drenagens ;
- Controlar sangramentos
- Proteger a feroda contra danos
- Manter medicamentos no local
- Manter um ambiente umidecido



TIPOS DE CURATIVOS

Existem vários tipos de curativos , dependendo do objetivo de seu uso . As coberturas mais comuns para feridas são os curativos de gaze, os transparentes e os hidrocolóides

O curativo e feito conforme as características da lesão.:

- Aberto :curativo em feridas sem infecção ,que após tratamento permanecem abertos (sem proteção de gaze).EX: curativo de intracath, ferida cirúrgica limpa .
- Oclusivo:curativo que após a limpeza da ferida e aplicação do medicamento é fechado ou ocluido com gaze ou ataduras.As gazes são absorventes ,mas se usadas sem substanciaoleosa ou gel , gudam no tecido granular e dificultam a cicatrização.
- Compressivo:é o que faz compressão para estancar hemorragiasou vedar bem uma incisão.
- Com irrigação :nos ferimentos com infecção dentro da cavidade ou fistula ,com indicação de irrigação com soluções salinas ou anti-septico .a irrigação é feita com seringa;
- Com drenagem:nos ferimentos com grande quantidade de exsudato. Coloca-se dreno ,tubos, cateteres ou bolsas de colostomias.
- Curativos hidrocoloides:ocluem a ferida impedindo a entrada de ar, água e microorganismos. A primcipal caracteristica é manter aferida umedecida ,acelerendo a cicatrização , porque novas células proliferam com maior rapidez num ambiente úmido .Se intactos podem ser mantidos por uma semana.

TROCA DOS CURATIVOS

Os curativos são trocados quando a ferida requer avaliação ou cuidados e quando eles se soltam ou ficam saturados de drenagem .

MATERIAL

Bandeja contendo :

- Kit curativo:01 pinça anatomica,01 pinça hemostática e gaze ;
- Frasco de soro fisiológico ;
- Esparadrapo ou micropore;
- Tesoura;
- Cubarim ;
- Luvas;

TECNICA

- Explicar ao paciente sobre o cuidado a ser feito ;
- Lavar as mãos ;
- Posicione o paciente de modo a permitir o acesso ao curativo;
- Cubra o cliente com lençol de modo a expor apenas a área da ferida;
- Coloque peol menos uma luva , solte a fita adesiva , puxe –a na direção da ferida ,e retir o

curativo;descarte o curativo sujo com a(s) luva(s);

- Lave novamente as mãos ;
- Corte varias tiras longas de fita adesiva;
- Abra os materiais esterelizados ;
- Ponha as luvas;
- Limpe a ferida com soro fisiológico em jato ou com chumaços de gaze com o auxilio das pinças estéreis;
- Use um único chumaço ou quadrado pequeno de gaze para cada movimento de limpeza;
- colocar o medicamento indicado ;
- cubra a ferida com o curativo de gaze;
- fixe o curativo com fita adesiva;
- retire e joque fora as luvas;
- deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem ;
- lavar as mãos ;
- fazer as anotações de enfermagem;

FERIDAS COM DRENOS

- limpar a pele ao redor e o dreno com soro fisiológico ;
- colocar uma gaze sob o dreno,isolando-o da pele;
- colocar outrs gaze sobre o dreno;protegendo-o;
- o dreno de de Penrose deve ser tracionado em cada curativo, exceto quando contra-indicado , cortar o excesso e colocar alfinete de segurança estéril ;
- o dreno tubular ou torácico exige troca de curativos com luvas estéril , nunca tocar diretamente no dreno.
- Observar e anotar o volume e o aspecto das secreções ou material drenado;

RETIRADA DE PONTOS

- Realizar de forma intercalada os pontos ,par evitar a deiscência e posterior evisceração , no caso de ausência de cicatrização eficaz.

MATERIAL

Kit para curativo

PRINCIPIOS BASICOS DO PREPARO E ADMINISTRAÇAO DE MEDICAMENTOS

- Nenhum medicamento deve ser administrado quando se estiver em duvida a cerca da droga ou dose;
- Em caso de duvida ,consultar o enfermeiro responsável ou medico;
- A dose prescrita so pode ser alterada pelo medico;
- Ao adm qualquer medicação V.O. não toca-la com as mãos;
- Ler a prescriçao cuidadosamente;
- Identifique a medicação pelo rotulo nunca pela aparência,
- Não adm medicação sem rotulo;
- Leia o rotulo 03 vezes antes de adm a droga: no momento que a localiza, enquanto estiver preparando,no momento de dar ao paciente
- Identifique o paciente pelo nome ,

- Permaneça ao lado do paciente ate quando ele tenha ingerido o remédio;
- Se a medicação foi recusada notificar a chefia anotar no prontuário e circular o horário escrevendo : recusada;
- Se cometer algum erro comunicar a chefia imediatamente;
- Nunca adm medicação preparado por outra pessoa,
- Não conversar ou distrair-se quando estiver preparando a medicação
- Observar estes 05 itens antes de dar uma medicação:**paciente certo,horário certo,medicação certa,dosagem certa ,ia de adm certa.**
- Sempre agitar o frasco em movimentos circulares, saso haja precipitação
- Todo medicamento por via ocular,auricular ou nasal , deverá ser de frasco e conta –gotas individual,
- Evitar que o frasco toque a mucosa;
- Toda medicaçao via parenteral devra ser precedida de antissepsia com algodão e álcool todaemedicaçao intramuscular devera ser adm a um ângulo de 90ºda agulha em relação a pele do paciente;
- Toda a medicação subcutânea devera ser feita a um ângulo de 45º da agulha em relação a pele do paciente
- Toda medicação intradermica devera ser feita a um ângulo de 15ºda agukha em relação a pele do paciente;
- No caso de aplicações de soro por via endovenosa(venóclise)mente aplicar soluções limpidas sem turvações;
- Toda medicação , intramuscular e subcutânea devem ser aspiradasapos a introdução da agulha a fim de verificar se atingiu algum vaso sanguíneo
- No caso de medicações liquidas e soluções , colocar em seringas ate o limite desejadoe a´po , vazar o conteúdo em recipiente próprio
- As injeções intramusculares são aplicadas usualmnte nosmusculos glúteos e deltóideos ; e no caso de voltareme benzetacil só adm na região glútea
- Caso o paciente esteja tomando injeções subcutâneas muito freqüente , deve-se sempre variar o local de aplicação (face externa da coxa, músculo deltóide ,face interna do antebraço abdome, glúteo
- Todo o material para injeções não e reutilizado é deve ser descartado no recipiente de perfuro cortante

MEDICAÇÃO VIA ORAL:CAPSULA COMPRIMIDO E DRAGEAS

É o medicamento ingerido através da boca com água, leite, suco ;

MATERIAL

- Bandeja,
- Recipiente para colocar a medicação
- Água
- Fita adesiva para identificar: nome do paciente ,leito , quarto

TECNICA

- Verificar pela prescrição medica a data , horário ,nome do paciente dosagem da

medicação ;

- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e comparar com a prescrição medica ;
- Colocar a medicação no recipiente apropriado
- Identificar o paciente pelo nome,
- Explicar o procedimentoe informar o paciente sobre a medicação a ser adm
- Observar as condições de deglutição do paciente
- Colocar o paciente em posição favorável a deglutição do medicamento
- Adm a medicação sem tocá-la com as mãos , oferecendo água o suficiente para a completa deglutição
- Permanecer ao lado do paciente ate a medicação seja deglutida
- Lavar as mãos checar a medicação na prescrição e anotar quaisquer anormalidades

MEDICAMENTOS VIA ORAL: GOTAS, XAROPE , SUSPENSÃO

MATERIAL

- Bandeja
- Recipiente para colocar a medicação
- Água ou leite
- Fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verficar pela prescrição medica ,horário o nome e a dosagem da medicação bem com oo nome do paciente , leito e quarto
- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e compará-lo com a prescrição
- Agitar o frasco antes do uso , caso haja precipitação
- Colocar a medicação no recipiente graduado (seringa) e vazar o conteúdo em recipiente próprio para a medicação
- Evitar o retorno da medicação para o recipiente de origem
- Identificar o paciente pelo nome ,quarto e leito
- Explicar o procedimento e sobre a medicação a ser adm
- Observar as condições de deglutição do paciente
- Cloloc´-lo em posição confortável
- , favorável a deglutição do medicamento
- permanecer ao lado do paciente ate que a medicação seja deglutida
- lavar as mãos
- checar a medicação

EQUIVALENCIA APROXIMADA DAS MEDIDA

01 colher de café =2ml

01 colher de chá =5ml

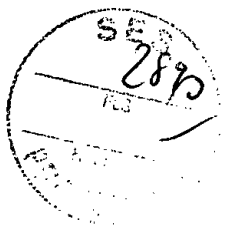
01 colher de sobremesa =10ml

01 colher de sopa =15ml

MEDICAMENTOS VIA NASAL

MATERIAL

- bandeja
- frasco de medicamento com conta-gotas
- gazes
- fita adesiva para identificar o paciente ,leito, quarto



TECNICA

- Lavar as mãos
- Verficar pela prescrição medica ,horário o nome e a dosagem da medicação bem com oo nome do paciente , leito e quarto
- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e compará-lo com a prescrição
- Explicar o procedimento e sobre a medicação a ser adm
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o medicamento
- Colcar o paciente em decúbito dorsal com a caeça inclinada para tras
- Instalar diretamente no fundo da narina evitando que o frasco ou o conta gotas toque a mucosa nasal
- Limpar o excesso com gaze
- Solicitar que o paciente permaneça alguns minutos em decúbito dorsal
- Recolocar o conta gotas no frasco depois de lavá-lo em água corrente e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação na prescrição e anotar quaisquer anormalidades

MEDICAMENTOS VIA AURICULAR

É a introdução de medicamentos no canal auditivo externo , com a finalidadede prevenir ou tratar processos inflamatórios , infecciosos , facilitar a saída de cerumem e corpos estranhos

MATERIAL

- Bandeja
- Frasco de medicamento com gota gota
- Fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Explicar a finalidade do procedimento;
- Colocar pciente em decúbito lateral
- Puxar gentilmente o lobo da orelha para trás e paracima
- Instilar a medicação ,evitando que ente em contato com a pele
- Proteger o orifício com gaze
- Solicitar ao paciente que permaneça nesta posição por alguns minutos
- Repetir procedimento no outro ouvido
- Fechar o frasco
- Limpar com gaze a região auricular externa , se necessário
- Lavar as mãos

- Checar e anotar qualquer anormalidade

MEDICAÇÃO OCULAR

Consiste na aplicação de pomada ou colírio na conjuntiva ocularcom a finalidadede proteger a córnea , tratar infecções , dilatar pupila(midriase) contrair a pupila(miose),anestesiar , controlar a pressão intra ocular etc

MATERIAL

- Bandeja
- Frasco de medicação ,gaze ,conta gotas se necessário ,fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição ,data, hora, nome do medicamento , dosagem ,nome do paciente
- Identificar o paciente
- Explicar o procedimento
- Deitar ou sentar ou o paciente na cadeira com a cabeça mantida para trás em posição confortável
- Limpar as palbebras e os cílios com gaze , se necessário
- Segurar o contagotas ou o frasco e expor a conjuntiva da palbebrainferior , colocando o indicador próximo a margem da pálpebra inferior , abaixando
- Os cílios e exercendo pressão para baixo
- Segurar o frasco próximo ao olho , evitando encosta=lo nas palpevras e cílios
- Pedir ao paciente para olhar para cima
- Instilar as gotas prescritas na conjuntiva
- Solicitar ao cliente que fevhe os olhos por alguns minutos ,movendo os lhos para escoamento da medicação
- Enxugar o excesso de medicamento com gaze
- Repetir o mesmo processo no outro olhoo
- Fechar o frasco de medicação
- Observar reaçoes do cliente
- Colocar paciente em posição confortável
- Lavar as mãos
- Checar o horário na prescrição e anotar qualquer anormalidade

MEDICAÇÃO SUBLINGUAL

É a administração de medicamentos em baixo da língua.

MATERIAL

- Bandeja
- Recipiente para colocar a medicação
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente)

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição medica o medicamento, a data, o horário, a dossagem, o nome do paciente, o leito do quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Colocar o comprimido na mão do paciente solicitando-o que coloque-o sob a lingua;
- Orientar o paciente para que permaneça com o medicamento sob a língua até a diluição do mesmo;
- Observar as possíveis reações do paciente
- Lavar as mãos
- Checar o horário do medicamento na prescrição e anotar irregularidades.

MEDICAÇÃO VIA RETAL

É a administração de medicação no reto.

MATERIAL

- Bandeja
- Luvas de procedimento;
- Recipiente para colocar o supositório;
- Biombos;
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente)
- Gases.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Colocá-lo em posição SIMS;
- Calçar luvas;
- Pegar o supositório, retirar o invólucro e segurar na mão direita, com gaze;
- Afastar as nádegas com a mão esquerda;
- Introduzir o supositório delicadamente e pedir ao paciente que o retenha por alguns minutos;
- Desprezar as luvas e as gazes no lixo próprio;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição do horário da medicação e anotar qualquer irregularidade.

MEDICAÇÃO VIA VAGINAL

Consiste na introdução na vagina de líquidos ou medicamentos.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Aplicação vaginal;
- Biombo.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Calçar luvascolocar a paciente em posição gin de procedimento;
- Colocar a paciente em posição ginecológica, após higiene intima;
- Afastar os pequenos lábio com os dedos indicador e polegar e introduzir o aplicador;
- Injetar a pomada e retirar o aplicador;
- Desprezar as luvas e o aplicador no lixo próprio;
- Anotar no prontuário.

MEDICAÇÃO VIA PARENTERAL

I - INTRMUSCULAR

II – SUBCUTÂNEA

III – INTRADERMICA

IV – ENDOVENOSA

V – VENOCLISE

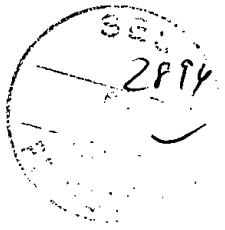
I – INTRAMUSCULAR

Consiste na aplicação e solução medicamentosa no músculo. É de ação rápida porem menos que a EV. Os locais mais comuns de aplicação: deltóide, região glútea (vasto lateral) que fica na região lateral terço médio da coxa. O paciente poderá apresentar algumas anormalidades decorrentes de acidentes ou falhas de aplicação: lesão de nervos, vasos, tecido subcutâneo e abscesso por falhas sépticas.

MATERIAL

- Bolas de algodão embebidas em álcool a 70%;
- Seringa esterilizada;

- Agulha estéril;
- Bandeja
- Medicação prescrita;
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente).



TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Dispor o material a ser usado sobre o balcão da sala de medicação;
- Abrir o pacote da seringa;
- Conectar a agulha ao bico da seringa, mantendo os princípios de assepsia;
- Limpar com algodão embebido em álcool 70%, quebar a ampola envolvida numa gaze seca, colocando-a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda;
- Pegar a seringa com a mão direita, introduzindo, cuidadosamente, sem tocar nas bordas, a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo;
- Aspirar todo o liquido, protegendo a agulha com sua capa protetora, retirando todo ar da seringa;
- Colocar a seringa na bandeja, identificada com fita adesiva (nome, leito e quarto do paciente) e algodão com álcool;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Conversar com o paciente sobre sua preferência pelo local a se aplicado;
- Certificar-se pela região a ser escolhida pelo paciente é a mais indicada , deixando-o em posiçao confortável e adequada;
- Expor o local da aplicação;
- Fazer a antissepsia da região com algodão , deixando-o entre os dedos mínimos e anularda mão esquerda
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no músculo , com um so movimento, formando um ângulo de 90º
- Aspirar a seringa, segurando com a mão esquerda para verificar se a agulha atingiu vaso sanguineo
- Firmar a agulha, segurando o corpo da seringa , com a mão direita
- Injetar o liquido
- Retirar a agulha , com movimento preciso e rápido , comprimindo a pele com a bola de algodão
- Recompor o cliente e colocá-lo em posição confotavel
- Colocar o material na bandeja e desprezá-lo em recipiente para perfuro cortante
- Checa a medicação e anotar qualquer irregularidade
- OBS.:a medicação IM voltarem e benzetacil só devera ser aplicada em região glútea , poi, forma abscesso em deltoide

Gregina

SUBCUTÂNEA

MATERIAL

- Bolas de algodão embebidas em álcool a70%
- Seringa esterilizada,agulha estéril
- Bandeja
- Medicação prescrita
- Fita adesiva para identificar medicação ,nome , leito etc

SES 289
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar prescrição:nome do medicamento,data, horário, dosagem,,nome do paciente,
- Dispor material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa,
- Conectar a agulha ao bico da seringa, mantendo os princípios de assepsia ,
- Limpar com algodão em álcool a 70% tirar a faixa de metal ,ou quebrar ampola colocando a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Aspirar todo o liquido, protegendo a agulha com sua tampa protetora, retirando todo o ar da seringa
- Colocar a seringa na bandeja, identificada com fita adesiva e algdao com alcool
- Expilcar procedimento ao paciente
- Expor o local da aplicação
- Fazer a antiassepsia do local , com o algodão ,deixandi-o ente os dedos mínimos e anular da mão esquerda
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no músculo com um so movimento , formando um ângulo de 45º(agulha de 25/7) ou um ângulo de 90ºse agulha 13/4,5, fazendo a prega cutânea
- Firmar a agulha pelo corpo da seringa com a mão direita
- Injetar o liquido com a mão esquerda
- Retirar a seringa com movimento preciso, comprimindo a pele com o algodao
- Limpar a olcal levemente sem massagear
- Recompor o paciente e descartar o material no recepiente de perfuro cortante
- Checar a madicaçao na folha de prescriçao

.VIA INTRADERMICA

e adm de pequena quantidade de medicamento na derme (0,1ml), sendo indicado paravacinas e testes de diagnósticos e hipersensibildades. Teoricamente pode ser aplicada em qualquer área, mas a região mais indicada é a face interna do antebraço

MATERIAL

- Bolas de algodão ,seringa esterilizada, agulha estéril , bandeja, medicação prescrita,

TECNICA

- Lavar as mãos , verificar pela a prescrição : nome , data, horário ,dosagem, nome do paciente
- Dispor o material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa
- Conectar a agulha ao bico da seringa , mantendo os princípios de asspsia
- Limpar com algodão embebido em álcool a 70%, tirar faixa de metal e colocar ampola ente os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Pegar a seringa com a mão direita , introduzindo , cuidadosamente , sem tocar a agulhana ampola, com bisel voltado para baixo
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Expor o local da aplicação
- Fazer a antiassepsia do local
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no musculo formando com a pele um ângulo de 15º, estando a agulha em posiçao correta , o bisel ficará visível através da pele
- Firmar agulha segurando o corpo daseringa ,com a mão direita
- Injetar o nedicamento vagarosamente, observando que surgirá uma pápula no local da aplicação
- Não friccionar o local
- Recompor o cliente,
- Descartar material em recipiente para perfuro cortante
- Checar a prescrição

VIA ENDOVENOSA

E a administração de uma droga diretamente na veia , afim de obter uma ação imediata

Objetivos:retirar sangue para exames de laboratório, introduzir medicamentos , ação rápida do efeito do medicamento , introduzir maiores quantidades de líquidos.

MATERIAL

- Luvas para procedimento
- Seringa descartável
- Recipiente com bolas de algodão
- Garrote

TECNICA

- Lavar as mãos
- Dispor o material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa
- Conectar a agulha ao bico da seringa , mantendo os princípios de assepsia
- Limpar com algodão embebido em álcool a 70%, tirar faixa de metal e colocar ampola ente os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Pegar a seringa com a mão direita , introduzindo , cuidadosamente , sem tocar a agulhana ampola, com bisel voltado para baixo
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Calçar luvas
- Expor local da aplicação , escolhendo a veia
- Fixar o garrote acima do local escolhido , uns 4 dedos
- Palpar novamente a veia e verificar se é mesmo a mais indicada
- Fazer a assepsia do local com algodão , em sentido único do retorno venoso
- Pedir para paciente fechar a mão

- Pegar a seringa , certificando –se de que está sem ar e mantenha a escala numérica voltada para cima e o bisel da agulha também
- Segurar o braço do paciente com a mão esquerda , fixando a veia abaixo do local onde foi feita a assepsia
- Aspirar aseringa com a mão esquerda, se aparecer sangue ,a veia esta pega
- Soltar o garrotee pedir ao paciente para abrir a mão
- Injetar lentamente a medicação observando as reações do paciente , a cada 05 a 10 ml injetado
- Aspirar sempre para certificar se de que esta na veia
- Colocar o lagodao próximo a agulha assim que terminar a aploicaçao
- Retirar a agulha sem movimentos bruscos
- Comprimir o local com algodão e colocar fita adesiva no local
- Deixar o paciente confortável colocar o material em recipiente para perfuro cortante



Observação importante:

- A solução adm EV deve ser cristalina, não oleosa, não conter flocos em suspensão
- Aplicar lentamente a medicação observando a reação do cliente
- Verificar a permanência da agulha na veia durante a aplicação
- Retirar a agulha se observar hematoma ou infiltração e repetir a operação no outro membro

Complicações

- Choque : apresenta como principais sintomas a palidez lipotimia ,ansiedade, tremores ,hiperemia , cianose o choque pode ser :
  I. Pirogenico : devido a introdução de solução contaminada
  II. Anafilática :devido a hipersensibilidade a droga
  III. Periférico ,devido a causas diversas como, aplicação rápida , dosagem elevada ,
- Embolia gasosa: devido a introdução de ar na circulação sanguínea
- Embolia oleosa ; devido a introdução de solução oleosa na circulação
- Embolia sangüínea : devido a mobilização de trombo
- Flebites e tromboflebites : é um processo inflamatório das veias tornado a área dolorosa e hiperemiada
- Esclerose das veias devido a aplicações freqüentes na mesma e soluções hipertônicas
- Hematoma
- Infiltração medicamentosa ; devido ao extravasamento de solução fora da veia
- Abscesso : são processos infecciosos , devido a falta de assepsia e introdução de soluções irritantes fora da veia

SOROTERAPIA OU VENOLISE

É a administração através de uma veia , de regular quantidade de liquido no organismo. É indicada para repor liquido as em casos de hemorragia , choque , desidratação ,manter veia ,administrar medicamentod EV, administrar proteínas ,eletrólitos ,vitaminas .

LOCAIS DE APLICAÇAO

- Em quaisquer veias dos membros superiores evitando se as localizaçoes nas articulações
- Controlar o gotejamento conforme a prescrição

Calculo de gotejamento

- numero de gotas por minuto = volume –horas x3
- 1ml=20gotas
- 1h= 60minutos

MATERIAL



- Bandeja
- Frasco de soro com solução prescrita
- Scalp ou abbocath
- Cortador de soro descartável
- Recipiente com bola de algodão embebidas em álcool a 70%
- Suporte para frasco de soro
- Tala ou atadura para imobilização , se necessário
- Seringa e agulha esterilizada (material descartável)
- Garrote
- Esparadrapo em tiras
- Equipo de soro
- Luvas de procedimento
- Identificação do soro

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição :nome do paciente , do medicamento, data horário , dosagem ,leito
- Dispor o material a ser usado no balcão da farmácia
- Observar as características da solução contida no frasco
- Abrir o frasco de soro com cortador de soro descartável
- Acrescentar a medicação prescrita observando os princípios de assepsia
- Conectar o equipo de soro ao frasco
- Retirar o ar do equipo ,escorrendo o soro ate a extremidade livre do equipo
- Proteger a extremidade livre do equipo
- Fazer nível no copinho (câmera gotejadora)
- Clamp o equipo
- Colocar a identificação no frasco de soro : nome do paciente ,nome e volume da solução nome e quantidades da medicações acrescidas
- Mínimo de gotas por minuto
- Inicio e termino da soroterapia
- Data e hora
- Assinatura do funcionário que instalou
- Colocar o frasco na bandeja , devidamente identificado
- Completar a bandeja com o resto de material necessário
- Explicar o procedimento para o cliente
- Pendurar o frasco no suporte de soro , junto ao leito
- Calçar luvas
- Puncionar veia conforme técnica de medicação endovenosa , que na soroterapia faz uso de escalp ou abbocath
- Conectar o scalp ou abbocath ao equipo de soro , após puncionar a veia
- Fixar o cateter intravenoso ou scalp , com esparadrapo
- Desclampear o equipo de soro
- Graduar o numero de gotas prescritas
- Certificar-se de que o soro esta correndo na veia
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem
- Colocar o material na bandeja e desprezar em caixa par perfuro cortante
- Desprezar luvas de procedimento

- Lavar as mãos
- Checar a instalação colocando a hora e anotando irregularidades , se houver

RETIRADA DE SORO ENDOVENOSO (VENOCLISE)



MATERIAL

- Bandeja com algodão embebido em álcool a 70 %
- Algodão com éter
- Luvas de procedimento

TECNICA

- Lavar as mãos
- Calcar as luvas
- Explicar o procedimento par o cliente
- Clampear o equipo de soro
- Retirar o esparadrapo que fixa o scalp ou cateter intravenoso a pele do pacintecom algodão ou gaze embebida em eter
- Colocar o algodao com alccol próximo ao scalpe rtire-o aplicando leve pressão
- Observar se houve hemostasia
- Observar se o local precisa de cuidados especiais
- Colocar o material na bandeja e encaminhá-lo par o descarte em recipiente para perfuro cortante
- Desprezar luvas
- Checar na prescrição , o termino da soroterapia e anotar no prontuário

OXIGENIOTERAPIA

CATETER NASAL

E a introdução de um cateter nas vias aéreas superiores.
Indicação Para aliviar a anoxia ou falta de oxigênio nos tecidos.

NORMAS

- Trocar o cateter de narina, no máximo de 12 em 12 horas, se o oxigênio for continuo, a fim de
- evitar ferimento da mucosa e obstrução do cateter por secreção;
- Orientar o paciente que respire somente pelo nariz, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado
- Observar o nível da água do umidificador. Seu nivel nao deve ultrapassar a marca contida no frasco, para evitar a inalacao de agua pelo paciente;

MATERIAL

- Sonda uretral no 6
- Intermediario
- Esparadrapo
- Gaze
- Luvas de procedimento
- Umidificador de 02

- Equipo soro (pedaço)

TECNICA

- Lavar as maos;
- Levar o material para a unidade do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Medir no cateter, a distancia entre a ponta do nariz e o lobulo da orelha, para determinar quanto a sonda deve ser introduzida;
- Introduzir o cateter pela fossa nasal ate o ponto marcado com o auxilio da gaze;
- Fixar o cateter com pequeno pedaco de equipo e esparadrapo sobre o nariz e testa do paciente;
- Abrir o fluxometro ate o numero de litros de oxigênio prescrito, que geralmente e de 2 litros por minuto;
- Observar o paciente durante o tratamento;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

INALACAO

E o tratamento realizado para problemas respiratórios feito através do uso de oxigênio e a medicação especifica no caso, onde o paciente inala.

Indicação Bronquites, crises asmáticas;
Pneumonias.

NORMAS

- O inalador devera ser trocado a cada 24 horas, ou seja, sempre na primeira inalacão no período da manha

- Seguir o horario padrao da inalacoes que e 6/6 horas, 12-18, 24, 06-12ou conforme prescrição

Material

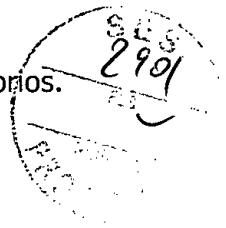
- Inalador com medicacao prescrita,
  Forro ou papel higienico (se necessario).

TECNICA

- Lavar as maos;
- Preparar a inalacao conforme prescricao;
- Levar o material ate o paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Preparar o paciente para receber o tratamento, colocando em posicao fowler ou sentado;
- Ligar o inalador;
- Instruir o paciente para inspirar profundamente a medicacao;
- Providenciar forro ou papel higienico se necessario, para o paciente expectorar;
- Manter a inalacao durante o tempo indicado e observar o paciente;

- Deixar o paciente em posicao confortavel apos o termino da inalacao;
- Lavar as maos;
- Checar no prontuario.

NEBULIZACAO CONTINUA COM MASCARA FACIAL
E o tratamento realizado atraves do uso de oxigenio para problemas respiratorios.



Indicacao Pneumonias;
Oxigenioterapia apos retirada do respirador.

NORMAS

- Trocar no maximo a cada 48 horas o conjunto da nebulizacao;
- Observar sinais de irritacao da pele, comunicando a enfermeira.

Material

Nebulizador de traqueia,
Mascara facial,
Agua destilada esteril.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Certificar-se da prescricao medica;
- Colocar agua destilada esteril ate metade da capacidade do nebulizador e datar;
- Reunir o material e leva-lo ate junto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Acoplar o fluxometro ao nebulizador com a respectiva traqueia, a saida de 02 (oxigenio);
- Conectar a mascara ao final da extensao da traqueia na posicao adequada ao paciente;
- Abrir o oxigenio regulando o fluxo segundo a prescricao;
- Posicionar a mascara na face do paciente fixando-a com elastico por tras da cabeca;
- Deixar o paciente confortavel;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario.

NEBULIZAÇÃO / INALAÇÃO

É administração de medicamentos por via respiratória , através de um aparelho chamado nebulizador ou inalador. O medicamento liquido é transformado em nevoa , que é inalada , para fluidificar as secreções aderidas na parede brônquica .

MATERIAL

- Nebulizador , com a medicação
- Cuba im ou escarradeira
- Lenço de papael
- Saco plástico par lixo

TECNICA

- explicar ao cliente o cuidado a ser executado
- lavar as mãos

- organizar o material
- preparar o paciente para receber o tratamento : posiçao de Fowler ou sentado em uma cadeira
- retirar o frasco umidificador e ligar o nebulizador á fonte de oxigênio ou ar comprimido , para que o fluxo aja diretamente sobre o medicamento que esta no nebulizador
- regular o fluxo de oxigênio de acordo com a prescrição , geralmente 3 litros
- instruir o paciente parainspirar profundamente a medicação e expirar lentamente , permanecendo com a boca semi aberta
- oferecer lenço de papel e orientar para escarrar , tossindo profundamente ,ajudá-lo fazendo tapotagem ou vibração no local de acumulo de secreção
- pmaterial
- lavar as mãos
- anotar o cuidado prestado ,volume e característica do escarro

OBSERVAÇOES

- no momento de uasr o nebulizador , enxaguá lo em água corrente para remover o decinfetante
- após usar ,o nebulizador e mascaras deve ser lavado , enxugado e depois guardado em recipiente fechado , contendo uma solução desinfetante , com hipoclodito de sódio , por uma hora , em seguida enxaguar e secar
- os líquidos usados deverão ser estéreis
- após a fluidificação encaminhar paciente para fisioterapia respiratória

- UMIDIFICAÇAO
  A umidificação consiste em acrescentar água a uma mistura gasosa. O ar ou oxigênio com elevado grau de umidade relativa mantem a umidade das mucosas das vias aéreas e favorecem a mobilização das secreções pulmonares. A umidificação e indispensável para assegurar a eliminação normal do muco peles ou cílios epiteliais. Outro método de umidificação e o uso da tenda úmida, em bebes e crianças que apresentarem certas doenças tais como laringite ou traqueite. O profissional precisa controlar tanto a temperatura corporal da criança como as suas funções respiratórias.

COLOCAÇÃO DE CATETER NASAL

Etapa

- Avaliar o paciente e verificar se existem sinais e sintomas sugestivos de epóxi ou presença de secreções nas vias aéreas.
- Reunir os materiais e equipamentos necessários:
- Cateter nasal
- Tubo de oxigênio
- Umidificador
- Água destilada estéril
- Fonte de oxigênio com fluximetro
- Placas Proibido Fumar
- Explicar ao paciente e aos familiares em que consiste o procedimento, assim como a finalidade de oxigenoterapia.
- Lavar as mãos.
- Conectar o cateter nasal ao tubo de oxigenio e a uma fonte de oxigenio umidificada, calibrada na taxa de fluxo desejada.
- Introduzir as extremidades do cateter nas narinas do paciente.

- Ajustar a fita elástica na fronte ate que o cateter esteja perfeitamente adaptado e confortável.
- Manter o tubo de oxigenio com folga o suficiente e prendê-lo as roupas do paciente,
- Verificar o cateter a cada 8 horas.
- Manter o recipiente do umidificador sempre cheio.
- A cada 6 a 8 horas, examinar as narinas do paciente, a procura de laceração de pele.
- Verificar a taxa do fluxo de oxigenio e as prescrições do medico, a cada 8 horas.
- Lavar as mãos
- Inspecionar o paciente para verificar se desaparecem os sintomas associados a epóxi.
- Observar as narinas do paciente e a superfície superior de ambas as orelhas quanto a laceração da pele.
- Anotar no diário da enfermagem: o método de administração de oxigenio, taxa de fluxo, permeabilidade do cateter de oxigenio, reação do paciente e avaliação respiratória.

RESTABELECIMENTO DAS FUNÇOES RSPIRATORIAS

Quando prolongada e grave, a epóxi pode levar a parada cardíaca, ou seja, a interrupção brusca da circulação e do debito cardíaco. Quando ocorre parada cardíaca oxigenio não e retido nos tecidos e o metabolismo se torna anaeróbico; ocorre acidose metabólica e respiratória. As leses dos tecidos, inclusive as leses permanentes da musculatura cardíaca e lesão cerebral, ocorrem em 5 minutos.

REANIMAÇAO CARDIOPULMONAR

A parada cardíaca caracteriza-se pela ausência de batimentos cardíacos e de movimentos respiratórios e pela dilatação das pupilas, o que exige a aplicação imediata das medidas de reanimação cardiopulmonar (RCP), A RCP e uma medida básica de emergência, destinada a salvar a vida, consistindo de aplicação de respiração artificial e de massagem cardíaca externa. A RCP tem três finalidades principais que constituem o ABC da reanimação cardiopulmonar: assegurar a entrada do ar, dar inicio a respiração e manter a circulação.

Avaliação

Todas as intervenções de enfermagem são avaliadas mediante comparação da reação apresentada pelo paciente com as finalidades do plano de assistência. Daremos a seguir alguns exemplos de critérios para a avaliação dos pacientes que apresentam alterações da oxigenação; existem outros critérios avaliados que se baseiam nos diagnósticos específicos de enfermagem e nas metas terapêuticas.

Exemplos de critérios avaliativos quanto à manutenção e promoção da expansão pulmonar incluem:

- Inspeção e palpação para verificar se a expansão pulmonar é simétrica
- Inspeção para verificar se ocorreu aumento da expansão pulmonar, conforme documentação pela espirometria com estimulo
- Observar se ocorreu diminuição dos movimentos respiratórios dispnéicos
- Observar se existem ou não movimentos anormais das paredes torácicas, tais como tiragem ou contração dos músculos acessórios da respiração
- Ausculta destinada a evidenciar a presença de murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares

Exemplos de critérios avaliativos quanto à mobilização das secreções broncopulmonares incluem:

- Observar se o paciente apresenta tosse produtiva

- Inspecionar o escarro para verificar se ele conte secreções aquosas de cor esbranquiçada
- Auscultar os filmes a procura de ruídos adventícios

Exemplos de critérios avaliativos quanto a manter as vias aéreas desobstruídas. Incluem:

- Observar se melhorou a capacidade do paciente para apresentar tosse produtivas ··2. Observar se existem ou não movimentos anormais da parede torácica
- Auscultar os campos pulmonares para verificar a presença de murmúrio vesicular normal

Exemplos de critérios avaliativos quanto à manutenção e promoção da oxigenação normal dos tecidos incluem:

- Observar se o paciente apresenta ou não sinais de epóxi
- Inspecionar pele e mucosas a procura de cianose
- Examinar os sinais vitais e observar se estes retornam aos valores básicos normais
- Verificar se o estado de consciência voltou ao nível normal
- Verificar se os valores da gasometria do sangue arterial se normalizaram

Exemplos de critérios avaliativos quanto ao restabelecimento das fofices cardiopulmonares incluem:

- Observar se o pulso e a respiração se restabeleceram, funcionando espontaneamente
- Observar se o paciente recuperou a consciência

Exemplos de critérios avaliativos quanto a. Melhora da tolerância aos esforços incluem:

- Determinar a freqüência respiratória, durante e apos exercícios, verificando se ocorreu aleirasses significativas
- Perguntar ao paciente se ele sente dispnéia ou falta de ar durante os exercícios
- Observar a capacidade do paciente para tolerar esforços progressivamente maiores.

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM PROBLEMAS INTESTINAIS

Defecção ou evacuação :Ato de eliminar os dejetos;
Flatos: Gases;
Flatulência, timpanismo ou meteorismo A quem sofre de flatos;
Tenesmo :Dor e dificuldade para evacuar sem que haja evacuação;
Melena :Sangue nas fezes (escuras);
Peristaltismos: Ondas contrateis que vão levar os dejetos através do intestino ate o reto

TRANSTORNOS INTESTINAIS

Diarréia : Eliminação de fezes soltas, aquosas devido à rápida passagem dos produtos da eliminação pelo trato gastrintestinal.

Cuidados de Enfermagem:

Repouso para reduzir o peristaltismo; oferecer condições para locomoção ao sanitário ou comadre se for o caso; realizar ou auxiliar na higiene intima a cada evacuação; oferecer hidratação V.O.

Obstipação ou Constipação :Atraso dos movimentos dos produtos de eliminação e que geralmente vai ocorrer no intestino grosso. Apresenta fezes duras e secas; podendo ocorrer fecaloma que são fezes silabadas na parede do intestino, fazendo-se necessário à extração manual.
A obstipação pode vir associada a sintomas típicos como: flatulência, cefaléia, anorexia, halitose, aspereza da língua.

SONDAGEM RETAL

E a introdução de uma sonda através do reto.

Indicação: Flatulências; Diarréias graves; Cirurgias anais

TECNICA

- A sondagem retal devera ser feita na posição de SIMS, à esquerda;
- Manter a privacidade do paciente durante o procedimento;

MATERIAL
- Sonda retal numero 22 ou 24,
- Xylocaina gel,
- Luvas,
- Gazes,
- Forro,
- Esparadrapo.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Proteger o paciente com biombo;
- Colocar o paciente em posição de SIMS, à esquerda;
- Calcar luvas;
- Lubrificar a sonda retal;
- Separar a prega interglútea expondo a região anal com gazes;
- Introduzir a sonda retal de 8 a 10 cm, pedindo para o paciente respirar fundo;
- Fixar a sonda, caso necessário;
- Retirar luvas;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente o horário do procedimento e se houve retorno;

Gregina

- LAVAGEM INTESTINAL (enteroclisma)

  É a entrada de uma quantidade de liquido no intestino através de uma sonda retal.

Indicacao :Distensao , flatulência abdominal ,constipação intestinal,preparo para cirurgia,tratamento intestinal ou radiografias

MATERIAL

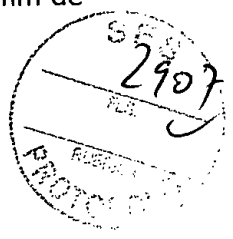
- Solucao comercial do enteroclisma (glicerina), aquecida ou gelada conforme a indicacao,
- Forro,
- Vaselina ou xylocaina geleia,
- Papel higienico,
- Comadre,
- Biombos,
- Sonda retal,
- Gazes,
- Equipo de soro,
- Luvas,
- Suporte de soro.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Cercar a cama com biombo;
- Colocar sobre a mesa de cabeceira a solucao de glicerina, gazes e xylocaina;
- Colocar a comadre sobre a escadinha;
- Colocar o paciente em decubito lateral esquerdo, deixando-o coberto;
- Colocar o forro sob as nadegas do paciente para proteger a cama;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco do clister, retirando o ar do equipo;
- Colocar o frasco no suporte de soro;
- Calcar as luvas;
- Conectar a sonda retal a extremidade do equipo, retirando o ar da mesma;
- Lubrificar a sonda com xylocaina;
- Separar a prega interglutea com gazes expondo a regiao anal;
- Introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm com cuidado e vagarosamente;
- Abrir a pinca do equipo de soro e deixar a solucao correr ate o final;
- Fechar a pinca do equipo;
- Retirar a sonda ao termino da solucao;
- Desprezar a sonda envolvida no papel higienico e o frasco no lixo do banheiro;
- Orientar o paciente para reter a solucao durante alguns minutos;
- Colocar o paciente na comadre, ou leva-lo ao banheiro, deixando o papel higienico em suas maos;
- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezando o conteudo lavando-a;
- Retirar luvas;
- Oferecer material para lavagem das mãos ao paciente, se necessário;
- Deixar a unidade em ordem e o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário: horário, quantidade da solução usada e retorno;

Obs: - Diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do liquido, se o paciente queixar de dor.

- Não deixar entrar ar no intestino;
- Quando o liquido não entrar por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma;
- Nunca forçar a introdução da sonda;
- Ao introduzir a sonda, pedir ao paciente que inspire e expire profundamente, a fim de manter o relaxamento;
- Se a lavagem for gota a gota, controlar rigorosamente o gotejamento.



SONDAGEM VESICAL

A cateterizacao urinaria e a introdução de tubo estreito (cateter urinário), pela uretra ate a
bexiga.

Finalidade: Amostra estéril de urina para exame , Verificação de ausência de micção por Anuria ,esvaziar a bexiga , pré operatório e pós operatório

TECNICA

- Nunca elevar o coletor de urina acima do nível vesical sem antes pinçar a sonda;
- Recomenda-se a limpeza da área em torno do meato uretral no mínimo uma vez por dia com água e sabão
- O sistema de drenagem fechada nunca devera ser desconectado;
- Para pacientes prostáticos, utilizar sonda foley no 16, 18 ou ate mesmo 22;
- A higiene intima previa e obrigatória para sondagem vesical, independente se o paciente esta limpo ou não;
- A sonda vesical de demora feminina deve ser trocada a cada 7 dias, já a masculina a cada 14 dias.

SONDAGEM VESICAL FEMININA DE DEMORA

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 10 ml, pinca, acampo fenestrado), Sonda vesical foley no 12, 14 ou 16
- ampola de água destilada ou sor fiosiologico
- Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
- Bolsa coletora (sistema fechado), esparadrapo
- Luvas esterilizadas,
- Xylocaina a 2% (geleia).

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar a paciente o que sera feito;
- Proteger a paciente com biombo;
- Colocar a paciente em posicao ginecologica, expondo apenas os genitais;
- Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da paciente, proximo aos genitais

- Abrir o pacote aproximando o campo das nadegas da paciente, mantendo os principios assepticos;
- Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo esteril;
- Colocar a solucao anti-septica na cuba redonda;
- Calcar luvas;
- Aspirar a agua destilada com seringa de 10 ml;
- Utilizar a pinca com a mao direita para pincar a gaze;
- Limpar primeiramente com movimento unico e firme os grandes labios ao lado mais distante de cima para baixo, no sentido antero-posterior (clitoris-anus). Desprezar a gaze;
- Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- Afastar os grandes labios com a mao esquerda, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos labios
- Fazer a limpeza do meato urinario, com movimento uniforme no sentido antero-posterior;
- Colocar a pinca no campo;
- Colocar o campo fenestrado com a mao direita;
- Manter a mao esquerda segurando os grandes labios;
- Pegar a sonda com a mao direita, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;
- Aplicar xylocaina na ponta da sonda;
- Avisar a paciente da introducao da sonda, e pedir para ela relaxar a musculatura do quadril;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese mais ou menos uns 20 cm;
- Insuflar o balao;
- Conectar a sonda na extensao da bolsa coletora;
- Certificar se a sonda esta na bexiga, tracionando-a delicadamente ate notar resistencia;
- Descalcar as luvas;
- Prender a sonda na coxa da paciente sem que tracione;
- Desprezar, se necessario, o volume urinario;
- Deixar a paciente em posicao confortavel;
- Deixar a unidade em ordem;
- Identificar a sonda com esparadrapo, contendo data e nome de quem efetuou;
- Anotar no prontuario: horario da execucao, reacoes da paciente, quantidade e caracteristica da urina drenada, alteracoes na genitalia;

-

SONDAGEM VESICAL MASCULINA DE DEMORA

MATERIAL

E o mesmo da sondagem vesical feminina, so acrescentando uma seringa;

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Proteger o paciente com biombos;
- Colocar o paciente em posicao horizontal;
- Expor apenas a regiao genital;
- Abrir o pacote de cateterismo, proximo a regiao exposta;
- Abrir o pacote de sonda foley no campo esteril;

- Colocar o P.V.P.I. topico na cuba redonda;
- Calcar luvas estereis;
- Pegar o corpo da seringa, sendo que uma segunda pessoa devera colocar - 15 ml de xylocaina geleia no seu interior, desprezando a primeira porcao a sair do tubo;
- Conectar o corpo da seringa no embolo;
- Deixar a seringa preparada sobre o campo;
- Pincar as gazes com a mao direita;
- Limpar a regiao pubiana ao redor do penis;
- Limpar a parte externa do penis;
- Segurar o penis com a mao esquerda, expondo a glande;
- Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo;
- Fazer assepsia do meato urinario;
- Colocar o campo fenestrado;
- Introduzir na uretra a xylocaina geleia com mao direita atraves da seringa;
- Apertar levemente a uretra por 1 minuto com a mao esquerda, usando uma gaze esterilizada seca;
- Introduzir a sonda foley lentamente (- 20 cm) ate drenar a urina obedecendo a curvatura normal da uretra (introduzir sonda ate y);
- Insuflar o balao;
- Conectar a sonda a extensao da bolsa coletora;
- Certificar-se de que a sonda esta na bexiga, fazendo leve tracao na mesma;
- Retornar o prepucio a posicao anatomica;
- Descalcar as luvas;
- Fixar o cateter, horizontalmente, na parte lateral esquerda do abdomen, para evitar pressao sobre a uretra, na junçao peno-escrotal, o que poderia , eventualmente levar a formaçao de fistula uretro- cutanea
- Identificar a sonda com esparadrapo, contendo data e nome de quem sondou;
- Anotar no prontuario: horario, reacoes do paciente, quantidade e caracteristicas da urina, alteracoes na genitália

-

TECNICA DA SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO FEMININA

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinca, ampola de agua destilada, campo fenestrado),
- Sonda uretral no 12 ou 14,
- Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
  Luvas.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar a paciente o que sera feito;
- Proteger a paciente com biombos;
- Colocar a paciente em posicao ginecologica, expondo apenas os genitais;
- Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da paciente, proximo aos genitais
- Abrir o pacote aproximando o campo das nadegas da paciente, mantendo os principios assepticos;

- Abrir a embalagem da sonda uretral colocando-a no campo esteril;
- Colocar a solucao anti-septica na cuba redonda;
- Calcar luvas;
- Utilizar a pinca com a mao direita para pincar a gaze;
- Limpar primeiramente com movimento unico e firme os grandes labios do lado mais distante de cima para baixo, no sentido antero-posterior (clitoris-anus). Desprezar a gaze;
- Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- Afastar os grandes labios com a mao esquerda, usando o dedo polegar e introduzir e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios
- Fazer a limpeza do meato urinario, com movimento uniforme no sentido antero-posterior;
- Colocar a pinca no campo;
- Colocar o campo fenestrado com a mao direita;
- Manter a mao esquerda segurando os grandes labios;
- Pegar a sonda com a mao direita, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;
- Aplicar xylocaina na ponta da sonda;
- Avisar a paciente da introducao da sonda, e pedir para ela relaxar a musculatura do quadril;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese;
- Deixar a sonda drenando ate o fim da diurese;
- Retirar a sonda apos o termino;
- Retirar as luvas;
- Deixar a paciente confortavel;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Anotar no prontuario: hora do cateterismo e as caracteristicas da diurese (quantidade, cor, odor).

-

TECNICA DA SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO MASCULINO

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinca, ampola de agua destilada, campo fenestrado),
- Sonda uretral no 14,
  Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
- Luvas,
- Seringa 10 ml,

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Proteger o paciente com biombos;
- Colocar o paciente em posicao horizontal;
- Expor apenas a regiao genital;
- Abrir o pacote de cateterismo, proximo a regiao exposta;
- Abrir o pacote de sonda uretral no campo esteril;
- Colocar o P.V.P.I. topico na cuba redonda;

- Calcar luvas estereis;
- Pegar o corpo da seringa, sendo que uma segunda pessoa devera colocar - 15 ml de xylocaina geleia no seu interior, desprezando a primeira porcao a sair do tubo;
- Conectar o corpo da seringa no embolo;
- Deixar a seringa preparada sobre o campo;
- Pincar as gazes com a mao direita;
- Limpar a regiao pubiana ao redor do penis;
- Limpar a parte externa do penis;
- Segurar o penis com a mao esquerda, expondo a glande;
- Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo;
- Fazer antissepsia do meato urinario;
- Colocar o campo fenestrado;
- Introduzir na uretra a xylocaina geleia com mao direita atraves da seringa;
- Apertar levemente a uretra por 1 minuto com a mao esquerda, usando uma gaze esterilizada seca;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese;
- Deixar a sonda drenando ate o fim da diurese;
- Retirar a sonda apos o termino;
- Retirar as luvas;
- Deixar o paciente confortavel;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Anotar no prontuario: hora do cateterismo e as caracteristicas da diurese (quantidade, cor e odor).

LAVAGEM VESICAL

E a lavagem da sonda vesical quando a mesma esta obstruida por sangue, pus, secrecoes, grumos.

NORMA

- A lavagem vesical devera ser feita com tecnica rigorosamente asseptica.

MATERIAL

- Seringa 50 ml urologica esteril,
- Frasco de agua destilada de 250 ml,
- Luvas estereis,
- Cuba-rim esteril,
- Gazes estereis,
- Cuba-rim nao esteril,
- Alcool a 70%.
-

TECNICA

- Lavar as maos;

- Reunir o material;
- Levar o material ate a unidade do paciente;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Fazer a desinfecao da ponta terminal da sonda com a ponta inicial do sistema coletor de diurese, com alcool a 70%;
- Abrir o campo de seringa urologica;
- Calcar as luvas esterilizadas;
- Colocar agua destilada na cuba-rim e aspira-la com a seringa urologica;
- Retirar o ar de dentro da seringa urologica;
- Desconectar a sonda do sistema coletor com ajuda de uma segunda pessoa, que ficara segurando o sistema, tomando o cuidado para não contaminar
- Introduzir a seringa na sonda;
- Injetar a agua destilada;
- Aspirar o conteudo injetado;
- Desprezar o conteudo em outra cuba-rim;
- Repetir a operacao quantas vezes forem necessarias, ate desobstruir a sonda;
- Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
- Retirar as luvas;
- Colocar a unidade em ordem;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente o resultado da lavagem.

IRRIGACAO VESICAL

Finalidade :Irrigar a bexiga em pos-operatorio de R.T.U., sangramento.

MATERIAL

- Sonda vesical de 3 vias ,
- Equipo de soro,
- Frasco de agua destilada de 1000 ml,
- Sistema coletor fechado de diurese.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Encaminhar o material ate o paciente;
- Explicar o que sera feito ao paciente;
- Sondar o paciente conforme tecnica, caso ainda nao esteja sondado;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco de agua destilada e fazer o nivel;
- Adaptar o equipo de soro na via de entrada da sonda vesical;
- Abrir a pinca do equipo de soro e deixar drenar, controlando o gotejamento conforme prescricao;
- Observar o retorno do liquido no sistema coletor;
- Deixar a unidade em ordem;
- Anotar no prontuario do paciente: a sondagem se for o caso, o inicio da irrigacao, quantidade infundida, drenada ea cor da mesma

- SONDAGEM NASOGASTRICA

E a introducao de uma sonda atraves das fossas nasais ate a regiao gastrica (estomago).

Finalidade :Alimentacao (gavagem);
Lavagem e aspiracao gastrica;
Pos operatorio de cirurgias gastricas;
Obstrucao intestinal;
Peritonite;
Pancreatite aguda.

NORMAS

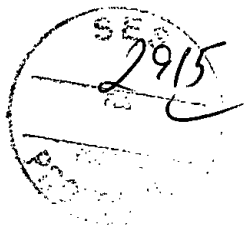
- Se o objetivo da sondagem for a alimentacao, esta devera permanecer no paciente no maximo 3 dias.
  Apos este tempo devera ser trocado por uma sonda nasoenteral, se ainda continuar a alimentacao ateaves da sonda
- Quando o objetivo da sondagem for a drenagem, usar SNG com sistema coletor medflux;
- A fixacao da sonda devera ser trocada a cada 24 horas ou sempre que necessario, e feito rodizio do local da fixação para evitar lesões da pele
- Ao realizar a sondagem nasogastrica, realizar os testes de verificacao do posicionamento da sonda nasogastrica
  sonda nasogastrica;
-

MATERIAL
- Sonda levine no 12 ou 14 para alimentacao, se for para lavagem gastrica no 18 ou 20,
- Seringa de 20 ml,
- Gazes,
- Lubrificante (xylocaina geleia),
- Cadarco de esparadrapo ou canudinho de plastico,
- Esparadrapo,
- Estetoscopio,
- Luvas de procedimento,
- Copo com agua.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Verificar a prescricao medica;
- Preparar o material;
- Levar o material ate o paciente;
- Orientar o paciente quanto a necessidade da sondagem;
- Colocar o paciente em decubito elevado;
- Delimitar com esparadrapo a extensao de introducao da sonda medindo do lobulo da orelha ate a ponta do nariz, e deste até o apêndice xifoide
- Calcar luvas;
- Lubrificar a sonda com auxilio de uma gaze com xylocaina gel;
- Solicitar ao paciente que mantenha o pescoco em ligeira flexao e inspire profundamente durante a introducao da sonda na narina e que degluta varias vezes, facilitando a passagem da sonda pelo esofago

- Introduzir a sonda lentamente ate a altura marcada;
- Executar o teste de verificacao da localizacao da sonda;
- Fixar a sonda nasogastrica;
- Datar e assinar no esparadrapo da fixacao da sonda;
- Deixar o paciente confortavel;
- Deixar a unidade em ordem;
- Anotar no prontuario do paciente.
-



Teste Para Avaliar se a Sonda Esta no Estomago

- Conectar a seringa na sonda e aspirar, se estiver no estomago, saira suco gastrico.
- Injetar com a seringa 20 ml de ar, rapidamente, e concomitantemente colocar o estetoscopiosobre o estomago, procurando ouvir um ruído surdo e borbulhante
- Colocar a ponta da sonda num copo com agua e verificar se houve formacao de bolhas, se isto ocorrer a sonda estara na traqueia e nao no estomago.

ALIMENTACAO

NORMAS

- Pacientes incapazes de se alimentar sozinhos, precisam ser ajudados durante as refeicoes, e outros necessitam que se leve alimentos a boca;
- Orientar os visitantes, para nao dar alimentos aos pacientes com dietas controladas e restritas;
- Levar em consideracao, na aceitacao da dieta, algumas razoes importantes, de ordem pessoal, que deverao ser observadas pela Equipe de Enfermagem: costume familiar, origem nacional, costumes regionais ,religiosos, econômicos e opinião pessoal,
- Em pacientes acamados, que podem alimentar-se por si mesmos, coloca-los em posicao
  confortavel no leito e com a mesinha de refeicao a sua frente;
- O mais importante quando estiver alimentando um paciente e nao mostrar ter pressa para dar o que comer
- Ao paciente que nao pode ver a bandeja da refeicao, devem ser ditos os nomes dos alimentos contidos na bandeja e sempre adverti-lo quando estiver quente
- Pacientes que desejam acrescer, retirar ou substituir alimentos ou liquidos a sua refeicao, deverao requisita-lo atraves da Enfermagem, ao S.N.D., o qual, de acordo com sua dieta, ira oferta-los ou substitui-los;
- Observar se as dietas estao sendo oferecidas ao paciente, de acordo com a prescricao medica;
- Pacientes com restricao hidrica, deverao ser esclarecidos no tocante a ingestao de liquidos;
- Administrar a dieta, logo que a mesma chegar, impedindo com isto que a alimentacao esfrie.

Gregina

ALIMENTACAO POR SONDA NASOGASTRICA, GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA

MATERIAL

- Rcipiente com dieta prescrita,
- Recipiente com agua filtrada,

- Gazes limpas,
- Equipo de Soro,
- Luvas para procedimento,
- Cuba rim,
- Seringa de 20 ml.

SES 2916 FLS RUBRICA PROTOCOLO

TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar a dieta e o paciente;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Colocar o paciente em posicao fowler;
- Calcar as luvas de procedimento;
- Conectar ao recipiente da dieta, um equipo de soro fechado;
- Colocar este recipiente com o equipo, no suporte de soro, proximo ao paciente, a uma altura de 40ª 50cm;
- Abrir o equipo de soro e deixar a dieta correr ate o final do mesmo, fechando-o;
- Retirar ar do equipo, se por ventura vier a formar;
- Verificar a temperatura da dieta;
- Verificar se a S.N.G. esta realmente no estomago do paciente, aspirando com uma seringa e observando o retorno do suco gastrico, desprezando-o na cuba-rim;
- Conectar o equipo de soro a sonda nasogastrica e abrir a valvula reguladora do equipo, controlando ogotejamento
- Deixar a dieta escoar pela forca da gravidade, observando reacoes do paciente;
- Clampear o equipo de soro, ao final da dieta;
- Desconectar o equipo de soro da S.N.G., trocando-o por outro, previamente conectado a um recipiente igual ao da dieta, contendo água filtrada;
- Abrir a valvula reguladora do equipo e deixar fluir a agua filtrada (- 100 ml) ou ate limpar a sonda nasogastrica, dos residuos alimentares;
- Desconectar o equipo de soro da sonda nasogastrica e fecha-la;
- Limpar e secar, se necessario, a sonda nasogastrica (na parte externa), se houver presenca de liquido, com gaze limpa
- Manter o paciente em posicao fowler por uma hora, apos administracao da dieta, para facilitar a digestao, evitar mal-estar e refluxo;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario

Obs: - Nos casos de jejunostomia e gastrostomia, o procedimento e o mesmo. Apenas, ao conectar o
equipo de soro a jejunostomia ou a gastrostomia, ha necessidade de um adaptador.

ALIMENTACAO GOTA A GOTA POR SONDAS EM GERAL

Material

- Frasco com dieta prescrita,
- Frasco com agua filtrada,
- Equipo de Soro (02 unidades),
- Seringa 20 ml,
- Gazes limpas,
- Luvas para procedimento,
- Cuba-rim.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar a dieta e o paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente em posicao fowler;
- Calcar as luvas de procedimento;
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Retirar todo o ar do circuito;
- Colocar o frasco da dieta no suporte de soro a uma altura de 40 a 50 cm, proximo ao paciente;
- Verificar se a sonda esta na posicao correta, aspirando com uma seringa e observando o retorno do suco gástrico, desprezando-o numa cuba- rim
- Verificar a temperatura da dieta;
- Conectar o equipo de soro a sonda, abrindo a valvula reguladora do equipo;
- Controlar o gotejamento que devera ser constante e lento (gota a gota);
- Observar as reacoes do paciente;
- Clampear o equipo de soro ao final da dieta;
- Desconectar o equipo de soro da sonda, trocando-o por outro, previamente conectado a um
recipiente igual ao da dieta, contendo agua filtrada;
- Abrir a valvula reguladora do equipo e deixar fluir a agua filtrada (100 ml) ou ate limpar a sonda, para conservar a permeabilidade da sonda;
- Desconectar o equipo de soro da sonda e fecha-la;
- Limpar e secar, se necessario, a sonda (na parte externa), se houver presenca de liquido, com a gaze limpa
- Orientar o paciente para que fique em posicao fowler por uma hora, para facilitar a digestao, evitar mal-estar e refluxo da dieta;
- Desprezar as luvas;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario.

ALIMENTACAO VIA ORAL A PACIENTE INCAPACITADO DE ALIMENTAR-SE

MATERIAL

- Recipiente com dieta prescrita,
- Mesa de refeicao,
- Talheres,
- Forro.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar o paciente;
- Verificar se a dieta esta de acordo com a prescricao;
- Proporcionar ambiente adequado para a refeicao, considerando: ordem, limpeza e odores;
- Explicar ao paciente o que vai ser feito;
- Elevar a cabeceira da cama, mantendo o paciente em posicao confortavel;
- Colocar o forro sobre o torax do paciente, para protecao da roupa;

- Colocar a mesa de refeicao sobre o leito;
- Colocar material para lavar as maos do paciente, sobre a mesa de refeicao, se houver necessidade;
- Colocar a dieta sobre a mesa de refeicao;
- Servir a dieta vagarosamente e em pequenas porcoes;
- Limpar a boca do paciente com o forro, sempre que necessario;
- Oferecer agua ao paciente;
- Retirar a mesa de refeicao;
- Realizar a higiene oral do paciente;
- Aguardar que o funcionario do S.N.D. venha recolher o material da dieta;
- Deixar o paciente em posicao confortavel;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario a dieta ingerida e a quantidade.



COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

NORMAS

- A coleta de diurese para exame e de responsabilidade da enfermagem;
- O frasco contendo a diurese devera ser identificado com nome, quarto e leito do paciente;
- O pedido de exame devera ser encaminhado ao laboratorio juntamente com o material;
- Todo o material encaminhado ao laboratorio devera ser registrado no prontuario do paciente e nocaderno de controle de examesde cada setor
- Como o sistema coletor de diurese fechado nao deve ser desconectado nunca; a coleta de diurese para exames dvera ser feita da punção com seringa e agulha na extensão da bolsa

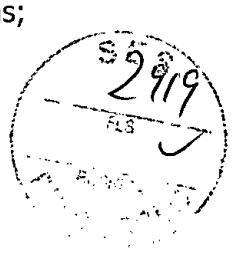
COLETA DE URINA PARA EXAME URINA I

- MATERIAL
- Cuba-rim,
- Recipiente para coleta (frasco).

Tecnica

- Lavar as maos;
- Reunir o material e coloca-lo na mesa de cabeceira do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Solicitar ao paciente para executar a higiene dos genitais, usando agua e sabao neutro, enxugar com gaze ou compressa;

- Orientar para que despreze o primeiro jato urinario no vaso sanitario e a seguir colher a urina restante na cuba-rim ou frasco coletor;
- Passar a urina para o frasco, previamente identificado, com as maos enluvadas;
- Retirar as luvas;
- Encaminhar laboratorio a urina;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.



- Urina 24 Horas (Clearense de creatinina)
- Material
- Frasco de 1000 ml,
- Cuba-rim,
- Luvas de procedimento,
- Tecnica
- Lavar as maos;
- Reunir o material, identificando os recipientes com nome do paciente, leito, quatro, placa para anotar: data, hora de inicio e termino da coleta;
- Orientar o paciente sobre a necessidade da realizacao do exame;
- Orientar o paciente para desprezar no vaso sanitario a primeira miccao da manha e a seguir iniciar a coleta da urina em cuba-rim ou frasco proprio, ate completar 24 horas, inclusive a urina do horario em que foi desprezada a primeira urina da manha anterior;
- Encaminhar os frascos com o material apos as 24 horas para o laboratorio juntamente com o peso e a altura do paciente;
- Avisar o laboratorio para colher amostra de sangue;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente a quantidade e caracteristica da urina encaminhada e anotar tambem no caderno de controle de exames;

Obs: - Em pacientes do sexo masculino, orientar para urinar diretamente no frasco.

COLETA DE FEZES PARA EXAME

NORMA

- A coleta de fezes para exame e de responsabilidade da enfermagem;
- O pedido de exame devera ser encaminhado ao laboratorio junto com o material.

PROTOPARASITOLOGICO

Material

- Espatula de madeira,
- Recipiente padronizado,
- Esparadrapo ou fita adesiva,
- Luva para procedimento.

Tecnica

- Lavar as maos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Orientar o paciente para evacuar em uma comadre limpa e seca;
- Calcar luvas;
- Colher as fezes com a espatula, depositando-a no recipiente padronizado, cerca de 5 a 10 g de fezes;
- Desprezar a espatula, envolvendo-a com papel higienico e jogando-a no lixo;
- Desprezar as luvas;

- Identificar com esparadrapo o recipiente contendo as fezes, com: nome do paciente, numero do
  quarto e leito;
- Encaminhar ao laboratorio;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.



- COPROCULTURA (FEZES PARA CULTURA)

Material

- Recipiente padronizado esterilizado,
- Espatula de madeira esterilizada,
- Comadre esterilizada ou cuba-rim esteril,
- Esparadrapo ou fita adesiva,
- Luva estereis.

Tecnica

- Lavar as maos;

02 - Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
03 - Oferecer a comadre esteril ao paciente, explicando-lhe para nao contamina-la;
04 - Calcar luvas;
05 - Colher somente com a ponta da espatula, a parte central do bolo fecal, de 5 a 10 g de fezes;
06 - Colocar o material coletado em recipiente proprio;
07 - Envolver a espatula em papel higienico, desprezando-a no lixo;
08 - Desprezar as luvas no lixo do banheiro;
09 - Identificar com esparadrapo o recipiente contendo as fezes, com: nome do paciente, numero do
quarto e leito;
10 - Encaminhar ao laboratorio;
11 - Lavar as maos;
12 - Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames;

18.4 - COLETA DE ESCARRO PARA EXAME

NORMAS

01 - E de responsabilidade da enfermagem a coleta de escarro para exame;
02 - O pedido de exame de escarro devera ser coletado com o paciente em jejum.

Material

Frasco proprio (plastico 200 ml),
Luvas de procedimento.

Tecnica

01 - Orientar o paciente quanto ao procedimento;
02 - Realizar ou solicitar que o paciente faca higiene oral com agua morna;
03 - Solicitar para o paciente escarrar no frasco previamente identificado com: nome do paciente, numero de quarto e leito;
04 - Encaminhar a amostra para o laboratorio imediatamente;
05 - Lavar as maos;
06 - Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.

18.5 - COLETA DE SANGUE PARA EXAME

Os exames mais comumente solicitados sao:
01 - Hemograma, (hematocrito) e hemoglobina, hemossedimentacao, tipagem sanguinea: Utilizando-se frascos com anticoagulante;
02 - Glicemia: Geralmente e utilizado frasco com fluoreto e oxalato;
03 - Ureia, creatinina, sodio e potassio, amilase, fosfatase alcalina etc.:Tudo simples;
04 - Hemocultura: Tubos com meio de cultura aerobico ou anaerobio.

NORMAS

01 - A responsabilidade de colher sangue para exame, pode ser tanto da enfermagem como do laboratorio,
dependendo da rotina do servico;
02 - O paciente deve ser orientado na vespera do exame quanto ao jejum, se necessario;
03 - A amostra de sangue deve ser encaminhada ao laboratorio imediatamente apos a coleta;
Material

Recipiente identificado,
Seringa e agulha apropriada,
Algodao embebido em alcool,
Garrote,
Luva de procedimento.

Tecnica

01 - Lavar as maos;
02 - Preparar o material;
03 - Explicar o procedimento ao paciente;
04 - Garrotear o braco;
05 - Fazer a anti-sepsia com o algodao embebido em alcool;
06 - Puncionar a veia e aspirar a quantidade necessaria de sangue;
07 - Soltar o garrote;
08 - Retirar a seringa com a agulha, comprimindo o local da puncao;
09 - Retirar a agulha da seringa e escorrer o sangue pelas paredes do recipiente;
10 - Se houver anticoagulante, movimentar suavemente o frasco para evitar a coagulacao;
11 - Enviar com a requisicao ao laboratorio, certificando-se de que o frasco esta

devidademente
identificado.

Leito Fechado
Faz-se leito fechado quando prepara a unidade para receber um paciente que deve ser arrumada aproximadamente 2 horas após ter sido feita a limpeza geral, permitindo arejamento do ambiente.

Material
- 2 lençóis;
- 1 lençol móvel, traçado, travessa ou forro;
- 1 impermeável;
- 1 colcha;

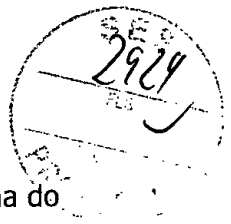
- toalhas de rosto e banho;
- fronha;
- cobertor;
- material acessório conforme a rotina do hospital (jarro, copo, bacias, comadre, cuba rim, etc.)

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Afastar a mesa de cabeceira;
- Colocar a cadeira aos pés da cama e sobre ela, o travesseiro e cobertor;
- Colocar a roupa no espaldar da cabeceira, observando a ordem em que será usada e empregando a técnica de dobradura - usar movimentos amplos, segurando a ponta superior e o lado mais próximo do lençol. Dobrar 2 vezes no sentido da largura (ponta com ponta).
Dobrar uma vez no sentido do comprimento e colocar na cadeira observando que as pontas fiquem no lado esquerdo (voltadas para a cama)

- Ordem na qual as roupas devem ser colocadas na cadeira
- Toalhas;
- Fronha;
- Colcha;
- Cobertor;
- Lençol de cima ou sobrelençol;
- Lençol móvel;
- Impermeável;
- Lençol de baixo.

- Pegar o lençol pelo lado direito e colocá-lo sobre o centro do colchão, de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;
- Ajeitar o primeiro lençol, prendendo-o por baixo e fazendo a dobra ao cobrir o canto.
- Colocar o impermeável a dois palmos de distância da cabeceira e depois o lençol móvel, prendendo por baixo do colchão;
- Estender o lençol de cima colocando a bainha rente ao colchão, na cabeceira da cama fazendo uma prega no centro, aos pés da cama (prega de conforto);
- Colocar o cobertor a 2 palmos da cabeceira, estendendo-o sobre o lençol.
- Colocar a colcha também a 2 palmos da cabeceira, fixando-a no cobertor e / ou lençol de cima com uma pequena dobra; - Rebater o lençol de cima sobre a colcha;
- Cobrir o travesseiro com a fronha e colocá-lo na metade da cama já pronta, observando

que a abertura da fronha fique voltado para o lado oposto da porta de entrada;
- Ajeitar as toalhas, se ficarem na cabeceira;
- Colocar a cadeira e a mesa de cabeceira no lugar;
- Virar as roupas aos pés da cama, cobrindo o canto, primeiro com o lençol de cima e cobertores e depois só com a colcha, cuidando sempre para não desfazer o que está pronto (segurar com uma das mãos e fazer a dobra com a outra);
- Passar para o outro lado da cama, dobrar a roupa para cima peça por peça;
- Completar a cama, continuando pelos pés e encerrando na cabeceira.
- Ajeitar os travesseiros;
- Verificar se está tudo em ordem e providenciar o material acessório conforme a rotina do hospital.

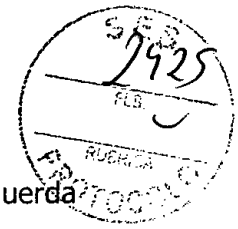


LEITO ABERTO
É aquela que está sendo ocupado por um paciente que pode locomover-se.

Material
- Devem ser levadas as peças de roupa que forem necessárias para troca.

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Colocar a cadeira aos pés da cama;
- Iniciar soltando o lençol de baixo;
- Afastar a mesinha-de-cabeceira;
- Colocar o travesseiro na cadeira;
- Fazer a dobradura da roupa com movimentos amplos já substituindo as peças necessárias;
- Colocar as roupas dobradas e em ordem de uso no espaldar da cabeceira, de modo que as pontas fiquem do lado esquerdo.
- Ao chegar no lençol de baixo remover as sujidades (sem agitar), dobrando-o e colocando na cadeira;
- Pegar a roupa pelo lado direito e colocá-la de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;
- Ajeitar o primeiro lençol deixando a bainha rente aos pés (se o lençol não for muito extenso), prendendo-o por baixo e fazendo a dobra ao cobrir o campo;
- Colocar o impermeável a 2 palmos de distância da cabeceira, e depois o lençol móvel prendendo-o por baixo do colchão;
- Estender o lençol de cima, colocando a bainha rente ao colchão na cabeceira da cama, fazendo uma prega no centro, aos pés da cama (prega de conforto);
- Colocar o cobertor a 2 palmos da cabeceira;
- Cobrir o cobertor com a colcha, fixando-a neste, através de pequena dobra, e rebater o lençol sobre a colcha;
- Recolocar a mesinha de cabeceira no seu lugar e colocar o travesseiro na metade da cama já pronta, com a abertura da fronha voltada para o lado oposto à porta de entrada;
- Ajeitar as toalhas na cabeceira;
- Fazer os cantos aos pés na cama;
- Endireitar a cadeira;
- Passar para o outro lado da cama, dobrar a roupa para cima, peça por peça.
- Completar a cama, continuando pela parte inferior e encerrando na cabeceira;
- Colocar o travesseiro no lugar;
- Fazer a dobra na roupa num ângulo de 90o, no lado que for melhor para o paciente;
- Lavar as mãos.
- Observações:
- Quando necessitar trocar as roupas, deixe-as já dobradas e na ordem de uso: colcha, cobertor, lençol de cima, lençol móvel, impermeável e lençol de baixo.

- As roupas de cama devem ser colocadas com as marcas para cima (se tiverem);
- Caso não haja hamper, improvisar o receptor de roupa usada. Não jogue a roupa no chão.
- O lençol móvel e o impermeável são dispensáveis para muitos pacientes. Também pode variar de posição, no leito, conforme necessidade.



Para Arrumar a cama em Duas
- Usar movimentos coordenados, dirigidos pela que se coloca a direita;
- Iniciar desmanchando pela cabeceira acabando pelos pés.
- Enquanto a da direita (1a) vira a cadeira e afasta a mesa-de-cabeceira, a da esquerda (2a) afofa os travesseiros e solta a colcha;
- Ao dobrar as roupas, a 1a segura as partes superiores e a 2a , as inferiores, fazendo com que as aberturas fiquem para a parte superior da cama;
- A seguir, faz-se pequena prega para que a 1a possa facilmente pegar a peça e colocá-la no espaldar da cadeira.
- A limpeza é feita cada qual no seu lado, sendo que a 1a limpa a cabeceira e a 2a os pés da cama;
- Após virarem o colchão, com movimentos sincronizados, procede a arrumação da cama.

Maneira de trocar as fronhas
- Colocar a fronha limpa pelo avesso;
- À medida que for retirando a fronha usada, ir colocando a limpa.

LEITO OPERADO
É feita para aguardar o paciente que está na sala de cirurgia ou em exame, sob anestesia

Material
- mesmo para cama fechada, acrescido de:
- Forro para cabeceira;
- Lenços de papel ou gaze;
- Cuba rim;
- Aparelho de pressão e estetoscópio;
- Bolas de algodão;
- Comadre (sendo homem, colocar-se papagaio)

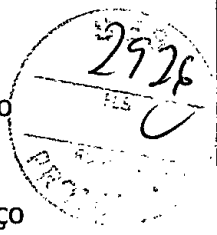
Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Providenciar a roupa de cama que deverá ser totalmente trocada;
- Dobrar a roupa e colocar na cadeira, em ordem de uso;
- Retirar a roupa de cama e fazer a limpeza;
- Colocar o lençol de baixo da mesma maneira que a cama simples;
- O impermeável com o lençol móvel poderá mudar de altura dependendo da cirurgia;
- Colocar as demais peças sem fazer os cantos;
- Nos pés, dobrar as roupas para cima deixando-as rente ao colchão;
- Enrolar ou dobrar tudo para o lado que melhor se adaptar à entrada do paciente.
- em tempo frio, colocar bolsa de água quente sob as roupas de cama, sem enrolá-las
- pode-se também dobrar em forma de leque no sentido da largura
- Na cabeceira, dobrar um forro em leque, colocando os travesseiros junto ao leito apoiados no beiral da cama;
- Deixar na mesinha só o material necessário para o paciente;
- Dependendo da cirurgia, providenciar frascos de drenagem, oxigênio, aspirador, suporte para soro.

Regina

96

- OBS: Tem finalidade de:
- Proporcionar conforto e segurança ao paciente;
- Facilitar a colocação do paciente no leito;
- Prevenir a infecção.

TROCA DO LEITO COM PACIENTE



- É a cama ocupada por paciente que não pode se locomover.
- Deve ser feita evitando-se cansar o paciente, o qual deverá ser afastado sempre para o lado contrário àquele em que se está trabalhando. O paciente ficará em decúbito lateral ou dorsal, conforme sua preferência e estado.
- Em caso de doente grave, a troca de cama será feita com 2 pessoas, para evitar esforço demasiado do paciente e da enfermagem e obter andamento mais rápido do cuidado.
- Geralmente a arrumação da cama é feita durante o banho dado no leito, para evitar perda de tempo e de esforços.

Material

- 2 lençóis;
- 1 lençol móvel, traçado, travessa ou forro;
- 1 impermeável;
- 1 colcha;
- toalhas de rosto e banho;
- fronha;
- cobertor;
- material acessório conforme a rotina do hospital (jarro, copo, bacias, comadre, cuba rim, etc.)
- manequim.

Assunto

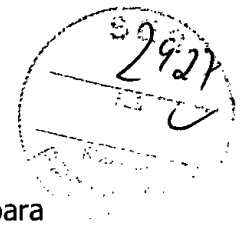
- Conversar com o paciente sobre o cuidado;
- Preparar o ambiente, se necessário, colocar o biombo;
- Lavar as mãos;
- Organizar o material e trazer para próximo do paciente.
- Dobrar a roupa de cama necessária, colocando-a no espaldar da cadeira
- Deixar as roupas dobradas no sentido do comprimento facilita a colocação no leito;
- Desmanchar a cama, iniciando à esquerda do paciente, soltando o lençol de baixo;
- Dobrar os cobertores, deixando só o necessário com o paciente;
- Colocar o paciente para o lado esquerdo, dobrando sobre ele as roupas de cama;
- Ir retirando, gradativamente, o lençol móvel, o impermeável e o lençol de baixo, ao mesmo tempo em que se coloca os limpos sobre o colchão, fazendo os cantos e preparando-os;
- Passar o paciente para o lado já pronto;
- Continuar a retirada gradativa da roupa usada e colocação da limpa, fazendo os cantos;
- Colocar peça por peça, a roupa usada no hamper, deixando o impermeável ao lado;
- Trocar a fronha;
- Deixar o paciente confortavelmente no centro da cama;
- Trocar o lençol de cima evitando descobrir demasiadamente o paciente;
- Fazer os cantos aos pés da cama.
- Colocar a colcha;
- Dobrar o lençol sobre a colcha e finalizar fazendo o canto;
- Colocar ordem no material;
- Lavar as mãos.

- OBS: Tem finalidade de:
- Proporcionar conforto ao paciente pela mudança de roupa;

Gregma
030497

- Estimular a circulação pela mudança de posição;
- Observar o aspecto geral do paciente.

- 2o Método
- Virar o paciente em decúbito lateral.
- Ajustar a comadre na região.
- Virar o paciente sobre a comadre
- Lavar as mãos.



- Obs.: O ideal é forrar a cama com impermeável e sobre este colocar a comadre, para não molhar o lençol.

- Retirar Comadre
- Levar para a unidade do paciente o seguinte material:
- 1 jarro com água.
- 1 bacia pequena.
- Saco plástico para lixo.
- Papel higiênico.
- Luvas de procedimento.

- Método:
- Lavar as mãos.
- Dar uma dobra em triângulo na roupa do leito.
- Calçar as luvas.
- Oferecer papel higiênico (colocar depois no saco plástico).
- Fazer higiene íntima.
- Retirar a comadre, ensinando o paciente a levantar o corpo ou virando-o em decúbito lateral.
- Cobrir a comadre e colocá-la na cadeira.
- Oferecer água para o paciente lavar as mãos.
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.
- Dar destino adequado aos dejetos.
- Lavar, desinfetar e guardar a comadre.
- Tirar as luvas e lavar as mãos.
- Observações:
- A comadre deve ser transportada coberta.
- Deve ser colocada e retirada o mais discretamente possível.
- Colocar a comadre com delicadeza (se possível, acolchoada ou aquecida).
- Quando necessário, cercar o leito com biombo.
- Deixar o paciente a sós, exceto nos casos graves ou pacientes muito enfraquecidos.
- Não deixar o paciente permanecer na comadre mais tempo do que o necessário, pois o equipamento pode traumatizar a pele.
- Ao retirar a comadre, cobri-la imediatamente.
- Sempre que o paciente fizer higiene sozinho, oferecer água e sabão para lavar as mãos.
- Lavar a comadre cuidadosamente, primeiro com água fria, a fim de não coagular as proteínas. A seguir, passar água quente.
- Observar fezes e urina com atenção, no que diz respeito ao volume, a consistência, cor, odor, presença de corpos estranhos. Se for acompanhada de dor ou esforço demasiado, anotar no prontuário.
- Após o uso, colocar no hamper os panos protetores da comadre.

- Colocar e Retirar Papagaio
- Método:
- Lavar as mãos

- Levar o papagaio para junto do paciente.
- Dar uma dobra em triângulo na roupa do leito.
- Entregar o papagaio (se o paciente estiver fraco e impossibilitado, ajudá-lo).
- Deixá-lo sozinho e colocar a campainha ao seu alcance.
- Depois de alguns minutos, trazer uma bacia com água para o paciente lavar as mãos.
- Levar o papagaio e a bacia para despejar, lavar e colocar em local apropriado.
- Lavar as mãos.



- Observações:
- Colocar o papagaio sobre a cadeira. Nunca no chão, na mesa de cabeceira ou no seu interior.
- Antes de oferecer o papagaio ao paciente, verificar se está em boas condições higiênicas, se não está furado, trincado ou com resto de urina.
- Massagem:
- Compressão manual, metódica dos tecidos corporais com finalidade terapêutica.
- Exercitando cotovelo:
- Mão do paciente apoiando na sua.
- Conduz a palma da mão em direção ao ombro.
- Retorne a posição neutra e volte novamente para o ombro, com mão para baixo.
- Punho: Posição neutra, para cima e para baixo.
- Joelho: com sua mão debaixo do joelho e tornozelo erga a perna em direção ao quadril e volte para o local, depois com a mão no tornozelo e outra sobre o joelho erga para cima o pé e perna, depois para dentro e para fora.

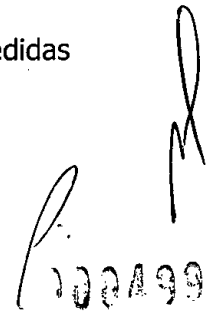
LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE OU DESINFECÇÃO CONCORRENTE
- É aquela feita diariamente para a manutenção da limpeza hospitalar.

Material
- 2 baldes;
- 1 rodo;
- 1 pano de chão;
- 1 par de luvas de borracha;
- 1 flanela;
- solução de álcool a 70%.

Assunto
- No preparo do leito (conforme técnica específica) deve-se retirar o pó com pano úmido e colocar os objetos do paciente em ordem.
- A desinfecção concorrente refere-se aquelas medidas que mantém limpo, a cada dia, o ambiente do paciente. Os funcionários da manutenção são treinados para implementar princípios de assepsia médica das seguintes maneiras:
- As áreas menos sujas são limpas antes daquelas demasiadamente sujas;
- Os pisos são limpos com esfregão umedecido, e os móveis tem o pó retirado com um pano úmido, evitando a distribuição de microorganismos através de correntes de ar empoeiradas.
- As soluções utilizadas para lavagem dos pisos são freqüentemente descartadas em vasos sanitários ou locais em que a água passa a ser logo embora;
- Elementos limpos jamais são colocados no chão.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO GERAL OU TERMINAL
- É feita após a saída do paciente por alta, transferência, óbito ou suspensão das medidas de isolamento.
- Nesta técnica existe a parte que compete a Enfermagem e a que é da alçada dos funcionários da limpeza, conforme rotina estabelecida.

Gregina



MATERIAL

- Hamper ou saco plástico para roupa usada;
- Bandeja ou carrinho contendo:
- Jarra ou bacia com água e sabão, ou solução desinfetante (fenol sintético ou hipoclorito de sódio 0,5 a 1%);
- Panos ;
- Luvas de borracha;
- Óleo lubrificante.

2929
FLS
PROTOCOLO

ASSUNTO

- Separar e organizar o material;
- Colocar luvas de borracha;
- Desfazer o leito manipulando o mínimo possível a roupa usada;
- Colocar a roupa em saco plástico; hamper ou improvisar um saco de roupa usada com a colcha ou lençol
- A desinfecção dos cobertores na própria unidade do paciente, é polêmica. O mais correto é enviar os cobertores para lavanderia.
- Retirar os utensílios de uso do paciente levando-os para a desinfecção em local próprio.
- Levar a roupa usada e trazer o material para a desinfecção.
- Fazer a limpeza e / ou desinfecção dos equipamentos;
- Arejar a unidade;
- Testar a cremalheira da cama e colocar óleo, se necessário;
- Deixar a unidade e os materiais em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos.

- Observações:
- Equipe de limpeza
- funcionário da limpeza, com luvas e bota de borracha, deve:
- Recolher os resíduos, colocando-os em saco plástico;
- Fazer a limpeza de todo o mobiliário, mantendo as gavetas abertas até a sua secagem;
- Fazer limpeza e desinfecção do leito;
- Lavar paredes e pisos com água e sabão;
- Limpar o banheiro, fazer rigorosamente a desinfecção
- A Enfermagem deve avaliar se há necessidade de proceder a desinfecção de toda a unidade.
- Nas áreas necessárias, como isolamento e transplantes de medula, além das luvas e botas o funcionário deve usar máscara e avental.

USO DE EPI

ESTERILIZAÇÃO

É o processo pelo qual são destruídos todas as formas de vida microbiana (bactérias nas formas vegetativas e esporulados), utilizado no tratamento de artigos críticos mediante a aplicação de agentes físicos e químicos

ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS EM PRODUTO QUÍMICO

O uso de produtos químicos para a esterilização de artigos e instrumentais deve ser feito quando estes não puderem ser esterilizados pelos métodos físicos.
Ao se fazer a escolha de um determinado produto químico, deve-se observar que este

tenha as seguintes propriedades:

- Destruir os microorganismos em todas as suas formas (vegetativas e esporuladas), em temperatura ambiente;
- Ser estável, quando em solução por tempo prolongado;
- Não ser irritante e tóxico para os tecidos humanos;
- Não ser corrosivos para os metais e não alterar materiais de borracha e plástico.

São imprescindíveis algumas condições para eficácia da esterilização ou desinfecção por agentes químicos, como:
- Limpeza e secagem prévia dos materiais ou artigos a serem submetidos ao processo de esterilização ou desinfecção por agentes químicos;
- Submersão total dos artigos na solução. É fundamental que este recipiente seja mantido tampado durante o tempo exigido perante o processamento dos materiais e a validade do produto;
- Tempo de contato ou exposição do artigo a solução - esterilização = 8 a 10 h e desinfecção = 45 minutos;
- Os recipientes com as soluções químicas dever sr mantidos à temperatura ambiente e em local bem ventilado.

A retirada dos materiais da solução deve ser feita com técnica asséptica, após o que devem ser realizados vários enxágües com água esterilizada, para remover os resíduos do produto químico. Enxuga-los, usando compressas esterilizadas ou ar comprimido e acondiciona-los em invólucro estéreis, encaminhando-os ao uso imediato.
Segundo o Ministério da Saúde, os aldeídos são os principais ativos que possuem ação esporicida, garantindo a esterilização dos artigos.
São: gluteraldeído e formaldeído.

GLUTERALDEÍDO

O gluteraldeído é um dialdeído saturado,m cujo mecanismo de ação se dá pela reticulação das proteínas celulares, alterando suas funções.
Quanto à concentração, é apresentado em solução aquosa a 2%.
Esta solução possui pH ácido e neutro. Após a ativação, a validade da solução é de 14 a 28 dias.
Este agente apresenta uma série de vantagens, tais como: agir na presença de matéria orgânica, não corroer o material, não alterar os equipamentos de borracha e plásticos, e não danificar lentes de equipamentos.
Porém, é um produto irritante para olhos e vias respiratórias na concentração acima de 0,2 ppm no ambiente. É também irritante da mucosa e pele, podendo até provocar queimaduras químicas. Por isso, todo material que entra em contato direto com a pele e mucosa deve ser exaustivamente enxaguado.

ESTERILIZAÇÃO EM GLUTERALDEÍDO

É o processo de esterilização realizado através da imersão dos artigos em solução de gluteraldeído a 2%.
Artigos a serem submetidos:
- instrumentos metálicos;
- tubos de borracha, silicone, nylon, teflon ou PVC;
- componentes metálicos de endoscópios de alto risco (laparoscópio, ventriculoscópio, artroscópio, cistoscópio

Recomendações de uso:

a) Quanto aos artigos:

· Obter informações junto ao fabricante do artigo, para saber se o mesmo pode ser processado em gluteraldeído
· Materiais demasiadamente porosos como os látex podem reter o gluteraldeído, caso não haja bom enxágüe;
· Não misturar artigos de metais diferentes, pois pode haver corrosão eletrolítica se houver contato entre eles.

SES
AS
RUBRICA
PROTOCOLO
194

b) Quanto ao processo:
· Os gluteraldeído alcalinos ou neutros são menos corrosivos que os ácidos;
· Ativar os produto e/ou verificar se está dentro do prazo de validade para a utilização;
· Usar a solução em recipientes de vidro ou plástico, preferivelmente;
· Quando utilizar caixa metálica, proteger o fundo da mesma com compressa, evitando o contato com os artigos a serem processados;
· Manter os recipientes tampados.

c) Quanto à validade da solução ativada em uso:
· Não deixar a solução em temperatura superior a 25ºC;
· Observar a realidade da solução de repetidos usos, por meio de fitas-teste, "kit" líquido ou similares. Utilizar teste específico para cada formulação. Os melhores testes são aqueles que dão como resultado uma concentração de até 1% de gluteraldeído;
· Na impossibilidade de fazer testes, observar o aspecto da solução quanto à presença de depósitos e quanto à alteração da coloração e pH. Nesta situação, descartar a solução, mesmo dentro do prazo de validade estipulado pelos fabricantes.

ROTINA PARA O PREPARO DO ARTIGO A SER ESTERILIZADO EM GLUTERALDEÍDO

- Desarticular os artigos termosensíveis que serão esterilizados
- Imergir os artigos em solução enzimática por 3 mim. Ou de acordo com informação do fabricante
- Lavar os artigos em água corrente, sabão e escova
- Após lavar, enxaguar em água corrente
- Secar o artigo em ar comprimido ou compressa estéril
- Preparar o recipiente para receber solução de gluteraldeído; (forrar o fundo da caixa metálica com compressa estéril)
- Colocar máscara e luvas estéreis para imergir os artigos em técnica asséptica em solução de gluteraldeído
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias com o auxílio de seringa se necessário, evitando formação de bolhas de ar
- Fechar a caixa metálica, esperando o tempo de exposição indicado, sendo 45' para desinfecção e 8 a 10 h para esterilização. Obs: cobrir material imerso com compressa estéril
- Fazer um rótulo colocando o que é, o que colocou e sua validade e pregar na tampa da caixa
- Terminando o tempo de imersão desejado, retira o artigo da caixa em técnica asséptica utilizando máscara e luvas estéreis
- Enxaguar o artigo, inclusive o interior das tubulações, com água esterilizada e técnica asséptica. É recomendado múltiplos enxágües para eliminar os resíduos do produto
- Secar externamente os artigos, com técnica asséptica, compressa estéril ou ar comprimido
- Acondicionar o artigo processado em recipiente ou invólucro adequado e estéril e destinar ao uso imediato.

Regina

100592

Observação:

- O enxágüe e a secagem estéreis são obrigatórios
- Os artigos devem ser esterilizados imediatamente após o uso e não podem ser estocados, mesmo em recipientes estéreis sob risco de contaminação do material
- Deve-se ter cuidado ao manusear a solução, pois se cair uma gota sequer de água a solução perde sua valia
- A solução tem validade de 14 a 28 dias
- Observar odor, cor, cheiro e presença de resíduos
- É preferível o uso de caixa plástica no acondicionamento dos artigos, mas na ausência desta pode-se usar caixa metálica
- Antes de manipular os artigos deve-se enxaguar as luvas estéreis em água destilada ou soro fisiológico
- O primeiro artigo a ser utilizado no dia deve ser esterilizado

DESINFECÇÃO

É o processo físico ou químico que destrói todos os microorganismos, exceto os esporulados.
Existem três tipos de desinfecção:

a) Desinfecção Alto Nível - quando os desinfetantes são eficazes contra todas as formas vegetativas, destroem uma parte dos esporos quando utilizados entre 10 e 30 minutos. Ex: material de inaloterapia e oxigenoterapia.

b) Desinfecção Médio Nível - quando os desinfetantes não destroem esporos, tem ação sobre o bacilo da tuberculose, ampla ação sobre vírus e fungos, mas não destroem, obrigatoriamente, todos eles.

c) Desinfecção Baixo Nível - quando os desinfetantes têm atividade contra bactérias vegetativas, mas não destroem esporos. Ex: Colchões, mesas, etc.

DESINFECÇÃO POR MEIO QUÍMICO LÍQUIDO

- Imergir o artigo em solução desinfetante recomendada ou realizar fricção com pano embebido. Na impossibilidade de imersão:
- Utilizar EPI e, no manuseio de produtos garantir farta ventilação do local;
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias, evitando formação de bolhas de ar;
- Observar e respeitar o tempo de exposição ao produto, de acordo com o recomendado para cada tipo;
- Manter recipientes tampados durante o processo dos artigos e a realidade do produto;
- Enxaguar artigos submetidos aos produtos, inclusive o interior das tubulações, com água potável ou água esterilizada de acordo com a criticidade dos artigos.

HIPOCLORITO DE SÓDIO

Indicações de Uso:
· Desinfecção de nível médio de artigos e superfícies;
· Descontaminação de superfícies;

Tempo de Exposição para:
- Desinfecção de superfícies da unidade de diálise, hemodiálise, banco de sangue, laboratórios e qualquer superfície contaminada = 10 minutos, com 1% de cloro ativo.
- Desinfecção de lactários, cozinhas, depósitos de água, bebedouros, material de

inaloterapia e oxigenoterapia não-metálicos = 60 minutos, em 0,02% de cloro ativo.
- Descontaminação d superfícies = 10 minutos, em 1% de cloro ativo.

Recomendações de uso:
- O uso deste produto é limitado pela presença de matéria orgânica, capacidade corrosiva e descolorante;
- Quando preparado pela farmácia do hospital, deve possuir técnica de preparo escrita. Deve ser efetuado o controle da qualidade da matéria-prima e da solução;
- Quando adquirido externamente, deve estar assegurada a qualidade do produto.
- Os artigos submetidos até a concentração de 0,02% não necessitam de enxágüe.
- As soluções devem ser estocadas em lugares fechados, frescos, escuros (frascos opacos);
- Não utilizar em metais e mármores pela ação corrosiva.

ROTINA DE DESINFECÇÃO DE ARTIGOS EM HIPOCLORITO DE SÓDIO

- Desarticular os materiais termosensíveis que passarão pela desinfecção;
- Imergir os artigos em solução enzimática por 3 minutos, ou de acordo com recomendações do fabricante;
- Lavar os materiais em água corrente com sabão e escova
- Após lavar, enxaguar em água corrente
- Secar os artigos em ar comprimido ou compressa estéril
- Colocar máscaras e luvas para imergir os artigos na solução de hipoclorito de sódio
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias
- Fechar o recipiente onde os artigos estão imersos, respeitando o tempo de exposição indicado, sendo 30 minutos para concentração de 1% e 60 minutos para concentração de 0,02%
- Terminando o tempo de imersão desejado, retirar o artigo do recipiente em técnica asséptica utilizando máscaras e luvas estéreis
- Enxaguar os artigos imersos na concentração de 1% em água estéril
- Secar os artigos em ar comprimido ou compressa estéril
- Acondicionar o material processado em recipiente ou invólucro adequado e estocar em local limpo, seco e fechado

Observação:

· Na falta de água destilada, os artigos podem ser enxaguados com soro fisiológico.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

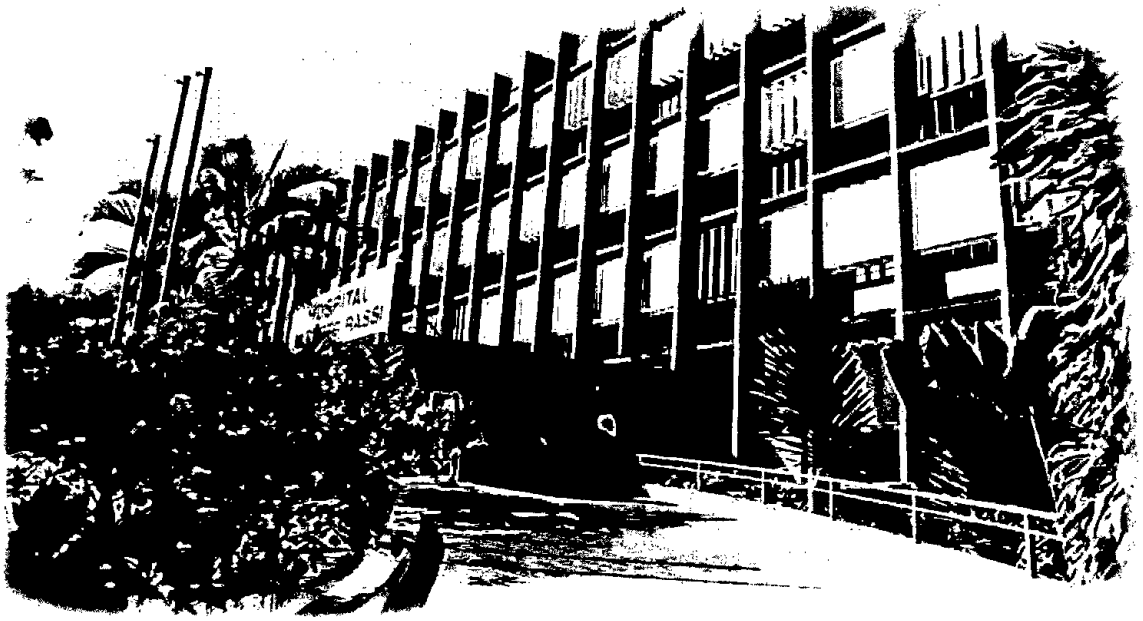
Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme

Chamamento Público nº 005/2011.



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE

- PREPARAÇÃO DO HGG PARA CERTIFICAÇÃO EM NÍVEL 1 ONA -

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

Pág.

Introdução..... 03

Acreditação – Considerações Gerais..... 04

Acreditação – Passo a Passo 05

Acreditação – Objetivos..... 06

Macro-Ações – Processo de Acreditação..... 06

Políticas a serem implantadas..... 07

Acreditação – Gerenciamento de Riscos..... 08

Notificação de Eventos..... 09

Tratamento de Eventos – Análise Restrospectiva..... 11

Tratamento de Eventos – Análise Prospectiva..... 13

Notificação e Tratamento de Não-Conformidades..... 14

Metas Internacionais para Segurança do Paciente 15

INTRODUÇÃO

O contexto atual de incerteza na gestão em saúde, com o surgimento de um ambiente moldado pelas exigências da globalização, um comportamento dinâmico do mercado, aceleradas mudanças demográficas, tecnologias e tratamentos cada vez mais novos e caros, aliado as maiores exigências dos consumidores, causarão profundas mudanças nos sistemas de saúde na próxima década.

Mudanças têm que ser feitas, as escolhas que restam aos envolvidos nos atuais sistemas de saúde são: quando e como? Se eles esperarem demais ou não agirem com suficiente decisão, seus sistemas chegarão a um impasse – em outras palavras, não poderão continuar seguindo o mesmo rumo – e demandarão uma reestruturação imediata de grandes proporções.

A análise do cenário interno das organizações de serviços de saúde evidencia desafios crescentes a serem enfrentados. Aliados à complexidade das relações profissionais existentes, tornam mais complexa a gestão destas organizações por parte de seus dirigentes. As organizações devem, portanto, adotar modelos de gestão comprovadamente positivos, que auxiliem na busca contínua pela excelência, resultando numa assistência segura à saúde de seus usuários. Assim, a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde cresce nos últimos anos.

A qualidade é uma questão atemporal em permanente mutação e construção, embora seu significado e abrangência tenda a evoluir, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças na envolvente, dependendo a sua construção da vontade das pessoas e das organizações, em serem melhores e em exigirem um desenvolvimento natural e social mais justo e equilibrado, que permita a sustentabilidade

A implantação da gestão da qualidade, além de uma filosofia de gestão que dispõe de um conjunto de instrumentos, métodos e práticas, constitui um modelo de comunicação integrado, cuja importância é crucial para a prática de uma gestão moderna contribuindo para a tão necessária mudança na gestão das organizações de saúde. Dentre as estratégia de implantação da qualidade nos Hospitais, está a metodologia da Acreditação.

ACREDITAÇÃO – Considerações Gerais

Devido à complexidade do setor saúde, foram desenvolvidos vários projetos de gestão da qualidade na área da saúde. No inicio do século passado, em meados de 1924, pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) com o programa de Padronização Hospitalar (PPH). Neste programa, definiram-se padrões mais apropriados para garantir a qualidade de assistência aos pacientes. Depois deste marco inicial, foram realizadas várias modificações até se chegar em 1951, nos Estados Unidos a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que nada mais era que a parceria do CAC, junto a outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária. Juntas, em 1952 delegou oficialmente o programa de Acreditação a Joint Commission on Accreditation of Healthcare que se baseava em proteger e organizar a profissão médica, aprimorando o ambiente e a prática clínica. Com o passar do tempo o trabalho estendeu-se para outras áreas de assistência à saúde, com outras finalidades como educação, consultoria, participação e profissionalismo.

Atualmente, podemos dizer que Acreditação é uma avaliação periódica e voluntária que estimula o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência. Esta abordagem permite que as áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas de forma a se estabelecer um plano de ação para melhoria desses pontos críticos e, consequentemente, um caminho para a busca da Acreditação.

O processo da acreditação é voltado especificamente para serviços de saúde, ou seja, para organizações que prestam algum tipo de serviço de saúde ao cidadão, sejam hospitais, farmácias, laboratórios, serviços de imagem, serviços de hemoterapia, serviços de nefrologia, serviços ambulatoriais e serviços de home care.

O termo acreditação é utilizado no setor saúde desde o início do século XX como estratégia de certificação e verificação da qualidade do serviço de saúde a partir de determinados padrões previamente estabelecidos.

ACREDITAÇÃO - PASSO A PASSO

O processo da Acreditação inicia-se com a sensibilização da organização para a utilização da metodologia. A seguir é realizado um diagnóstico organizacional, que deve ser feito por uma IAC's, organizações independentes e idôneas, reconhecidas pela ONA. Nesse diagnóstico devem ser levantadas evidencias objetivas, que são consideradas informações cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos e/ou dados obtidos por observação, documentação, medição e outros meios. Ao final têm-se um relatório de avaliação dos pontos fortes, das não conformidades e das oportunidades de melhoria de cada subseção, permitindo a elaboração de um plano de ação para as melhorias necessárias.

O resultado da avaliação da Acreditação pode ser Acreditado (Nível 1), Acreditado Pleno (Nível 2) ou Acreditado com Excelência (Nível 3). No Nível 1 da Acreditação será avaliada a segurança dos processos assistenciais para os pacientes e para os profissionais que trabalham nas organizações. A palavra chave é a segurança, com foco no Gerenciamento de Riscos. Para ser acreditada no Nível 2 a organização deve atender os requisitos do Nível 1 e utilizar uma lógica de gestão por processos, identificando os processos finalísticos e os de apoio, bem como promovendo uma interação entre esses processos. A organização Acreditada Plena, no Nível 3, além de mostrar segurança nos processos executados, atendendo aos requisitos do Nível 1 e 2, apresenta resultados consistentes, com evidências de ciclos de melhoria e impacto sistêmico.

A Acreditação baseia-se no princípio do "tudo ou nada", ou seja, o padrão tem que ser totalmente cumprido para que seja acreditado no nível avaliado. Todas as áreas devem satisfazer um determinado nível, agregando-se dessa forma o conceito de homogeneidade. O que define o resultado final é o menor nível. Assim, avalia o hospital a partir de uma abordagem sistêmica.

Submeter-se à avaliação externa, para serviços de saúde, é um ato voluntário, assumido após a consideração dos aspectos positivos e negativos dessa decisão. Quando essa avaliação é feita por especialistas, fornece uma idéia precisa da qualidade das condições em que a assistência é prestada, permitindo ressaltar as características de excelência dos serviços. Por outro lado, essa abordagem implica ainda que áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas, de forma a indicar caminhos potencialmente

adotáveis pela direção, contribuindo para o direcionamento mais adequado das atitudes a tomar e melhorando idealmente a possibilidade de atingir os objetivos.

De certa forma, esse caráter voluntário pode se tornar uma das várias formas de assegurar o interesse público. Por um lado, há a oportunidade de as organizações se conhecerem melhor. Por outro, pode-se verificar quem está disposto a se submeter a uma avaliação externa, com resultados idealmente não-controláveis. O risco que se corre, porém, é o de haver organizações preocupadas em apenas passar nessa avaliação, não em melhorar seu desempenho, risco este, presente em qualquer forma de avaliação que possa ser considerada de caráter comparativo.

Para que os participantes de um programa de Acreditação se sintam estimulados a aderir voluntariamente à idéia, o processo prevê a garantia da confidencialidade dos dados. Assim, é preciso que esteja claro o destino a ser dado aos achados, o fluxo das informações, o encaminhamento dos resultados. Interessados neles de forma direta, além da própria organização, certamente são os usuários e os financiadores; mais à distância estão a imprensa e os órgãos de classe, entre outros.

ACREDITAÇÃO - OBJETIVOS

- Propiciar ambiente interno de educação para a qualidade
- Favorecer a credibilidade junto a comunidade usuário dos serviços
- Melhorar continuamente as práticas assistenciais
- Favorecer a profissionalização da gestão
- Implantar processos de trabalho voltados à segurança do paciente

MACRO-AÇÕES – Processo de Acreditação

- Diagnóstico institucional
- Sensibilização das lideranças
- Sensibilização das equipes operacionais
- Adequação da estrutura física
- Adequação da estrutura de pessoal

POLÍTICAS A SEREM IMPLANTADAS:

- Política da Qualidade – Gestão por Resultados
- Política de Segurança do paciente
- Política da Gestão de Riscos
- Política de Registros Seguros
- Política de Gestão de Custos
- Política de Qualificação de Fornecedores
- Política de Gestão Sócio-Ambiental
- Política de Gestão de Pessoas
- Política de Suprimentos
- Política de Gestão da Clínica
- Política de Gestão da Informação
- Política de Comunicação Institucional
- Política de Consentimento Informado e Esclarecido

ACREDITAÇÃO – GERENCIAMENTO DOS RISCOS

Formar a Comissão de Gerenciamento do Risco:

É necessária uma equipe multiprofissional, que tenha representantes da direção, das áreas assistenciais, de apoio, administrativa da instituição, da CCIH e auditoria clínica.

Outros pontos importantes são: a elaboração e compartilhamento entre os membros da comissão do cronograma das reuniões ordinárias.

Metodologia das reuniões ordinárias:

- iniciar verificando e discutindo os pontos pendentes da reunião anterior,
- realizar planos de ação dos itens discutidos,
- registrar os acordos e pontos estratégicos em livro de ata;
- divulgar e repassar as responsabilidades para as pessoas estratégicas.

Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco:

Planejar e elaborar a política de gerenciamento do risco significa oficializar a nomeação dos membros da Comissão, elaborar o planejamento das ações de implantação e implementação da gestão do risco no hospital buscando o perfeitoalinhamento ao planejamento estratégico institucional.

Identificar, classificar e mapear os riscos institucionais:

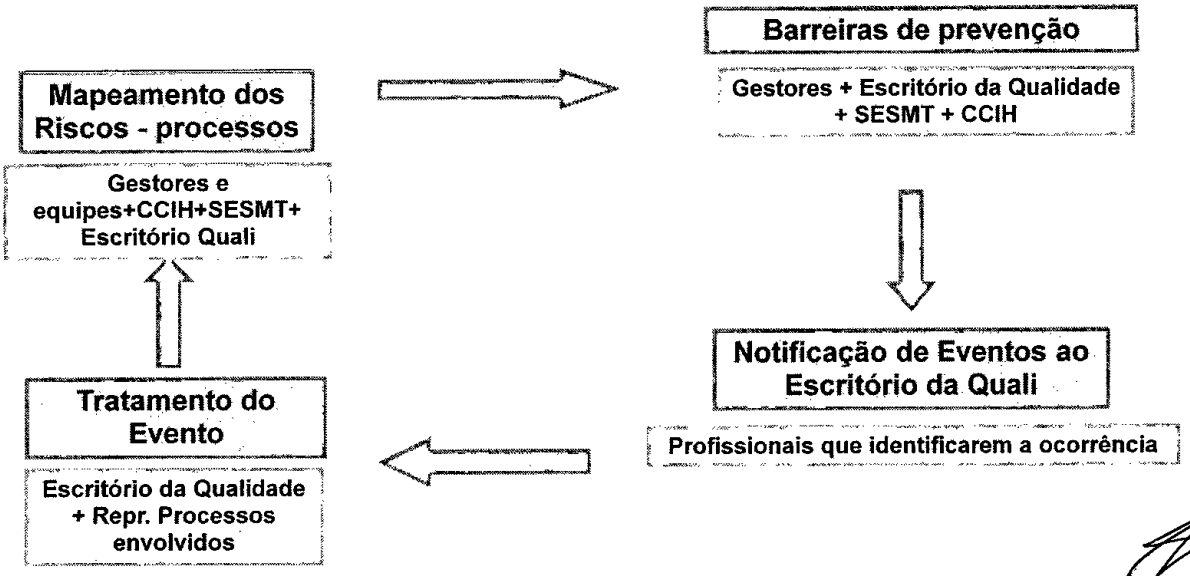
Para identificar os riscos presentes nos processos é recomendada a utilização das ferramentas para levantar os pontos de fragilidades:

- Mapeamentos dos processos;
- Notificações de Quase Dano e Eventos Adversos;
- Notificações de não conformidades;
- Busca Ativa em Auditoria Clínica;
- Alertas e na Literatura.

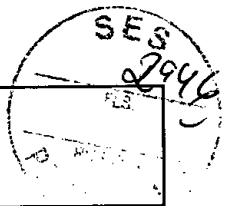
Na classificação e mapeamento dos riscos objetiva-se determinar o nível de risco e estabelecer as prioridades nos pontos críticos de cada processo assistencial.

Os Níveis de Risco (Criticidade do Risco) são obtidos multiplicando Gravidade por Probabilidade. Este valor permite priorizar a intervenção sobre o risco, bem como priorizar as ações que serão implementadas.

Fluxo de Gestão do Risco



TRATAMENTO DOS EVENTOS – ANÁLISE RETROSPECTIVA



	GERENCIAMENTO DE RISCOS **ANÁLISE RETROSPECTIVA – IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO**					
Nível da análise		Questões*	Achados (o quê ocorreu; definir o evento)	Causa	Por quê	Ações
O quê ocorreu	Ocorrência (evento sentinela, erro, reação adversa)	Quais são os detalhes do evento? (descrição)				
		Quando o evento ocorreu?				
		Que processos foram envolvidos?				

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS

	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERRO, EVENTO SENTINELA E REAÇÃO ADVERSA	**Notificação Nº** 2695 (Uso do Escritório da Qualidade) **Data: / /**
Natureza do Evento	Identificação da natureza da ocorrência pelo notificante	Identificação da natureza da ocorrência pelo Escritório da Qualidade
	( ) Erro ( ) Evento Sentinela ( ) Reação Adversa	( ) Erro ( ) Evento Sentinela ( ) Reação Adversa
Descrição do Evento		
Quem notificou		Origem Serviço HCC
Data de recebimento pelo Escritório da Qualidade:		Quem recebeu:
Nível de Análise	O que ocorreu: Evento:	
Questões	Quais os detalhes do evento: Quando o evento ocorreu: Quais processos foram envolvidos:	
Causa(s)		
Por quê		
Ações	Correção Ação Corretiva: Ação Preventiva:	
Devolvido ao Escritório da Qualidade pelo Serviço notificado em		Quem recebeu:
Avaliação do Escritório da Qualidade: eficácia da ação	Tratamento do evento ( ) SATISFATÓRIO ( ) INSATISFATÓRIO Ações Propostas ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA	

TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLSE PROSPECTIVA

(1) MUITO IMPROVÁVEL	✓ Raramente ocorre ✓ Não se espera que o dano ocorra durante anos		**(1) LIGEIRA**	Quando pode desencadear lesões ligeiras (irritação de olhos, pele, cefaléia, desconforto,...)
(2) IMPROVÁVEL	✓ Ocorre ocasionalmente ✓ Aceita-se que o dano ocorra até uma vez durante 1 ano		**(2) GRAVE**	Quando é susceptível de provocar incapacidade temporária (lacerações, queimaduras, fraturas menores, lesões músculo esqueléticas, ...)
(3) PROVÁVEL	✓ Ocorre frequentemente ✓ Espera-se que o dano venha a ocorrer com relativa facilidade ✓ Algumas vezes por mês		**(3) MUITO GRAVE**	Quando pode provocar lesões muito graves (intoxicações, lesões múltiplas, fraturas, doenças crônicas,...)
(4) MUITO PROVÁVEL	✓ Certamente ocorre ✓ Espera-se que o dano ocorra com muita facilidade ✓ Várias vezes por semana ou diário		**(4) MORTE**	

TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

GRAVIDADE (G)	PROBABILIDADE (P)				
	G x P	1	2	3	4
	1	1	2	3	4
	2	2	4	6	8
	3	3	6	9	12
	4	4	8	12	16

TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

RISCOS	MEDIDAS/ORIENTAÇÕES
TRIVIAL Criticidade 1	✓ Não requer ação específica
ACEITÁVEL Criticidade 2, 3	✓ Não é necessário melhorar a ação. No entanto, devem ser consideradas avaliações periódicas de modo a analisar a sua evolução.
MODERADO Criticidade 4, 6	✓ Devem ser implementadas políticas de redução do risco a médio e curto prazo.
IMPORTANTE Criticidade 8, 9	✓ O risco tem de ser reduzido rapidamente ✓ Devem ser implementadas políticas de redução do risco a curto prazo e avaliações periódicas para garantia da redução do risco
INTOLERÁVEL Criticidade 12, 16	✓ A ação não deve continuar até que o risco seja imediatamente reduzido, sob pena de serem cancelados atos, procedimentos clínicos e até encerrados serviços clínicos

TRATAMENTO DE NÃO-CONFORMIDADES

	RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE	Nº	Data:
			Página 1/1

ORIGEM: ( ) Cliente ( ) Fornecedor ( ) Acreditação ( )
Outro_____

DESCRIÇÃO DA NÃO-CONFORMIDADE:

Fruto da quebra da cadeia de valor – Interações de Processos

Responsável: Data:

ANÁLISE DA(S) CAUSA(S):

Definição das causas – uso do Diagrama de Ishikawa – mediação entre os Processos pelo Escritório da Qualidade

Responsável: Data:

AÇÃO CORRETIVA: Eliminam a causa? Impedem que haja recorrência?

Ações planejadas – uso da ferramenta 5W2H – Acompanhamento das ações pelo Escritório da Qualidade

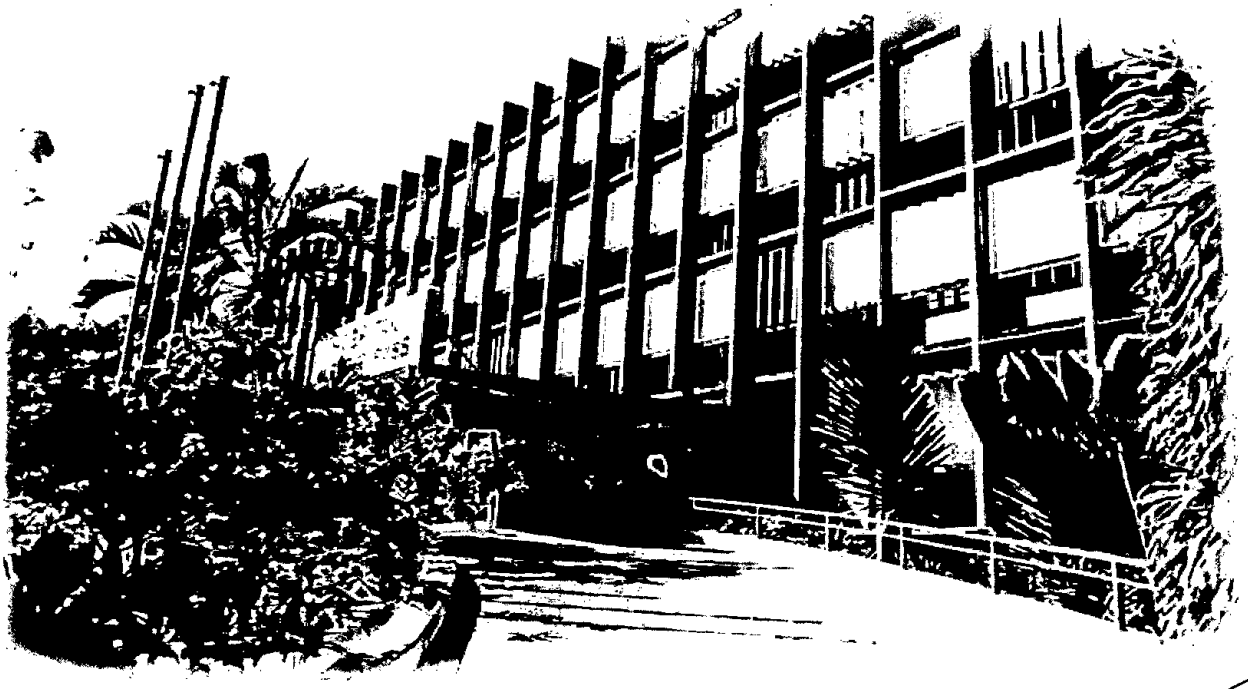
Responsável: Data:

METAS INTERNACIONAIS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

- Identificar pacientes corretamente
- Melhorar a comunicação efetiva (prescrições/exames diagnósticos)
- Segurança -medicamentos risco
- Cirurgias em pacientes, membros e local corretos
- Reduzir o risco de infecções
- Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas
- Assegurar a continuidade do uso de medicamentos de uso continuado durante a internação hospitalar (Reconciliação Medicamentosa)

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Implantação da Telemedicina

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

TELEMEDICINA – CONCEITO

Telemedicina pode ser definida como o conjunto de tecnologias e aplicações que permitem a realização de ações médicas à distância. É possível que novas modalidades de ação médica, onde a telemedicina esteja sendo aplicada, surjam com grande velocidade nos próximos anos. Nos dias de hoje, vem sendo aplicada mais freqüentemente em hospitais e instituições de saúde, que buscam outras instituições de referência para consultar e trocar informações.

Também vem sendo aplicada para discussões de casos clínicos, auxílio diagnóstico, assistência a pacientes crônicos, idosos e gestantes de alto risco, assim como na assistência direta ao paciente em sua casa.

A grande vantagem no momento é sua aplicação na assistência primária a pequenas comunidades em regiões geográficas e/ou socioculturais distantes dos grandes centros urbanos. Estas regiões estão entre as áreas de maior risco no processo adoecer e morrer, devido à escassez de profissionais habilitados em identificar doenças, tratá-las e promover a saúde a nível local. Um dos principais motivos disso é o isolamento intelectual, e escassos recursos de auxílio diagnóstico. Acredita-se que, a telemedicina possa ampliar as ações de profissionais e agentes comunitários de saúde, integrando-os aos serviços de saúde, localizados em hospitais e centros de referência, mantendo um mecanismo de atendimento contínuo para prevenção, diagnóstico e tratamento.

A telemedicina, ou telessaúde, não é compreendida como uma nova modalidade de especialização médica. É um método que consiste na aplicação do atendimento médico nos casos em que a distância é um fator crítico entre o profissional e o paciente, sendo um recurso possível com o advento das evoluções tecnológicas.

Seu uso propicia a troca de diferentes dados, desde o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos mais precisos, seja para a promoção de prevenção e tratamento de doenças até a construção de bancos de dados de referência epidemiológica.

Com a evolução dos meios de comunicação, é natural que o contato entre o médico e o paciente possa ser feito a distância. Por isso, ao contrário do que se possa pensar, todas as aplicações dessa técnica apresentaram respostas positivas, tanto de médicos quanto de pacientes.

Hoje, regulada pelo órgão norte americano ATA (American Telemedicine Association), a telemedicina já é uma realidade em muitos países e apresenta em sua forma mais básica o uso de infra-estrutura convencional de telefonia. Segundo informações da ATA, a telemedicina congrega uma redução de custos com ampliação da atuação médica, sendo importante, ainda, no

SES
1953
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

acompanhamento remoto de resultados de exames e execução de discussões técnicas. Exemplo disso são os serviços de atendimento aos clientes (SAC) para esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos, sobre intoxicações, para a busca de auxílio no combate ao tabagismo, etc

VANTAGENS DA TELEMEDICINA

Como vantagens do uso da telemedicina, temos:

- Redução do tempo e dos custos, pela desnecessidade de transportar os pacientes;

- Ajuste do gerenciamento dos recursos de saúde devido à avaliação e triagem por especialistas;

- Acesso rápido a especialistas em casos de acidentes e emergências;

- Diminuição da pressão sobre hospitais já comprometidos pela falta de leitos e recursos;

- Uso mais eficiente de recursos, através da centralização de especialistas e da descentralização da assistência, alcançando um número maior de pessoas;

- Cooperação e integração de pesquisadores com o compartilhamento de registros clínicos e

- Maior qualidade dos programas educacionais para médicos e residentes localizados em zonas fora de centros especializados.

SERVIÇOS DISPONÍVEIS ATRAVÉS DA TELEMEDICINA

Abaixo relatamos alguns exemplos isolados da aplicabilidade da Telemedicina que já estão à disposição o Brasil, tendo sempre em mente que a Telemedicina ideal seria a junção de todas essas funções em um único sistema remoto.

Teleconferência

Outra forma muito utilizada de telemedicina é o intercâmbio de informações sobre um paciente entre dois ou mais médicos. É a teleconferência, ou teleconsulta, que pode assumir muitas formas. A tecnologia mais sofisticada, denominada videoconferência, permite que os médicos conversem entre si, usando câmaras de vídeo e microfones, e um software especial de comunicação. Também podem ser enviadas imagens médicas de vários tipos (radiografias, tomografias, etc.), captadas através de um scanner, câmara fotográfica digital ou equipamentos médicos como otoscópios, oftalmoscópios, etc., cuja saída de imagem já pode ser enviada diretamente pelo sistema. Esses recursos são muito utilizados atualmente para sistemas de segunda opinião médica em contato com centros mais desenvolvidos, no Brasil ou no exterior.

Exemplo de imagem usada em teleradiologia (Sistema RVScreen)

Outra aplicação nesse sentido é a telepatologia, uma câmara digital associada a um microscópio permite o envio pela rede de imagens microscópicas. A principal desvantagem da videoconferência é que ainda exige linhas telefônicas digitais (geralmente ISDN) de alta velocidade, o que limita e encarece sua utilização mais ampla no meio médico.

ECG pelo telefone

Um exemplo simples de assistência à distância é a tecnologia conhecida como "monitoração cardíaca transtelefônica". O paciente (geralmente um cardiopata crônico ou recém-infartado), usa um cardiobipe, um pequeno aparelho eletrônico.

Depois de colocar três eletrodos em contato com o corpo, o paciente pressiona um botão no cardiobipe e recolhe alguns segundos do seu eletrocardiograma, que é armazenado na sua memória eletrônica. Em seguida, telefona para uma central de atendimento, se identifica, encosta o aparelhinho no bocal do telefone e pressiona outro botão, enviando o eletro pelo telefone. Em questão de poucos minutos, recebe pela mesma ligação uma orientação do médico de plantão, que analisou seu ECG e dá recomendações. Estudos científicos demonstraram que a mortalidade de pacientes que fazem a monitoração transtelefônica depois de se recuperarem de um infarto do miocárdio, é quase 50 % menor do que a de outros pacientes.

Outra aplicação interessante do cardiobipe ocorre no consultório de médicos e dentistas que realizam cirurgias ambulatoriais. Antes de realizar a anestesia, realizam um eletro à distância e podem operar com mais segurança, evitando ocorrências cardíacas durante a mesma. Uma empresa de São Paulo, a Telecárdio, que realiza serviços de monitoração cardíaca transtelefônica, publicou recentemente em um congresso odontológico os resultados de cerca de 2,5 mil monitorizações feitas pelos dentistas com que trabalha. Cerca de 15 % das chamadas tinham alguma anormalidade, e 72 cirurgias foram adiadas, porque o paciente estava com distúrbios cardíacos funcionais sérios o bastante. Em um caso, o paciente estava tendo um infarto na cadeira do dentista.

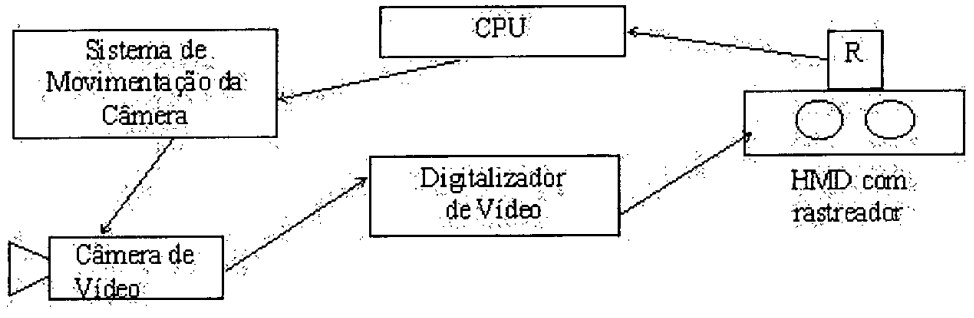
SES 2956

Cirurgia à Distância e Telepresença

Com certeza nós já desejamos estar em dois lugares ao mesmo tempo. Se isto ainda não é possível, a telepresença pelo menos cria a ilusão de que se pode estar lá e aqui ao mesmo tempo. Uma forma antiga de telepresença é o telefone, quando ouvimos alguém ao telefone é como se nossos ouvidos estivessem em outro lugar, sem que de fato estejam.

A telepresença baseia-se na idéia de que, com algum tipo de equipamento, é possível executar tarefas em algum lugar distante, como se lá estivéssemos Em alguns sistemas de telepresença, o médico pode atender a pacientes distantes. No futuro, poderá operá-los. A NASA está particularmente interessada neste aspecto para futuramente realizar cirurgias no espaço. Um pouco menos futurista são os sistemas de teleoperação ou telerobótica.

O uso da robótica nestes casos, já é bastante antigo, a Realidade Virtual entra, por sua vez, como uma forma de facilitar a interação com os equipamentos. Com Realidade Virtual, o usuário pode "enxergar" o ambiente. Vestindo um HMD, sincronizado com uma filmadora, instalada no ambiente remoto, o usuário pode "ver" o objeto a ser manipulado. O controle do robô, por sua vez, pode ser feito com uma luva ao invés de um manipulador.



Esquema sintético de como funciona o processamento video-espacial na telepresença em uma cirurgia realizada à distância.

297

ASPECTOS ÉTICOS EM TELEMEDICINA

As redes globais de computadores dissolveram os limites geográficos, mas não os políticos

528

Uma sociedade interconectada eletronicamente e sem fronteiras é uma experiência totalmente nova, e desafia as formas e o exercício do poder tradicional nas comunidades locais

SES 2938 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Os Pontos Fundamentais

A existência das redes globais de informação permitiram pela primeira vez a prática médica à distância de maneira efetiva;

Os problemas éticos e jurídicos são muito grandes e permanecem ainda largamente insolúveis, pois necessitam de uma nova cultura, novas práticas e novas leis.

Definindo a Prática Médica

Considera-se que uma pessoa pratica medicina ou cirurgia se diagnostica ou tenta diagnosticar, trata ou tenta tratar, opera ou tenta operar, prescreve ou ministra medicamentos ou tenta fazê-lo para tratar qualquer doença humana, física ou mental, ou qualquer injúria ou deformidade em outra pessoa.

Tipos Principais de Prática Médica à Distância

- Diagnóstico e tratamento;
- Segunda opinião/seguimento;
- Triagem e encaminhamento;
- Monitoração;
- Educação e orientação ao paciente.

"Vantagens" da Telemedicina Global

- Evita problemas de processo contra erros médicos;
- Evita regulamentação estrita de uso de medicamentos, procedimentos e dispositivos médicos;
- Contorna problemas de ética de pesquisa com seres humanos;
- Contorna problemas de licenciamento/credenciamento profissional

Vantagens Econômicas da Telemedicina

- Expansão da base de mercado;
- Expansão da clínica privada;
- Otimização dos recursos humanos especializados;
- Diminuição dos custos;
- Utilização da capacidade ociosa;
- Venda de conhecimento;
- Oferta diferenciada por planos de saúde e hospitais (segunda opinião médica).

Principais Problemas para a Implementação da Telemedicina

- Pagamento por serviços de telemedicina;
- Licenciamento e credenciamento;
- Potencial para má-prática médica;
- Confidencialidade.

Novos Rumos para a Telemedicina Global

- Formar uma visão unificadora, com um código de ética e normas para uso correto, com estruturas gerenciais e coordenação para a ação legal
- Inexistente ou muito difícil na atual situação internacional

Problemas e Barreiras

- A inexistência de leis internacionais e de cortes de justiça apropriadas impedem o processo jurídico e a implementação de metas éticas e legais;
- Há necessidade de se definir melhor quais são as metas sociais da infraestrutura global de informação (GII).
- Necessidade de compatibilizar leis, códigos e regulamentos dos diferentes países;
- Garantir aderência a padrões internacionais;
- Garantir níveis mínimos de qualidade;
- Preservar a confidencialidade e garantir a segurança dos dados;
- Garantir os direitos de propriedade intelectual.

Problemas e Barreiras no Brasil

- Não existe provisão no atual código de ética médica para medicina à distância;
- Não existe uma conscientização/cultura para o uso da telemedicina na área;
- Resistência dos conselhos éticos e profissionais;
- Não existe pagamento para procedimentos telemédicos por convênios e seguros;
- Reação à quebra de divisão de territórios e competências;
- Resistência à segunda opinião médica.

Possíveis Soluções

- Licenciamento especial para profissionais para exercer a prática médica transfronteiras, especialmente em situações limite;
- Aderência a padrões universais de proteção dos dados de pacientes;
- Convênios de cooperação em tele-saúde entre estados ou países;
- Estabelecer comissão internacional.

Códigos de Conduta para Sites Médicos na Internet

- The Health on the Net Foundation http://www.hon.ch
- Medical Matrix http://www.medmatrix.org

Recursos na Internet

Center for Telemedicine Law http://www.ctl.org/

NLM BioethicsOnLine Search http://www.healthgate.com/AMA/search.html

Arent Fox Telemedicine Home Page http://arentfox.com/telemedicine

University of Wisconsin's Bioethics On-Line http://www.mcw.edu/bioethics/

MedWeb's Bioethics http://www.gen.emory.edu/medweb/medweb.html

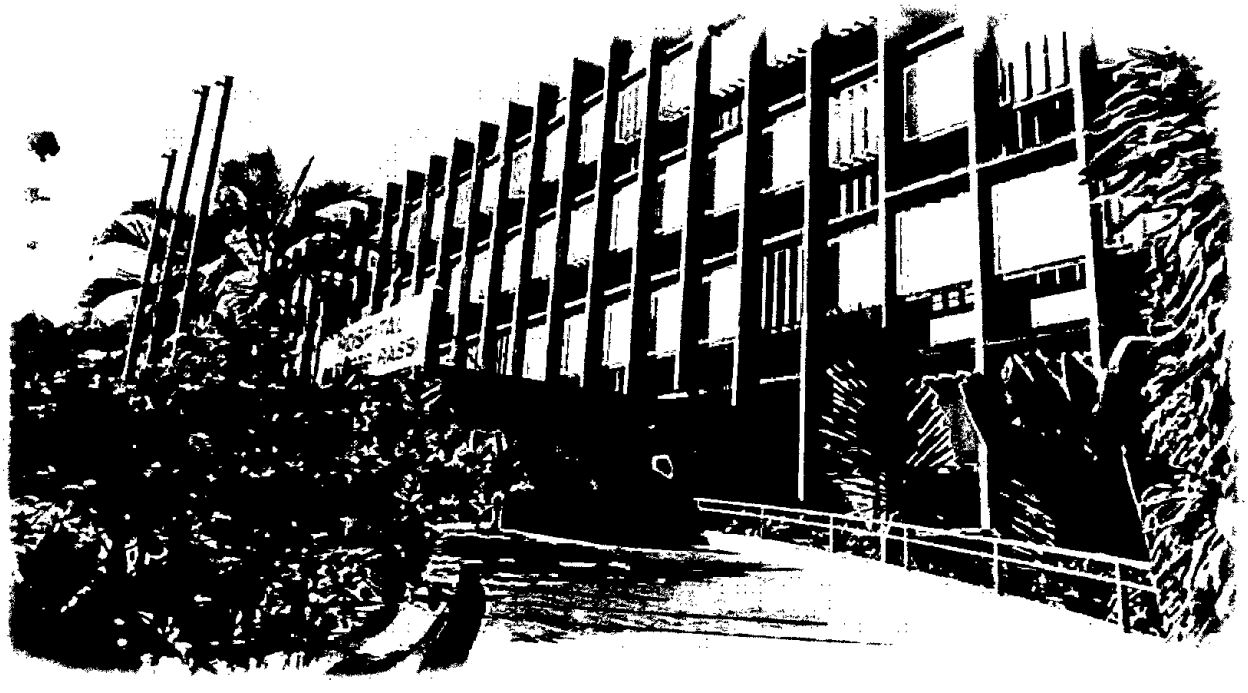
HON Cria Código de Conduta na Internet Médica

A Health On the Net é uma fundação sem fins lucrativos, sediada em Genebra, Suiça, e que tem como objetivos a implementação de projetos na Internet, telemedicina, etc., que beneficiem o campo de saúde. Uma das

iniciativas mais interessantes da Fundação HON foi a criação de um código de ética (HON Code of Conduct), com o objetivo de aumentar a qualidade da informação médica na Internet. Este código tem sido apoiado por grande número de instituições, entre as quais cerca de 44 empresas de seguro médico provenientes de 23 países, e é uma coisa muito necessária na Internet médica, devido à preocupação que tem sido criada entre os profissionais de saúde pelo grande número de informações aéticas, incorretas, fraudulentas, etc., sobre o tema, que estão disponíveis na Internet. Os sites médicos que quiserem aderir ao Código de Ética da HON devem dar provas que estão implementando seus princípios, e podem colocar um ícone contendo o selo de adesão à sua home page.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva da Central de Alarme de Incêndio, Central de Som, Relógio de Ponto, Telefonia e Central de Ar Condicionado

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SES
2963
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 04

2. CRONOGRAMA CENTRAL DE ALARME DE INCÊNDIO 05

2.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA 05
2.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA 07

3. CRONOGRAMA CENTRAL DE SOM 08

3.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA 08
3.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA 10

4. CRONOGRAMA RELÓGIO DE PONTO 12

4.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA 12
4.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA 14

5. CRONOGRAMA TELEFONIA 16

5.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA 16
5.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA 18

6. CRONOGRAMA CENTRAL DE AR CONDICIONADO 20

6.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA 20
6.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA 22

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Manutenção Preventiva e Corretiva da Central de Alarme de Incêndio, Central de Som, Relógio de Ponto, Telefonia e Central de Ar Condicionado, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. CRONOGRAMA CENTRAL DE INCÊNDIO

2.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Incêndio**	POP.1 Emissão	
Tarefa: Checagem diária, semanal e mensal do sistema de Alarme de Incêndio		Revisão	
		No:	Data:

Executante
Auxiliar de manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de alarme de incêndio esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção Preventiva e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar diariamente, conforme cronograma: ligações elétricas das caixas que acionam o alarme de incêndio, a conexão central de alarme de incêndio com a rede elétrica, os botões acionadores do sistema;
- Verificar semanalmente, conforme cronograma: a necessidade de substituição dos vidros das caixas;
- Verificar mensalmente, conforme cronograma: o sistema eletrônico das centrais;
- Registrar nas fichas de controle de cronograma de manutenção preventiva todas as ações executadas.

Cuidados
- Atenção ao verificar as ligações elétricas das caixas que acionam o alarme de incêndio, conexão de central de alarme, botões acionadores, vidros das caixas e sistema eletrônico, providenciando os consertos e/ou substituições necessárias;
- Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção preventiva todas as ações executadas.

Ações em caso de não conformidade
- Providenciar substituição das peças que não se encontrem dentro dos padrões exigidos para o bom funcionamento do sistema de alarme de incêndio;
- Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI -HGG	MANUTENÇÃO PREVENTIVA ALARME DE INCÊNDIO – LIGAÇÕES ELÉTRICAS, CONEXÕES E BOTÕES				ANO
DATA	**HORA**	**LIGAÇÕES ELÉTRICAS**	**CONEXÕES**	**BOTÕES**	**OBSERVAÇÃO**	**ASS. RESPONSÁVEL**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO PREVENTIVA ALARME DE INCÊNDIO – VIDROS DAS CAIXAS			ANO
DATA	**HORA**	**VIDROS**	**OBSERVAÇÃO**	**ASS. RESPONSÁVEL**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO PREVENTIVA ALARME DE INCÊNDIO – SISTEMA ELETRÔNICO			ANO
DATA	**HORA**	**SISTEMA ELETRÔNICO**	**OBSERVAÇÃO**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

2.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Incêndio**	POP.2 Emissão
Tarefa: Substituição de material danificado		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de mnautenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de alarme de incêndio esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Telefone, ficha de controle de Manutenção Corretiva e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades

- Substituir as caixas danificadas;
- Substituir os vidros rachados;
- Substituir "lede" queimado;
- Registrar na ficha de cronograma de manutenção corretiva todas as ações executadas.

Cuidados

- Substituir todos os materiais danificados;
- Não se esquecer de registrar na ficha de cronograma de manutenção corretiva todas as ações executadas.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar a chefia imediata a presença da empresa fornecedora da central de alarme de incêndio quando esta não alarmar no momento do teste;
- Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG		**MANUTENÇÃO CORRETIVA ALARME DE INCÊNDIO**		**ANO**
DATA	**HORA**	**SERVIÇO**	**OBSERVAÇÃO**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. CRONOGRAMA CENTRAL DE SOM

3.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Som**	POP.3 Emissão
Tarefa: Checagem diária e semanal da Central de Som		Revisão No: / Data:

Executante
Auxiliar de manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema da central de som esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção Preventiva e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar diariamente, conforme cronograma: funcionamento das caixas de som, a limpeza das caixas de som;
- Testar semanalmente, a mesa de som e o microfone;
- Verificar semanalmente, o estado das fiações;
- Registrar nas fichas de controle de cronograma de manutenção preventiva todas as ações executadas.

Cuidados
- Não se esquecer de fazer a limpeza das caixas de som;
- Não se esquecer de verificar o estado das fiações;
- Não se esquecer de testar a mesa de som e o microfone;
- Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção preventiva todas as ações executadas.

Ações em caso de não conformidade
- Se as fiações apresentarem alguma anormalidade, trocá-las imediatamente;
- Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO PREVENTIVA CENTRAL DE SOM – CAIXAS DE SOM		ANO
DATA / **HORA**	**FUNCIONAMENTO**	**LIMPEZA**	**ASS. RESPONSÁVEL**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO PREVENTIVA CENTRAL DE SOM - FIAÇÕES		ANO
DATA / **HORA**	**TESTE**	**FIAÇÕES**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Som**	POP.4 Emissão
Tarefa: Substituição de peças da mesa de som		Revisão No: / Data:

Executante
Auxiliar de manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema da central de som esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção Preventiva e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar se a mesa de som e/ou microfone está em perfeitas condições de funcionamento;
- Registrar nas fichas de controle de cronograma de manutenção preventiva todas as ações executadas;
- Realizar as correções/consertos necessárias.

Cuidados
- Não se esquecer de testar mensalmente a mesa de som e o microfone;
- Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção corretiva todas as ações executadas.

Ações em caso de não conformidade
- Se a mesa de som apresentar algum defeito, comunicar a chefia imediata para que chame técnico responsável da empresa fornecedora para providenciar o conserto;
- Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO CORRETIVA CENTRAL DE SOM					ANO	
DATA	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	EMPRESA/ VISITANTE	NOME DO FUNCIONÁRIO	TELEFONE	CONSERTO	GARANTIA	ASS. RESPONSÁVEL

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4. CRONOGRAMA RELÓGIO DE PONTO

4.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Relógio de Ponto**	POP.5 Emissão
Tarefa: Executar cronograma de manutenção preventiva		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o relógio de ponto esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção Preventiva e ferramentas inerentes à execução das tarefas.

Atividades

- Verificar diariamente, conforme cronograma: se a tomada do relógio de ponto está conectada à rede de alimentação elétrica, se o visor do relógio de ponto está exibindo/registrando o número da matrícula do funcionário, conforme crachá, a posição da chaveta que fica no fundo do parelho;
- Verificar semanalmente, conforme cronograma, se estão sendo feitas as leituras dos códigos de barra dos crach
- Registrar nas fichas de controle de cronograma de manutenção preventiva todas as ações executadas.

Cuidados
Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção preventiva todas as ações executadas.

Ações em caso de não conformidade
Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG		**MANUTENÇÃO PREVENTIVA RELÓGIO DE PONTO**		**ANO**
DATA	**HORA**	**TOMADAS**	**VISOR**	**ASS. RESPONSÁVEL**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG		MANUTENÇÃO PREVENTIVA RELÓGIO DE PONTO – LEITORA DE CÓDIGO DE BARRAS	ANO
DATA	**HORA**	**VERIFICAÇÃO DA LEITURA DO CÓDIGO DE BARRAS**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Relógio de Ponto**	POP.6 Emissão
Tarefa: Executar manutenção corretiva		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o relógio de ponto esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção Preventiva e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar se o relógio de ponto apresenta alguma avaria;
- Registrar nas fichas de manutenção corretiva todas as ações executadas;
- Realizar as correções/consertos necessárias.

Cuidados
Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção corretiva todas as ações executadas.

Ações em caso de não conformidade
- Se for detectada alguma avaria no relógio de ponto, comunicar imediatamente a chefia do hospital para que seja acionado técnico especializado, da empresa fornecedora do equipamento;
- Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO CORRETIVA RELÓGIO DE PONTO					ANO	
DATA	**DESCRIÇÃO DO PROBLEMA**	**EMPRESA/ VISITANTE**	**NOME DO FUNCIONÁRIO**	**TELEFONE**	**CONSERTO**	**GARANTIA**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

5. CRONOGRAMA TELEFONIA

5.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Telefonia**	POP.7 Emissão
Tarefa: Executar manutenção preventiva		Revisão No: Data:

Executante Auxiliar de manutenção.
Resultados esperados Assegurar que o sistema de telefonia esteja em perfeito funcionamento.
Recursos Necessários Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção Preventiva e ferramentas inerentes à execução das tarefas.
Atividades • Verificar diariamente as conexões dos plug's dos aparelhos na rede de transmissão do sistema de telefonia; • Verificar quinzenalmente a rede de cabos de transmissão do sistema de telefonia; • Registrar nas fichas de controle de cronograma de manutenção preventiva todas as ações executadas.
Cuidados Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção preventiva todas as ações executadas.
Ações em caso de não conformidade Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**MANUTENÇÃO PREVENTIVA – SISTEMA DE TELEFONIA – PLUG'S**	**ANO**
DATA	**PLUG'S**	**ASS. RESPONSÁVEL**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**MANUTENÇÃO PREVENTIVA – SISTEMA DE TELEFONIA – CABOS**	**ANO**
DATA	**CABOS**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

5.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Telefonia**	POP.8 Emissão
Tarefa: Executar manutenção corretiva		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de telefonia esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção corretiva e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar se existe interrupção no cabo de transmissão, quando o ramal não estiver funcionando;
- Verificar se o plug do parelho está conectado à rede, quando o ramal não estiver funcionando;
- Verificar se há oxidação no terminal do aparelho, quando o ramal não estiver funcionando;
- Registrar nas fichas de manutenção corretiva todas as ações executadas;
- Realizar as correções/consertos necessárias.

Cuidados
Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção corretiva todas as ações executadas.

Ações em caso de não conformidade
- Se for constatado problema na central telefônica, comunicar a chefia do hospital para que seja acionado técnico especializado em telefonia;
- Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO CORRETIVA CENTRAL TELEFÔNICA	ANO

DATA	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	EMPRESA/ VISITANTE	NOME DO FUNCIONÁRIO	TELEFONE	CONSERTO	GARANTIA	ASS. RESPONSÁVEL

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

6. CRONOGRAMA CENTRAL DE AR CONDICIONADO

6.1 MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Ar Condicionado**	POP.9 Emissão
Tarefa: Executar manutenção preventiva		Revisão No: Data:

Executante Auxiliar de manutenção.
Resultados esperados Assegurar que o sistema de ar condicionado esteja em perfeito funcionamento.
Recursos Necessários Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de Manutenção Preventiva e ferramentas inerentes à execução das tarefas.
Atividades • Verificar diariamente, conforme cronograma: atuação do termostato, se está havendo retorno do ar, se existe controle de temperatura, se os recintos refrigerados estão mantendo as portas e janelas fechadas, se os ventiladores estão funcionado; • Limpar diariamente as casas de máquina, evitando o acumulo de sujidade; • Realizar semanalmente a limpeza dos mancais; • Realizar quinzenalmente a limpeza dos filtros; • Registrar nas fichas de controle de cronograma de manutenção preventiva todas as ações executadas.
Cuidados Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção preventiva todas as ações executadas.
Ações em caso de não conformidade Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**MANUTENÇÃO PREVENTIVA CENTRAL DE AR CONDICIONADO**				**ANO**
DATA	**TERMOSTATO**	**RETORNO DE AR**	**TEMPERATURA**	**VENTILADORES**	**ASS. RESPONSÁVEL**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO PREVENTIVA CENTRAL DE AR CONDICIONADO - MANCAIS	ANO
DATA	LUBRIFICAÇÃO	ASS. RESPONSÁVEL

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO PREVENTIVA CENTRAL DE AR CONDICIONADO - FILTROS	ANO
DATA	LIMPEZA	ASS. RESPONSÁVEL

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

6.2 MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Ar Condicionado**	POP.10 Emissão
Tarefa: Executar manutenção corretiva		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que a central de ar condicionado esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone, fichas de controle de manutenção corretiva e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar se o sistema de refrigeração está em perfeito funcionamento;
- Registrar nas fichas de manutenção corretiva todas as ações executadas;
- Realizar as correções/consertos necessárias.

Cuidados
- Não se esquecer de registrar nas fichas de controle de manutenção corretiva todas as ações executadas;
- Jamais permitir que pessoas não qualificadas em refrigeração executem serviços na central de ar condicionado.

Ações em caso de não conformidade
- Se for constatado problema na central de ar condicionado, comunicar a chefia do hospital para que seja acionado técnico especializado em refrigeração;
- Comunicar a chefia imediata todas e quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

SES
2983
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	MANUTENÇÃO CORRETIVA CENTRAL DE AR CONDICIONADO	ANO

DATA	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	EMPRESA/ VISITANTE	NOME DO FUNCIONÁRIO	TELEFONE	CONSERTO	GARANTIA	ASS. RESPONSÁVEL

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva do Sistema de Geração de Energia

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
2985
FLS
RUBRICA

1. INTRODUÇÃO 04

2. CRONOGRAMAS 05

2.1. MANUTENÇÃO PREVENTIVA 05

2.2. MANUTENÇÃO CORRETIVA 07

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Manutenção Preventiva e Corretiva do Sistema Gerador de Energia, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

02. CRONOGRAMAS

2.1. MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Geração de Energia**	POP.1 Emissão
Tarefa: Executar cronograma de manutenção preventiva		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de geração de energia esteja sempre em perfeitas condições de funcionamento.

Recursos Necessários
Fichas de controle de manutenção preventiva, caneta, prancheta.

Atividades

- Verificar diariamente, conforme cronograma: o nível de óleo lubrificante no Carter do motor gerador de energia, o nível de água do tanque de refrigeração;
- Verificar semanalmente o gerador de energia, dando partida manual e deixando-o funcionar por dois minutos;
- Realizar os registros das vistorias no formulário de Controle de Manutenção Preventiva do motor e do tanque de refrigeração.

Cuidados
Atenção ao verificar os níveis de óleo e água para que nunca atinjam o ponto crítico.

Ações em caso de não conformidade

- Se o nível de óleo do Carter estiver abaixo do nível de segurança, complementar imediatamente;
- Se o nível de água do tanque de refrigeração estiver abaixo do nível de segurança, complementar imediatamente;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG		CONTROLE CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA – ÓLEO DO CARTER E ÁGUA DO SISTEMA DE REFRIGERAÇÃO		ANO
DATA	**HORA**	**ÓLEO**	**ÁGUA**	**ASS.RESPONSÁVEL**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI -	CONTROLE CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA – GERADOR DE ENERGIA	ANO

HGG			
DATA	**HORA**	**TESTE**	**ASS.RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

2.2. MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Geração de Energia**	POP.2 Emissão
Tarefa: Executar cronograma de manutenção corretiva		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de geração de energia esteja sempre em perfeitas condições de funcionamento.

Recursos Necessários
Fichas de controle de manutenção corretiva, caneta, prancheta.

Atividades
- Verificar a existência de anormalidades no gerador de energia;
- Verificar a existência de anormalidades na entrada de energia do sistema gerador de energia;
- Realizar correções necessárias.

Cuidados
- Ter sempre à mão o telefone do responsável técnico da empresa fornecedora do sistema gerador de energia, para eventuais necessidades;
- Ter sempre à mão o telefone da concessionária (COELBA) de energia, para eventuais necessidades.

Ações em caso de não conformidade
- Se o sistema gerador de energia apresentar alguma anormalidade, telefonar imediatamente para o responsável técnico da em presa fornecedora;
- Se a entrada de energia do sistema gerador de energia apresentar alguma anormalidade, telefonar imediatamente para a concessionária (COLEBA), solicitando a presença de técnico responsável;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI -HGG	MANUTENÇÃO CORRETIVA – SISTEMA GERADOR DE ENERGIA					ANO	
DATA	**DESCRIÇÃO DO PROBLEMA**	**EMPRESA/ VISITANTE**	**NOME DO FUNCIONÁRIO**	**TELEFONE**	**CONSERTO**	**GARANTIA**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
2991

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Manutenção Predial

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

01. OBJETIVO	04
02. DEFINIÇÕES E CODIFICAÇÕES	04
03. MANUTENÇÃO PREDIAL – COMO AVALIAR	05
04. CICLO DO PROCESSO	09
05. FLUXOGRAMA	11
06. SISTEMÁTICA	11
07. ARQUIVAMENTO DOS FORMULÁRIOS	11
08. ENVOLVIDOS	11

1. OBJETIVO

Este Manual tem por objetivo estabelecer o Ciclo de Processos para a Manutenção Predial Corretiva e Preventiva do HGG, identificar os procedimentos e formulários, e descrever as atividades, designando as responsabilidades.

2. DEFINIÇÕES E CODIFICAÇÕES

Manutenção

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 de seus usuários.

Corretiva

Manutenção que exige intervenção imediata que garanta a continuidade de funcionamento da edificação ou de seus componentes.

Preventiva

Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.

Legendas

São adotadas as seguintes legendas para os relatórios de verificação de manutenção preventiva ou check-lists:

○	**PREVISTO**
	VERIFICADO
	VERIFICADO E NECESSITA DE REPAROS
⊖	**VERIFICADO E CORRIGIDO**

Tipos de relatórios

Foram desenvolvidos 8 check lists abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

Os check lists são os seguintes :

a) Instalação elétrica
b) Instalação hidráulica
c) Instalação telefônica
d) Ar condicionado
e) Edifício
f) Combate ao fogo
g) Pára-raios

3. MANUTENÇÃO PREDIAL – COMO AVALIAR

A Avaliação é fundamental para a análise crítica e sistêmica dos resultados da Manutenção Predial empregada. Nela reside a identificação de pontos de melhoria contínua, observação quanto às necessidades de mudanças de procedimentos devido a problemas de perda de desempenho, aumento da vida em operação dos sistemas, alterações de uso, dentre outros.

A Avaliação da Manutenção pode seguir os "passos" abaixo descritos, fundamentados nas finalidades principais desse Sistema.

1º Passo: Identificação do tipo de estratégia de Manutenção empregada no empreendimento, a fim de verificar quais são as atividades programadas dentro do plano de manutenção, seus objetivos e a vinculação ou aderência com as características principais da Manutenção Predial.

Este passo visa classificar as atividades empregadas (preditivas, preventivas e corretivas) e analisar se a Manutenção implantada possui caráter pró-ativo no diagnóstico de problemas e de reavaliação do plano e procedimentos planejados.

Deve ainda acompanhar a identificação da estratégia, o estudo das questões relativas ao tipo de interferência executada, feito através da verificação de históricos e registros das atividades de manutenção, além da análise das listas de planos de ação programados. Essa interface entre as atividades do plano de manutenção com as atividades do plano de ação pode apontar para equívocos na estratégia empregada no empreendimento, além de problemas no diagnóstico da necessidade das interferências.

Importante também é a verificação das periodicidades de serviços e atividades descritas no plano de Manutenção, pois isso evidenciará eventuais não-conformidades com recomendações de fabricantes e/ou Manual de Uso, Operação e Manutenção do empreendimento.

Toda essa análise preliminar da estratégia deverá ser validada pela Vistoria da edificação, abordada no 3º passo.

2º Passo: Verificação da coerência da estratégia identificada com o uso da edificação e com as expectativas dos usuários, observados aspectos de confiabilidade e disponibilidade dos sistemas e elementos construtivos.

A coerência entre a estratégia de Manutenção, o uso da edificação e as expectativas do usuário é pautada na análise e verificação da aderência entre as atividades e intervenções realizadas com as necessidades da operação dos sistemas, equipamentos e máquinas existentes no empreendimento.

Por exemplo, um hospital possui necessidades de disponibilidade e confiabilidade de seus sistemas e equipamentos instalados diferentemente que em uma edificação residencial. Em um hospital, genericamente, as ocorrências de paralisações não programadas ou deficiências operacionais incorrem em riscos maiores para as finalidades de uso deste empreendimento e seus usuários que em uma edificação residencial. Portanto, preliminarmente, a estratégia de manutenção a ser empregada em um hospital possui uma "carga maior" nas atividades preditivas e preventivas do que em um edifício residencial.

3º Passo: Execução de Vistoria ou Inspeção Predial para a constatação de eventuais problemas de ordem: técnica, construtiva, operacional, funcional, de manutenção e outros com o objetivo de verificar a eficácia do plano de manutenção e da estratégia existente, além de identificar aspectos de qualidade dos serviços e procedimentos de manutenção empregados.

Essa Vistoria é um dos pontos mais importantes na Avaliação e Diagnóstico da Manutenção, porque nela residirá a fonte de coleta de informações sobre o real resultado da estratégia de manutenção empregada.

De nada adianta a análise isolada de números e dados estatísticos sobre o cumprimento de ordem de serviços corretivos e preventivos, ou ainda a análise de custos das atividades de Manutenção, se não houver uma "*avaliação física*" dos sistemas construtivos em operação. Isso pode ser comparado a Medicina, como um "*check up clínico*" do empreendimento.

Para o sucesso de um Plano de Manutenção, a Vistoria ou Inspeção Predial é obrigatória, mas essa deve ser realizada por profissional especialista, habilitado e, preferencialmente, não integrante da equipe de manutenção. O inspetor predial deverá ter um caráter de auditor técnico.

4º passo: Elaboração de orientações técnicas consoante as não-conformidades constatadas na avaliação física, observada a estratégia de Manutenção existente.

A complexidade da orientação técnica é função do tipo de anomalia e sua criticidade. Há casos em que é necessária a realização de algum tipo de ensaio, ou mesmo uma inspeção mais detalhada.

Quando a anomalia é relacionada a problemas construtivos, a orientação técnica deverá abordar essa problemática, eventualmente indicando a necessidade de contratação de especialistas.

As orientações técnicas podem ser classificadas em:
1. Orientações corretivas não planejadas;
2. Orientações corretivas planejadas;
3. Orientações preventivas e
4. Orientações administrativas

Observa-se que as orientações corretivas podem ser planejadas ou não, tal que as planejadas estão incorporadas ao plano de manutenção que se valeu de dados sobre a manutenção preventiva e prazos de vida útil dos sistemas.

5º passo: Classificação das anomalias constatadas quanto a criticidade, consideradas as possíveis causas, as origens e os mecanismos de ação inerentes. Essa classificação é uma avaliação quanto a gravidade ou criticidade, as conseqüências ou tendências

e, ainda, a pertinência de melhoria junto gestão de manutenção existente.

A escolha do tipo de metodologia para a definição da ordem das prioridades deve ser feita com atenção a avaliação física determinada pela Vistoria do empreendimento. Caso contrário, haverá grande dificuldade de se obter resultados reais.

6º passo: Análises de documentos pertinentes a Manutenção para complementar os dados coletados em campo e identificar eventuais faltas de aderência de contratos de manutenção das empresas terceirizadas. A análise documental deve, também, observar questões de ordem legal.

No caso da aderência de contratos existentes junto a empresas terceirizadas da Manutenção, é importante observar: o detalhamento do objetivo; aderência operacional; detalhamento de rotinas e procedimentos de manutenção a serem implantados; tempo de atendimentos e respostas coerentes com o programa e plano de manutenção geral do empreendimento; tipo e formas de apresentação de relatórios sobre os serviços prestados; índices de reajustes; determinação de seguro de responsabilidade civil e operacional em local de terceiros; prazo de rescisão e, por fim, equilíbrio técnico-comercial do contrato.

Os contratos de terceirizadas devem:

- Ser eficientes,
- Ter uma boa relação custo x benefício,
- Ser gerenciados com ferramentas eficientes,
- Ter indicadores de performance efetivamente adequados à realidade operacional,
- Ser geridos por matrizes de responsabilidade consistentes, etc.

7º passo: Avaliação das equipes de Manutenção quanto a sua formação, dimensionamento e capacidade de cumprimento das atividades do plano e estratégia existentes.

8º passo: Avaliação de custos de Manutenção

Este é um item de difícil avaliação, tendo em vista que os custos de manutenção estão ligados ao tipo de estratégia adotada, bem como as características dos sistemas de cada edificação.

É importante neste passo identificar que tipo de rateio de contas é utilizado no empreendimento, a fim de se verificar como as despesas e custos são apropriados. Cada empreendimento poderá ter seu próprio modo de apropriar custos, o que dificulta análises comparativas de mercado, ou seja, não é razoável se comparar empreendimentos que não tenham a mesma base de dados de rateio de custos, além de características construtivas semelhantes, contemporaneidade, etc.

9º passo: Avaliação da Qualidade da Manutenção empregada com um enfoque objetivo: "*o que se pretende e o que se faz*".

Com relação à qualidade de manutenção a ser avaliada, cabe destacar o disposto na NBR 5674 – manutenção de edificações da ABNT, item15, que define as atribuições básicas da gestão da qualidade do sistema de manutenção:

- Elaboração e compêndio das normas e procedimentos para o sistema de manutenção;
- Supervisão dos serviços de manutenção, incluindo as etapas de documentação e registro, coleta de informações, previsão orçamentária, planejamento, projeto e programação, orçamento, contratação de serviços de terceiros e controle de execução.
- Avaliação da eficiência do sistema de manutenção empregado quanto:
    1. Ao tempo de respostas às solicitações;
    2. À relação custo e tempo estimados e efetivamente realizados,
    3. Á taxa de sucesso das intervenções,

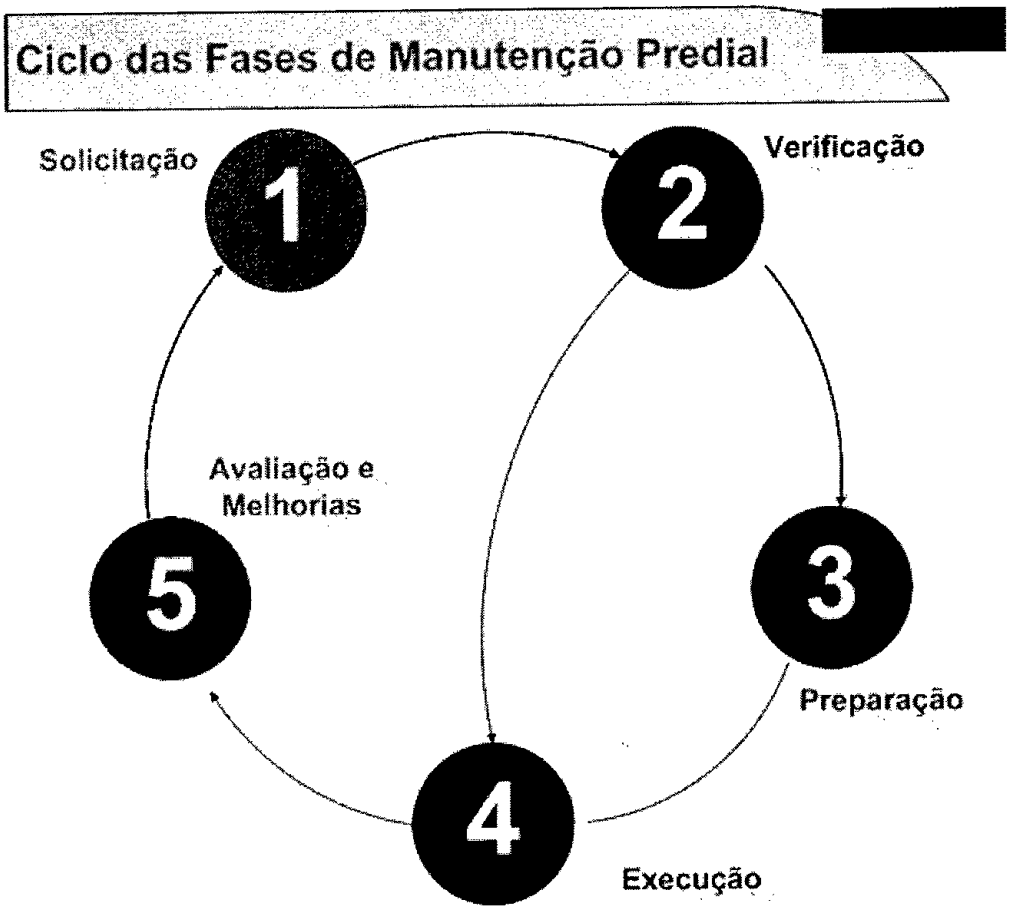
4. Ciclo do processo

O Ciclo do Processo de Infra-Estrutura e Manutenção Predial compreende as fases:

01 Solicitação
02 Verificação

03 Preparação
04 Execução
05 Avaliação e Melhorias

O Ciclo de infra-estrutura e manutenção predial, bem como os responsáveis por cada fase está indicado na figura abaixo.



Nº	Fase	Responsável
1	Solicitação	Chefe de Serviço
2	Verificação	Equipe de Serviços Gerais
3	Preparação	Encarregado de Manutenção Predial
4	Execução	Encarregado de Manutenção Predial
5	Avaliação e Melhorias	Gerente Administrativo / Encarregado

5. FLUXOGRAMA

O fluxograma define as atividades para a Realização das Manutenções Corretivas e Preventivas, os formulários necessários e as responsabilidades.

6. Sistemática

Foram desenvolvidos oito check-lists que abordam grande parte das necessidades de manutenção de edifícios.

Cada check-list contem a identificação do componente, a descrição das verificações e sua periodicidade.

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.

7. Arquivamento dos formulários

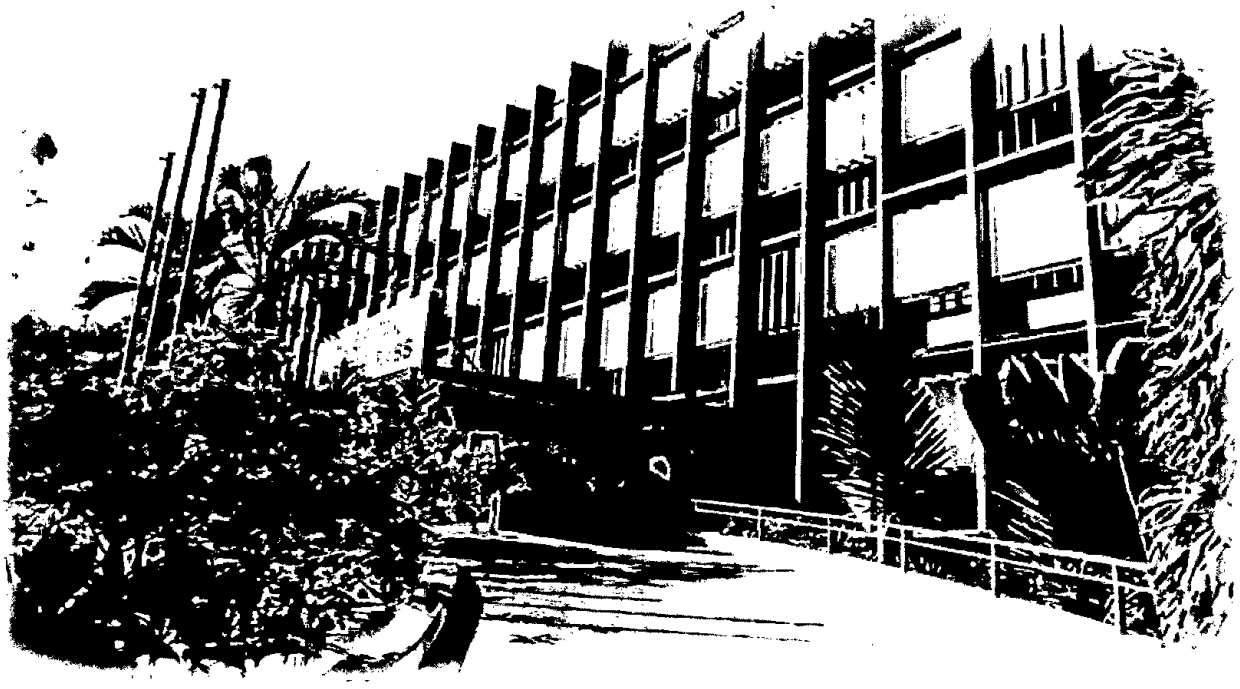
Cada formulário tem a finalidade de mostrar as evidências objetivas da realização de cada atividade, além de servir de alimentação ao Banco de Dados que auxilia o planejamento e as previsões de gastos anuais.

8. ENVOLVIDOS

- Chefe de Manutenção;
- Técnicos e Auxiliares em Manutenção:
- Unidade de Compras;
- Unidade de Finanças – Avaliação e Aprovação;
- Unidade de Finanças – Contas a Pagar;

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas do Almoxarifado

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SES
3000
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO ALMOXARIFADO 05

3. ROTINAS DO ALMOXARIFADO 06

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Almoxarifado, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO ALMOXARIFADO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Almoxarifado**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Almoxarifado		Revisão: Nº: / Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- O horário de funcionamento do Almoxarifado (Coordenação e auxiliares): segunda a sexta-feira das 07h às 17h – Almoço das 11:30h às 13:45h
- O horário de entrega de fornecedores no Almoxarifado: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (todos os setores do hospital e fornecedores) que buscam os serviços do Almoxarifado.

Normas

- O horário de liberação de material pelo Almoxarifado segue as determinações abaixo:
  1. Diretorias, seções e setores da área administrativa – entrega da "requisição de material" – de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h – com entrega imediata do material;
  2. Seções, setores e serviços assistenciais – a reposição de material será feita de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h, pelo funcionário do Almoxarifado.
- Não é permitida a entrada de pessoas estranhas nas dependências do Almoxarifado, sem a autorização prévia da Administração do Hospital;
- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem a respectiva requisição, devidamente assinada e carimbada pelo chefe do setor requisitante;
- A quantidade de material entregue pelo Almoxarifado deverá ser sempre igual ao que consta na "requisição de material";
- Todo material recebido deverá ser armazenado por número de lote e data de vencimento;
- É de responsabilidade da chefia do Almoxarifado receber conferir toda mercadoria entregue, conforme nota fiscal e somente após a conferência de todos os itens, observando as especificações técnicas, assinará o recebimento;
- Diariamente deverá ser feita a higienização e limpeza do ambiente do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feita a higienização e limpeza das prateleiras e armários do Almoxarifado;
- Quinzenalmente deverá ser feita a conferência do estoque do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feito o inventário do Almoxarifado;
- Todos os funcionários do Almoxarifado devem trabalhar visando o funcionamento satisfatório do serviço e para tanto devem observar:

  1. Facilidade de acesso aos itens disponíveis dentro do Almoxarifado;
  2. Otimização e organização do espaço físico;
  3. Minimizar perdas por deterioração e desvios de materiais do Almoxarifado;
  4. Redução do uso de equipamentos desnecessários ao serviço.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DO ALMOXARIFADO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.1 Emissão
Tarefa: Pedido de Suprimento		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Evitar a falta de materiais no estoque do Almoxarifado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.

Atividades
- Calcular lote de reposição;
- Preencher o pedido de compra;
- Enviar para a administração;
- Acompanha o processo para reposição de material no estoque.

Cuidados
- Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício;
- Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.2 Emissão
Tarefa: Recebimento e armazenagem de material		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade no recebimento e armazenagem dos materiais.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, fichas de controle de estoque, computador, impressora, estantes, armários e caneta.

Atividades
- Receber os materiais com as respectivas notas fiscais;
- Conferir os materiais através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade, qualidade e prazo de validade;
- Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador;
- Atualizar as fichas de controle de estoque, lançando a entrada dos materiais;
- Cadastrar no computador todos os materiais recebidos;
- Armazenar nas estantes o material recebido, observando o lote, vencimento e registro da vigilância sanitária.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
- Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências;
- Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.3 Emissão
Tarefa: Conferência de notas fiscais e material recebido		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais recebidos estão de acordo com o que foi solicitado no pedido de compra.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, notas fiscais, pedido de compra e caneta.

Atividades
- Conferir as notas fiscais e o material recebido, conforme o pedido de compra, verificando o prazo de validade, quantidade e qualidade do mesmo;

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as especificações, quantidades, qualidade e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Se algum material que está sendo entregue divergir do pedido de compra, devolvê-lo imediatamente ao fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.4 Emissão
Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.

Atividades
- Receber as notas fiscais;
- Colocar nas notas fiscais a confirmação de "mercadoria entregue";
- Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque;
- Protocolar as notas fiscais;
- Encaminhar as notas fiscais para a administração.

Cuidados
Ter atenção a arquivar as notas fiscais.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que existe alguma divergência entre a nota fiscal, o material que está sendo entregue e o pedido de compra, devolver imediatamente para o fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.5 Emissão
Tarefa: realizar controle de estoque		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir o controle de estoque e indicar a previsão de compra mensal.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, computador, impressora, software de controle de estoque e papel.

Atividades
- Receber solicitações dos chefes de serviço;
- Cadastrar diariamente no software de controle de estoque, a entrada e saída de material do almoxarifado;
- Imprimir relatório diário, no final da tarde;
- Analisar relatório;
- Identificar as necessidades de reposição de estoque;
- Arquivar a primeira via da requisição de material.

Cuidados
Atentar quanto às situações emergenciais que indiquem a necessidade de reposição do estoque fora da praticada de forma usual.

Ações em caso de não conformidade
Em casos emergenciais (situações de epidemias) solicitar compra em caráter emergencial.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.6
		Emissão
Tarefa: Entrega de material aos setores do hospital		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilizar a entrega de materiais aos setores solicitantes.

Recursos Necessários
Requisição de material, ficha de controle de estoque e caneta.

Atividades

- Receber a requisição de material;
- Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela chefia solicitante;
- Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição;
- Separar o material que deverá ser entregue ao setor solicitante;
- Anotar na requisição de material as quantidades que serão entregues;
- Atualizar as fichas de controle de estoque;
- Arquivar a 1.ª via da requisição de material;
- Entregar o material ao setor requisitante.

Cuidados

- Ter atenção ao conferir a requisição de material;
- Ter atenção ao separar o material solicitado, evitando trocas.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar à Chefia do Almoxarifado a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.7 Emissão
Tarefa: previsão e controle de estoque mensal		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir que não falte nenhum material no almoxarifado e controlar o consumo destes.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.

Atividades
- Fazer levantamento do estoque do almoxarifado através das requisições de materiais arquivadas;
- Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de dos materiais;
- Emitir relatório diário para controle do estoque;
- Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.

Cuidados
- Ter atenção ao conferir as requisições de material;
- Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.

Ações em caso de não conformidade
Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almoxarifado.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas do Centro Cirúrgico

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. NORMAS DO CENTRO CIRÚRGICO	05
3. ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO	06

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços do Centro Cirúrgico, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO CENTRO CIRÚRGICO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Centro Cirúrgico**	EO.1
		Emissão:
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Centro Cirúrgico**		Revisão
		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do serviço do centro cirúrgico.

Normas

- Os funcionários que trabalham no Centro Cirúrgico devem registrar o cartão de ponto na entrada e saída do plantão;
- Todos os funcionários deverão estar devidamente uniformizados com as roupas padronizadas pela instituição;
- É vedado aos funcionários o uso de adornos durante a jornada de trabalho dentro do Centro Cirúrgico;
- A equipe do Centro Cirúrgico deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso;
- Os funcionários deverão verificar diariamente a integridade dos materiais e equipamentos, registrando qualquer intercorrência com os mesmos;
- Registrar diariamente as intercorrências ocorridas no Livro de Registro do setor;
- Ler diariamente o Livro de Registro das ocorrências;
- Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão;
- Manter o setor organizado durante e ao final do plantão;
- Manter silêncio dentro do Centro Cirúrgico;
- É vedado aos funcionários do Centro Cirúrgico alimentar-se dentro setor;
- Cumprir rigorosamente aos horários de entrega e recebimento de materiais;
- Durante o plantão o funcionário deverá permanecer dentro do setor;
- Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho;
- Usar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- As trocas de plantão somente serão efetuadas quando acordadas previamente com a Coordenação de Enfermagem;
- As trocas de plantão dentro do mês ficam restritas a três trocas, salvo necessidade justificada junto à Coordenação de Enfermagem;
- Todos os funcionários (Médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e serviços de apoio) do Centro Cirúrgico deverão manter-se vestidos com as roupas especiais do setor – touca e pro-pés;
- É vedada a circulação de funcionários de outras unidades dentro do Centro Cirúrgico, salvo autorização da chefia imediata do serviço;
- É vedada a entrada de acompanhantes no setor – enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem;
- Colher o sangue do cordão umbilical imediatamente após o parto e encaminhado para laboratório.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.1 Emissão
Tarefa: Recebimento de plantão pelos auxiliares e técnicos de enfermagem		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades
- Receber o plantão;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Checar o mapa cirúrgico;
- Checar sala de cirurgia;
- Solicitar maletas de anestesia lacradas à farmácia;
- Solicitar limpeza e higienização da sala de cirurgia após cada procedimento realizado;
- Checar caixa de instrumental antes de cada procedimento;
- Trocar cal sodada sempre que o anestesista solicitar, obedecendo aos critérios de identificação do frasco com data, hora e assinatura;
- Checar roupas, laps e compressas cirúrgicas.

Cuidados
- Atenção ao checar o mapa cirúrgico e a sala de cirurgia a fim de evitar a falta de material e/ou medicamentos necessários;
- Atenção ao trocar a cal sodada para que a identificação no frasco seja feita de forma correta;
- Atenção ao checar a caixa de instrumental cirúrgico para que não haja transtornos na hora do procedimento;
- Após cada procedimento cirúrgico enviar os instrumentais para a CME para desinfecção e esterilização.

Ações em caso de não conformidade
- Se a maleta de anestesia vier com o lacre rompido, devolver para a farmácia e solicitar outra maleta de anestesia;
- Se não houver roupas, laps e compressas em quantidades necessárias, solicitar aos respectivos setores a reposição das mesmas;
- Informar à chefia imediata toda e qualquer intercorrência na unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.2
		Emissão
Tarefa: Recebimento de plantão pela enfermeira		Revisão
		No: / Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, fichas e material de reposição.

Atividades

- Verificar se todos os equipamentos estão em perfeito funcionamento;
- Supervisionar o serviço dos auxiliares e técnicos de enfermagem durante o plantão;
- Conferir as fichas de gastos;
- Controlar o psicotrópicos;
- Checar o carro de emergência, fazendo as reposições necessárias e posteriormente mantê-lo lacrado;
- Inspecionar o Centro Cirúrgico quanto à organização e limpeza;
- Conferir a presença do pessoal escalado para o plantão e distribuir as tarefas;
- Checar o mapa cirúrgico;
- Supervisionar o serviço dos auxiliares e técnicos de enfermagem;

Cuidados

- Atenção ao checar mapa cirúrgico, observando se há algum procedimento de urgência e/ou algum procedimento cancelado;
- Atenção ao checar os psicotrópicos para ver nada falta.
- Atenção ao verificar os equipamentos, sobretudo os equipamentos de manutenção à vida;
- Atenção ao checar o carro de emergência para evitar transtornos na hora em que for preciso usá-lo.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar o serviço de manutenção quando algum equipamento apresentar defeito;
- Informar à farmácia e à Coordenação de Enfermagem quando a quantidade de psicotrópicos não estiver em conformidade;
- Comunicar à Coordenação de Enfermagem toda e qualquer intercorrência na unidade;
- Solicitar à Coordenação de Enfermagem reposição de profissional quando alguém faltar a escala do dia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.3 Emissão
Tarefa: conferência dos equipamentos do carro de anestesia		Revisão No: Data:

Executante
Médico anestesista.

Resultados esperados
Garantir a segurança de todos os usuários durante os procedimentos cirúrgicos.

Recursos Necessários
Carro de anestesia.

Atividades
- Realizar testes diários em todos os equipamentos e materiais do carro de anestesia;
- Registrar diariamente o resultado dos testes realizados no carro de anestesia;
- Controlar o uso da cal sodada.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora armazenar os produtos, verificando os lotes e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Se algum equipamento estiver apresentando defeito, encaminhar imediatamente para a manutenção consertar e solicitar uma substituição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.4
		Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no pré-operatório		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Atendimento cordial ao usuário e garantir a perfeita funcionalidade do centro cirúrgico.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.).

Atividades

- Ligar para o setor de internação e solicitar que encaminhe o usuário para o centro cirúrgico;
- Receber e acolher o usuário com cordialidade, chamando-o pelo nome;
- Fazer a admissão do usuário, checando todas as informações (patologias e/ou alergias medicamentosas) contidas no prontuário deste;
- Solicitar ao usuário a retirada de todos os adornos, próteses, roupa íntima e grampos de cabelo;
- Colocar no usuário com gorro e pro-pés antes do procedimento cirúrgico;
- Realizar tricotomia no usuário, antes do procedimento cirúrgico;
- Aplicar pré-anestésico no usuário;
- Fazer reserva de sangue e/ou solicitar transfusão de sangue, conforme indicações contidas no prontuário do usuário;
-

Cuidados
Ter bastante atenção ao ler as informações contidas no prontuário do usuário, evitando erros que possam por em risco a vida deste.

Ações em caso de não conformidade
Detectando alguma anormalidade no usuário e/ou discrepância nas informações contidas no prontuário deste, comunicar o médico cirurgião imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.5 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no trans-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico e dar suporte ao médico cirurgião.

Recursos Necessários
Mês, cadeira, folha de gastos, folha de anestesia, livro de registro de procedimentos realizados e caneta.

Atividades

- Checar todo o instrumental cirúrgico antes da realização do procedimento, verificando se está esterilizado;
- Anexar no prontuário do paciente os comprovantes de esterilização do instrumental cirúrgico utilizado durante o procedimento;
- Controlar a quantidade de compressas cirúrgicas usadas durante o procedimento cirúrgico;
- Permanecer na sala de cirurgia durante o procedimento cirúrgico, auxiliando o médico cirurgião em tudo que ele necessitar;
- Descrever na folha de anestesia a indução anestésica, hora de início da cirurgia e as medicações utilizadas;
- Registrar no livro de procedimentos o início do procedimento, tipo de procedimento, nomes da equipe médica e o nome do paciente;
- Registrar na folha de gastos, tudo que foi utilizado durante o procedimento cirúrgico.

Cuidados

- Ter atenção ao checar o instrumental cirúrgico, evitando possíveis infecções;
- Ter atenção ao registrar as informações no livro de procedimentos e na folha de gastos, evitando perdas de informações e/ou erros de registro.

Ações em caso de não conformidade
Se for detectado que o instrumental cirúrgico não obedece aos padrões de esterilização, informar a instrumentadora e solicitar outro instrumental devidamente esterilizado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.6 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no pós-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas do pós-operatório sejam cumpridas visando à segurança do paciente e o correto registro das informações sobre o procedimento cirúrgico realizado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, livro de registro de procedimentos realizados, prontuário do paciente, e telefone.

Atividades

- Encaminhar o paciente para CRPA ou para a unidade internação de origem, após a liberação do médico anestesista;
- Registrar no prontuário do paciente o final do procedimento cirúrgico;
- Conferir a quantidade de compressas utilizadas durante o procedimento cirúrgico;
- Conferir a caixa de instrumental cirúrgico;
- Encaminhar a caixa de instrumental cirúrgico para o CME;
- Conferir a maleta anestésica;
- Encaminhar para a farmácia a maleta anestésica com o lacre violado;
- Registrar no livro de procedimentos final do procedimento cirúrgico;
- Enviar o prontuário do paciente ao setor onde ele se encontra (CRPA ou unidade de internação) com todas as informações registradas;
- Informar a equipe do setor onde se encontra o paciente (CRPA ou unidade de internação) as medicações prescritas e o horário de administração das mesmas.

Cuidados

- Atenção no registro das informações do procedimento, medicações, horários de administração destes, no prontuário do paciente;
- Atenção na conferência do instrumental cirúrgico e maleta anestésica, evitando perdas;
- Atenção no registro das informações do procedimento cirúrgico realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo a falta de algum instrumental, informar imediatamente a chefia imediata do centro cirúrgico e ao CME;
- Percebendo algum dano na maleta anestésica, informar imediatamente à farmácia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.7
		Emissão
Tarefa: Solicitação de psicotrópicos		Revisão
		No: / Data:

Executante Enfermeira.
Resultados esperados Garantir o controle dos medicamentos psicotrópicos.
Recursos Necessários Receituário de medicações.
Atividades • Solicitar a equipe médica receita com os psicotrópicos utilizados durante o procedimento cirúrgico; • Solicitar a equipe médica receita dos psicotrópicos que serão administrados ao paciente no pós-operatório; • Encaminhar para a farmácia as receitas dos psicotrópicos prescritos pela equipe médica.
Cuidados Atenção ao encaminhar as receitas para a farmácia, evitando perdas ou extravios.
Ações em caso de não conformidade Percebendo a perda de alguma receita de psicotrópico, informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e a farmácia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.8 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no procedimento obstétrico		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Acolhida cordial à parturiente e registro correto das informações sobre o procedimento e o RN.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, ficha de admissão do paciente, ficha de declaração dos nascidos vivos (DNV), telefone e caneta.

Atividades
- Receber e acolher a parturiente;
- Fazer a admissão da parturiente no centro obstétrico;
- Solicitar a presença de pediatra na sala de parto para recepção do RN;
- Auxiliar o pediatra nos cuidados ao RN;
- Preencher corretamente a Declaração de Nascidos Vivos

Cuidados
Atenção no preenchimento correto da Declaração de Nascidos Vivos.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo algum erro de preenchimento na DNV, emitir uma nova declaração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.9
		Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no procedimento obstétrico		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Registro correto das informações no livro de procedimentos e garantir que mãe e filho estejam correta e devidamente identificados.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, pulseiras de identificação (mãe e filho), telefone e caneta.

Atividades

- Registrar no livro de procedimentos as informações sobre o tipo de parto (normal ou cesariana), equipe médica, início e fim do procedimento realizado;
- Preencher corretamente com letra legível as pulseiras de identificação (nome da puérpera, sexo do RN, data e hora do nascimento);
- Colocar na puérpera e no RN as pulseiras de identificação;
- Verificar e registrar as condições do penso cirúrgico, nos casos de cesarianas, antes de encaminhar a puérpera para a unidade de internação de origem;
- Informar a unidade de internação da puérpera que a mesma está sendo encaminhada;
- Encaminhar puérpera para a unidade internação de origem, após prescrição médica;
- Identificar e protocolar os restos placentários dentro de geladeira própria, antes de enviá-los para o velório;
- Conferir a caixa de instrumental utilizada no procedimento obstétrico;
- Encaminhar para o expurgo do CME a caixa de instrumental;
- Solicitar ao serviço de higienização, limpeza e desinfecção da sala cirúrgica;
- Colher amostra sanguínea do cordão umbilical do RN para realização de sorologias;
- Identificar corretamente o cordão umbilical do RN e encaminhá-lo sob protocolo para o laboratório;
- Identificar e protocolar o corpo do RN Nati-Morto com menos de 500g;
- Encaminhar para o velório, em geladeira própria, o RN Nati-Morto com menos de 500g, após o médico pediatra emitir a Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g.

Cuidados

- Atenção no preenchimento correto das pulseiras de identificação da mãe e do filho, evitando transtornos de trocas de recém-nascidos;
- Atenção na identificação do cordão umbilical, antes de enviá-lo para o laboratório;
- Atenção na identificação do RN Nati-Morto com menos de 500g, antes de enviar para o velório.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que houve um erro nas pulseiras de identificação, informar à chefia imediata e refazer as pulseiras com as informações corretas;
- Percebendo que houve um erro na identificação do cordão umbilical do RN, solicitar ao laboratório que devolva o material para fazer as correções;
- Percebendo que falta instrumental dentro da caixa utilizada no procedimento cirúrgico, informar a chefia imediata e ao CME;

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.10 Emissão
Tarefa: Encaminhamento do recém-nascido para o berçário		Revisão No: Data:

Executante
Médico pediatra.

Resultados esperados
Garantir que o recém-nascido está em condições de ser levado para o berçário.

Recursos Necessários

Atividades
- Examinar o recém-nascido, verificando todos os sinais vitais
- Verificar se o recém-nascido está com a devida pulseira de identificação;
- Encaminhar recém-nascido para o berçário.

Cuidados
Atenção ao verificar os sinais vitais do recém-nascido.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que o recém-nascido apresenta algum problema, seguir com os protocolos médicos garantindo a segurança e vida do RN.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.11 Emissão
Tarefa: Emitir Declaração de Óbito de RN Nati-Morto com menos de 500g		Revisão No: Data:

Executante Médico pediatra.
Resultados esperados Assegurar que o protocolo com RN nati-morto com menos de 500g seguiu os tramites legais.
Recursos Necessários Mesa, cadeira, Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g, caneta e carimbo com identificação do médico pediatra.
Atividades • Preencher Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g; • Assinar e carimbar a declaração, entregando à equipe de enfermagem.
Cuidados Atenção ao preencher a Declaração, evitando erros.
Ações em caso de não conformidade Percebendo que houve erro de preenchimento na declaração, emitir uma nova declaração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.12 Emissão
Tarefa: Encaminhamento da gestante para o pré-parto		Revisão No: Data:

Executante Médico obstetra.
Resultados esperados Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.
Recursos Necessários Cama e luvas para exame.
Atividades Examinar a gestante, verificando se a mesma já está entrando em trabalho de parto.
Cuidados Atenção ao realizar o exame, confortando a gestante.
Ações em caso de não conformidade Se a gestante não estiver em trabalho de parto, aguardar no leito da unidade de internação que a mesma se encontra.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.13 Emissão
Tarefa: Checagem de centro cirúrgico para realização do parto		Revisão No: Data:

Executante Enfermeira
Resultados esperados Agilizar os procedimentos para a realização do parto.
Recursos Necessários Telefone.
Atividades • Comunicar ao centro cirúrgico a utilização do leito de pré-parto; • Verificar e checar o preparo da sala de parto.
Cuidados Atenção ao preparo da sala de parto para que não falte nada.
Ações em caso de não conformidade Nos casos em que falte alguma coisa na sala de parto, providenciar imediatamente a reposição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.14 Emissão
Tarefa: Admissão da gestante no pré-parto		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.

Recursos Necessários
Ficha de admissão da gestante e caneta.

Atividades

- Receber a gestante;
- Realizar a admissão da gestante;
- Monitorar a gestante, se for necessário;
- Solicitar a presença de profissionais da saúde para dar suporte emocional a gestante se for necessário;
- Comunicar ao serviço social, nutrição e recepção de internação sobre a permanência da gestante no leito de Pré-parto.

Cuidados
Atenção nos casos em que a gestante necessita de monitoramento, ou da presença de profissionais da saúde para suporte emocional da mesma.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que o estado da gestante apresentar alguma anormalidade, chamar o médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.15
		Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem à gestante no pré-parto		Revisão
		No: / Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.

Recursos Necessários
Telefone, prontuário da gestante e caneta.

Atividades

- Monitorar a gestante continuamente, solicitando avaliação do médico obstetra sempre que achar necessário;
- Observar se a gestante está com perda de líquidos, sangue ou dejetos e informar ao médico obstetra em caso afirmativo;
- Comunicar ao centro cirúrgico que a gestante está sendo encaminhada, após solicitação do médico obstetra;
- Comunicar ao médico pediatra que a gestante está sendo encaminhada para o centro cirúrgico;
- Encaminhar a gestante para o centro cirúrgico;
- Solicitar ao serviço de higienização, a limpeza e desinfecção do leito de pré-parto;
- Fechar a sala de pré-parto, após a desinfecção do mesmo.

Cuidados

- Atenção no monitoramente da gestante quanto à perda de líquidos, sangue e dejetos, informando ao médico obstetra imediatamente;
- Não se esquecer de comunicar ao médico pediatra que a gestante está sendo encaminhada para o centro cirúrgico, para que este recepcione o RN;
- Não se esquecer de fechar a sala de pré-parto, após a desinfecção do mesmo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que o estado da gestante apresentar alguma anormalidade, chamar o médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.16 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilizar o atendimento do funcionário que sofreu o acidente de trabalho, garantindo que todos os protocolos de segurança sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Telefone e luvas para exame.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;
- Solicitar suporte emocional aos profissionais da saúde se for necessário;
- Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.

Cuidados
Não se esquecer de comunicar a todos os setores envolvidos com acidente de trabalho com perfuro-cortante.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.16 Emissão
Tarefa: Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir atendimento ágil e eficiente ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.

Recursos Necessários
Luvas para exame, caneta, ficha de programação de avaliação de sorologias e ficha de relatório médico para encaminhamento de funcionário

Atividades

- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Avaliar o grau de risco de transmissão;
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subseqüente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão;
- Encaminhar o funcionário para o Hospital Central Roberto Santos (HCRS) – Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados

- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão;
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o HCRS, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.17 Emissão
Tarefa: Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir estoque de roupas suficientes dentro do Centro Cirúrgico.

Recursos Necessários
Ficha de previsão de roupa e caneta.

Atividades
- Checar o estoque de roupas existentes no setor;
- Fazer previsão de roupas para o período;
- Solicitar roupas à lavanderia nos horários determinados (manhã e tarde);
- Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
- Revisar as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
- Guardar as roupas recebidas no armário destinado as mesmas.

Cuidados
- Atenção na conferência do estoque de roupara para fazer uma previsão correta;
- Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia, para não guardar roupas que na estejam acondicionadas da forma correta.

Ações em caso de não conformidade
Devolver à lavanderia as roupas que não vierem acondicionadas de forma correta e solicitar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.18 Emissão
Tarefa: Descarte de roupa suja		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.

Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Atividades

- Observar diariamente, em todos os turnos, as condições do lençol da maca e LAP cirúrgico;
- Realizar a troca de lençol da maca após o uso do paciente;
- Colocar no Hamper toda a roupa e/ou veste suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), considerando-a contaminada;
- Recolher ao final de cada procedimento cirúrgico toda a roupa existente na sala de cirurgia e colocá-la no Hamper;
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 1/3 da capacidade;
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

- Atenção ao checar as condições das roupas do centro cirúrgico, evitando que peças sujas/contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que o lençol da maca e o LAP cirúrgico ainda foram trocados, substituí-los imediatamente;
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.19 Emissão
Tarefa: Solicitação do serviço de manutenção		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta, ficha de ordem de serviço e livro de ocorrência.

Atividades
- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de avaliação da manutenção;
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias;
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção;
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material considerado irregular.

Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento/material que necessita de avaliação do serviço de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
- Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem;
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento e/ou material necessitar sair do setor, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.20 Emissão
Tarefa: Autorização de saída externa de equipamento e/ou material do centro cirúrgico		Revisão No: Data:

Executante
Coordenadora de Enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência e caneta.

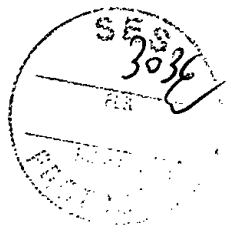
Atividades

- Registrar dia, hora e setor de saída do equipamento e/ou material que necessitar de reparos feitos fora do setor;
- Informar a equipe do centro cirúrgico o motivo pelo qual o equipamento/material está sendo levado para o setor de manutenção;
- Aguardar retorno do equipamento/material para o centro cirúrgico;
- Testar o equipamento/material quando da volta do setor de manutenção, juntamente com o funcionário do referido serviço.

Cuidados
Atenção na hora de testar o equipamento/material para só recebê-lo se ele estiver em perfeitas condições de uso.

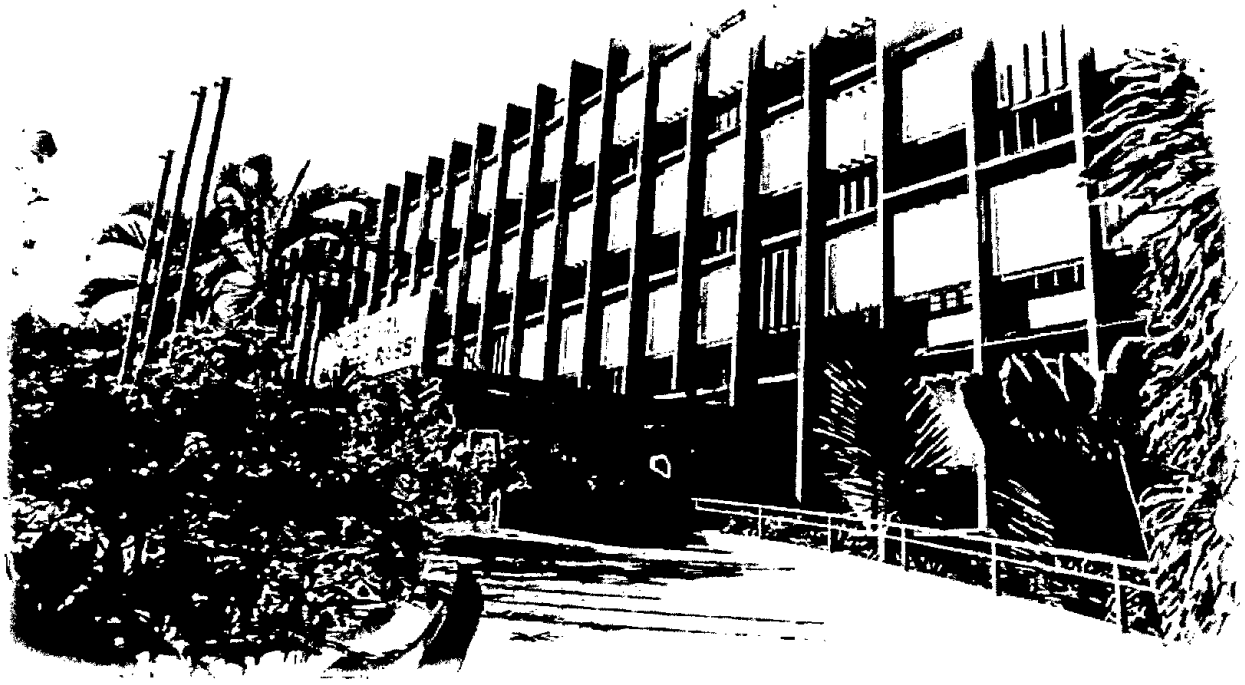
Ações em caso de não conformidade
Se na hora de testar o equipamento/material perceber que este não está funcionando direito, devolver ao funcionário da manutenção para novos reparos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas do Setor de Internamento

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** 04

2. **NORMAS DO SETOR DE INTERNAMENTO** 05

3. **NORMAS DE ISOLAMENTO DO SETOR DE INTERNAMENTO** 06

4. **ROTINAS DO SETOR DE INTERNAMENTO** 08

SES
3019
Fls

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Assistência Hospitalar, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Setor de Internamento		Revisão: Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do Setor de Internamento.

Normas

- Os funcionários que trabalham no setor de internamento devem registrar o cartão de ponto na entrada e saída do plantão;
- Todos os funcionários deverão estar devidamente uniformizados com as roupas padronizadas pela instituição;
- A equipe do setor de internamento deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso;
- Os funcionários deverão verificar diariamente a integridade dos materiais e equipamentos, registrando qualquer intercorrência com os mesmos;
- Registrar diariamente as intercorrências ocorridas no Livro de Registro do setor;
- Ler diariamente o Livro de Registro das ocorrências;
- Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão;
- Manter o setor organizado durante e ao final do plantão;
- Manter silêncio dentro do setor de internamento;
- É vedado aos funcionários do setor de internamento alimentar-se dentro setor;
- Cumprir rigorosamente aos horários de entrega e recebimento de materiais;
- Durante o plantão o funcionário deverá permanecer dentro do setor;
- Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho;
- Usar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- As trocas de plantão somente serão efetuadas quando acordadas previamente com a Coordenação de Enfermagem;
- As trocas de plantão dentro do mês ficam restritas a três trocas, salvo necessidade justificada junto à Coordenação de Enfermagem;
- Tem direito a acompanhante os pacientes portadores de algum tipo de deficiência, idade acima de 65 anos, crianças e menor de idade;
- Todo acompanhante deverá portar o "cartão de acompanhante" emitido pelo Serviço Social e/ou Enfermagem (à noite e aos domingos), enquanto estiver acompanhando o paciente;
- É obrigatória a lavagem das mãos antes e após a realização de cada procedimento, visando evitar o risco de infecção e/ou contaminação;
- O médico deverá informar ao paciente, antes da cirurgia, quando o mesmo vai necessitar de hemo-transfusão;
- Antes de realizar qualquer transfusão sangüínea no paciente, verificar se não existe preconceitos religiosos;
- A ambulância deverá aguardar no Banco de Sangue a liberação de bolsas de sangue solicitadas e transportá-las SEMPRE em caixa térmica com gelo e sem manter contato direto com as mesmas;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exame interno deverá ser feito mediante a presença de profissional de enfermagem portando o prontuário do paciente com o encaminhamento na evolução;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exames externos deve ser feito mediante a presença de um profissional da enfermagem e/ou acompanhante/responsável pelo paciente, portando documento e ficha de encaminhamento (original), com encaminhamento na evolução.;
- Nenhum paciente poderá sair de lata hospitalar sem estar acompanhando de um familiar ou responsável.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

3. NORMAS DE ISOLAMENTO DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.2 Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas que regulamentam o funcionamento da área de Isolamento da Unidade de Internamento		Revisão No:	Data:

Normas

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por microorganismos epidemiologicamente importantes, que são transmitidos por contato direto com o paciente (mãos ou pele) e/ou contatos indiretos (contatos com superfícies ambientais ou itens de uso do paciente) devem adotar as seguintes precauções:

    1. **Internar o paciente em quarto individual (isolamento).** Se não for possível, colocar o paciente no mesmo quarto em que já exista outros pacientes internados apresentando infecção pelo mesmo microorganismo. A CCIH deverá ser consultada, nos casos de dúvidas antes da internação do paciente;

    2. **Usar luvas limpas não estéreis ao entrar no quarto do paciente e durante o tempo do atendimento do mesmo.** Trocá-las após contato com material infectado com alta concentração de microorganismos (fezes, secreções de feridas, etc.). Retirar as luvas após o uso, antes de deixar o ambiente. Lavar as mãos com anti-séptico. Assegurar que as mãos não toquem as superfícies ambientais ou itens do quarto do paciente para evitar transferência de microorganismos para outros pacientes e ambientes;

    3. **Usar avental limpo não necessariamente estéril ao entrar no quarto, quando existir a possibilidade de um contato substancial com o paciente contaminado** (incontinente, diarréico, com ileostomia, colostomia ou drenagem de ferida não contida pelo curativo) ou itens do quarto. Retirar o avental antes de deixar o quarto. Assegurar que as roupas pessoais não entraram em contato com superfícies potencialmente contaminadas, evitando a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambientes.

    4. **Transportar o paciente para outros ambientes, somente o estritamente necessário**. Assegurar que as precauções sejam mantidas para diminuir o risco de transmissão de microorganismos para outros pacientes e a contaminação de superfícies ambientais, equipamentos, quando o paciente necessitar ser levado para fora do quarto.

    5. **Os equipamentos de uso (estetoscópio, termômetro, etc.**) deverão ser utilizados somente para o paciente infectado. Caso não seja possível, os equipamentos devem ser limpos e desinfectados com álcool à 70% antes de ser utilizado em outro paciente.

    6. **Os itens com os quais o paciente entra em contato e as superfícies ambientais devem ser submetidas à limpeza diária.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes com suspeita de infecção ou confirmada por microorganismos transmitidos por aerossóis (partículas de tamanho = 5 µm) que permanecem suspensas no ar e que podem ser dispersadas a longas distâncias (varicela, sarampo e tuberculose) deve tomar as seguintes precauções:

    1. **Internar paciente em quarto isolado com pressão de ar negativa em relação à área adjacente**. Trocar o ar a cada seis horas, no mínimo. Filtrar o ar do quarto utilizando filtros de alta eficiência (filtro HEPA – High-Eficiency Particulate Air), antes da circulação do ar;

para as outras áreas do hospital. Manter as portas do quarto sempre fechadas.

2. **Usar proteção respiratória sempre que for entrar em contato com o paciente (máscara com capacidade de filtragem e vedação lateral adequadas).** Pessoas com suscetibilidade a sarampo e varicela não devem entrar em quarto de pacientes com suspeitas dessas infecções.

3. **O transporte de paciente infectado deve ser o mínimo necessário, mas quando houver indicação, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes portadores ou infectados por microorganismos transmitidos por gotículas de tamanho maior que 5 µm, que podem ser gerados durante tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos deve tomar as seguintes precauções:

1. **Internar o paciente em quarto isolado.** Quando não houver a possibilidade, colocá-lo em quarto com paciente que apresente infecção pelo mesmo microorganismo. A distância entre os dois pacientes ou entre paciente e visitante deve ser de um metro. Realizar ventilação e circulação do ar especiais dentro do quarto.

2. **Deve ser utilizada máscara sempre que a proximidade com o paciente for menor que um metro.**

3. **Limitar ao mínimo possível o transporte do paciente** infectado, mas quando for necessário, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

4. ROTINAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.1 Emissão
Tarefa: Recebimento de plantão pelos auxiliares e técnicos de enfermagem		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades
- Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.

Cuidados
Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.

Ações em caso de não conformidade
Solicitar a enfermeira chefe da unidade que esclareça quaisquer dúvidas que venham a surgir quanto ao início das rotinas diárias.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.2 Emissão
Tarefa: assistência de enfermagem na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário do paciente, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e caneta.

Atividades

- Administrar medicação dos pacientes, conforme prescrição médica;
- Checar nominalmente as medicações com as prescrições;
- Registrar na evolução do paciente os cuidados de higiene realizados;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Verificar sinais vitais dos pacientes e registrar na folha de evolução;
- Observar o funcionamento de sondas e cateteres;
- Encaminhar e/ou acompanhar pacientes para transferências;
- Realizar a mudanças de decúbito nos pacientes;
- Massagear os pacientes, quando estes necessitarem;
- Pegar material esterilizado na CME;
- Utilizar os EPI's corretos durante a execução dos procedimentos de enfermagem;
- Levar material sujo para o expurgo;
- Encaminhar pacientes para realizarem exames, quando estiverem prescritos;
- Registrar na folha de evolução do prontuário do paciente, a higiene realizada no mesmo;
- Orientar os familiares e/ou visitantes do paciente quanto à importância da lavagem das mãos;
- Identificar os equipos instalados com data e hora da instalação;
- Identificar os curativos de punção venosa com data e hora da punção e, o nome do profissional responsável;
- Quando necessário, utilizar placas de identificação nos leitos dos pacientes, tais como: jejum, RX, USG, exame laboratorial, etc..

Cuidados

- Atentar para as medicações dos pacientes, que somente podem ser ministradas, após a conferência das prescrições médicas;
- Atentar para as sondas e cateteres dos pacientes para evitar complicações no quadro do paciente;
- Atentar para o registro de todas as informações necessárias na folha de evolução do prontuário do paciente;
- Atentar para a nominação nos leitos dos pacientes (jejum, RX, USG, etc.), evitando erro e/ou esquecimento quanto aos procedimentos a serem realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar a enfermeira chefe da unidade de internamento esclarecimentos quando tiver dúvidas sobre alguma rotina;
- Informar a enfermeira chefe da unidade internamento toda e qualquer alteração nas rotinas e/ou evolução dos pacientes, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.3 Emissão 3045
Tarefa: Recebimento de plantão pela enfermeira		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades
- Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.

Cuidados
Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.

Ações em caso de não conformidade
Informar a Coordenação de Enfermagem qualquer alteração observada no registro das ocorrências, solicitando esclarecimentos.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.4
		Emissão
Tarefa: Coordenação de enfermagem na unidade de internamento		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, livro de ocorrências, carro de emergência, EPI's (luvas, máscaras, óculos, etc.) caneta e carimbo.

Atividades
- Distribuir as rotinas diárias para equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos);
- Estabelecer prioridades de assistência;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Realizar o controle de materiais e medicamentos;
- Supervisionar e controlar o fluxo de visitas dentro da unidade de internamento, atentando para horário e quantidade de visitantes por enfermaria;
- Controlar os psicotrópicos;
- Atualizar o censo diário;
- Revisar e repor os materiais e medicamentos do carro de emergência da unidade;
- Solicitar ao serviço de higienização da limpeza e desinfecção do leito, após alta do paciente;
- Checar e testar o funcionamento dos equipamentos da unidade;
- Emprestar materiais para outros setores, mediante protocolo;
- Informar à recepção, serviço social e nutrição, sempre que admitir um paciente na unidade;
- Registrar todas as intercorrências do plantão em livro apropriado.

Cuidados
- Atenção no controle dos psicotrópicos;
- Atenção na revisão do carro de emergência para que não falte nenhum medicamento e/ou material;
- Atenção nas sondas e cateteres dos pacientes, evitando extravasamento e/ou riscos de alteração no quadro do paciente;
- Não se esquecer de informar à recepção, serviço social e nutrição quando admitir paciente na unidade;
- Não se esquecer de realizar censo diário da unidade.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber a falta de algum psicotrópico informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e/ou Farmácia;
- Se algum equipamento do carro de emergência apresentar algum defeito, chamar o serviço de manutenção para que o mesmo seja consertado;
- Se ocorrer alguma complicação com o paciente, por motivos quaisquer, comunicar imediatamente ao médico plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.5 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.), leito, EPI's (luvas, óculos, máscaras, etc.).

Atividades

- Verificar se o leito que o paciente irá ocupar está devidamente preparado;
- Receber o paciente chamando-o pelo nome, independente do nível de consciência;
- Colocar o paciente no leito, observando o estado clínico/cirúrgico do mesmo;
- Trocar a roupa do paciente;
- Lavar as mãos com água e sabão antes e após contato com o paciente;
- Verificar e registrar na evolução de enfermagem, os sinais vitais do paciente;
- Monitorar paciente caso seja necessário;
- Prestar cuidados de enfermagem ao paciente, sempre que necessário;
- Registrar as intercorrências em livro próprio;
- Verificar se o paciente tem pertences, para entregá-los aos familiares d mesmo;
- Usar os EPI's adequados durante a realização dos procedimentos;
- Garantir e preservar a privacidade do paciente;
- Monitorar continuamente os pacientes;
- Checar as prescrições médicas no prontuário do paciente.

Cuidados

- Manter atitude cordial e gentil com o paciente ao recebê-lo para admissão;
- Atentar para o uso dos EPI's corretos antes da realização dos procedimentos de enfermagem;
- Sempre lavar as mãos antes e depois de tocar no paciente;
- Não ministrar nenhuma medicação ao paciente sem antes conferir a prescrição médica.

Ações em caso de não conformidade
Toda e qualquer alteração e/ou intercorrência com o paciente e/ou rotinas da unidade, comunicar a enfermeira chefe, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.6 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.), leito, EPI's (luvas, óculos, máscaras, etc.).

Atividades

- Realizar exame físico no paciente, observando:
  1. Nível de consciência;
  2. Estado emocional;
  3. Estado hemodinâmico;
  4. Presença de pensos, escaras, próteses, etc.;
  5. Funcionamento intestinal e urinário;
- Registrar na folha de evolução do prontuário do paciente todas as informações observadas no exame físico do mesmo;
- Admitir o paciente, evoluir e prescrever na folha de evolução de enfermagem no prontuário do paciente;
- Solicitar os exames prescritos (RX, ECG, USG, laboratório, etc.);
- Aprazar as medicações prescritas;
- Comunicar ao serviço social e a nutrição a admissão do paciente;
- Registrar no prontuário, no livro de ocorrências, relatório e censo, a admissão do paciente;
- Orientar familiares sobre as rotinas da unidade.

Cuidados

- Atentar para todos os detalhes durante o exame físico do paciente;
- Não se esquecer de informar ao serviço social e à nutrição sobre a admissão do paciente na unidade;
- Nunca se esquecer de usar os EPI's adequados quando realizar procedimentos no paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se perceber alguma alteração significativa, durante o exame físico do paciente, comunicar imediatamente ao médico plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.7
		Emissão
Tarefa: Administração de medicamentos		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente tome a medicação prescrita de forma correta e segura.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, prescrição médica, medicamentos, material médico-hospitalar, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e prontuário do paciente.

Atividades

- Ler atentamente a prescrição médica;
- Ler atentamente o rótulo do medicamento antes de prepará-lo;
- Lavar as mãos antes de preparar a medicação e antes de administrá-la ao paciente;
- Identificar o paciente com a medicação:
    1. Paciente certo;
    2. Medicação certa;
    3. Mora certa;
    4. Via certa;
    5. Dose certa;
- Manter silêncio e atenção durante o preparo da medicação;
- Verificar o prazo de validade do medicamento;
- Identificar o recipiente que comporta a medicação com: nome do paciente, medicação, número do leito, dose, via e horário;
- Usar EPI correto (luvas) na administração de medicação venosa;
- Administrar a medicação no paciente.

Cuidados

- Ter bastante atenção quando for preparar a medicação, verificando a prescrição corretamente;
- Nunca administração medicação venosa sem o uso do EPI correto (luvas);
- Ler atentamente o rótulo do medicamento e o prazo de validade do mesmo;
- Nunca administrar medicação com dúvidas.

Ações em caso de não conformidade
Se surgir alguma dúvida durante o preparo da medicação e/ou com a prescrição médica, chamar a enfermeira chefe da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.8 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.

Atividades
- Observar o prontuário do paciente, verificando se o mesmo tem indicação de alergias a medicamentos e/ou patologias;
- Informar a nutrição, o serviço social e ao centro cirúrgico a admissão de paciente para pré-operatório;
- Reservar sangue se houver solicitação;
- Orientar ao paciente sobre a troca de roupa.

Cuidados
Atenção ao observar o paciente sobre possíveis patologias e/ou alergias medicamentosas, para não por a vida do paciente em risco.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo alguma patologia e/ou alergia medicamentosa nas informações do paciente, informar ao médico cirurgião imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.9 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.

Atividades

- Sinalizar o leito do paciente com a placa de jejum;
- Verificar se o paciente está de jejum;
- Verificar se o paciente está com adorno. Em caso afirmativo, solicitar que sejam retirados;
- Protocolar os adornos do paciente e entregá-los à família e/ou responsável;
- Remover esmalte das unhas do paciente, se for o caso;]
- Encaminhar paciente para o banho aspersão, antes de encaminhá-lo para o centro cirúrgico;
- Realizar o procedimento de tricotomia, se for necessário, uma hora antes da cirurgia;
- Verificar se foi realizada a consulta pré-anestésica;
- Administrar medicação pré-anestésica no horário determinado, caso tenha sido prescrita;
- Protocolar os exames pré-operatórios recebidos e encaminhar junto com o prontuário para o centro cirúrgico;
- Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais.

Cuidados

- Atenção quando for aplicar a medicação pré-anestésica observando a prescrição médica;
- Não se esquecer de remover o esmalte das mãos do paciente;
- Atenção no procedimento de verificação dos sinais vitais do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.10 FLS 3052
		Emissão
Tarefa: Encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, caneta, exames pré-operatórios, telefone e maca.

Atividades
- Verificar os sinais vitais do paciente e registrar no prontuário do mesmo;
- Solicitar ao paciente que esvazie a bexiga antes de seguir para o centro cirúrgico;
- Observar se todos os adornos, próteses, objetos de metal e peças íntimas do paciente foram retirados;
- Registrar na folha de evolução do prontuário data e hora do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico;
- Informar ao centro cirúrgico que o paciente está pronto;
- Encaminhar o paciente para o centro cirúrgico, juntamente com o prontuário e exames pré-operatórios, quando este solicitar.

Cuidados
- Atenção par que o paciente não suba de bexiga cheia;
- Atenção para não esquecer de encaminhar junto com o paciente o prontuário e os exames pré-operatório;
- Atenção para não esquecer da retirada dos adornos, próteses e pecas íntimas do paciente antes de encaminhar para o centro cirúrgico.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.11 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pós-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, prontuário do paciente e telefone.

Atividades

- Receber o paciente encaminhado do centro cirúrgico;
- Observar o nível de consciência do paciente;
- Controlar rigorosamente os sinais vitais e registrar no prontuário do paciente;
- Observar penso cirúrgico, verificando se existe a presença de sangramento;
- Verificar o funcionamento de drenos e/ou sondas;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Observar a presença de diurese espontânea.

Cuidados
Ter bastante atenção na verificação dos sinais vitais do paciente, assim como das sondas, drenos, penso cirúrgico e diurese.

Ações em caso de não conformidade

- Se o penso cirúrgico apresentar sangramento, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente o médico cirurgião;
- Se os sinais vitais do paciente apresentar alguma alteração, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.12 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar o cumprimento da dieta alimentar prescrita para o paciente, assim como o encaminhamento correto de peças para exame na anatomia patológica, quando estas existirem.

Recursos Necessários
Mapa de dieta, prontuário do paciente, caneta, livro de protocolo, telefone, etiqueta e recipiente contendo a peça.

Atividades

- Receber a prescrição médica, indicando o tipo de dieta do paciente;
- Observar o horário da liberação da dieta;
- Informar ao serviço de nutrição sobre a dieta do paciente;
- Observar o nível de aceitação da dieta por parte do paciente;
- Identificar as peças encaminhadas pelo centro cirúrgico, juntamente com o paciente, para serem encaminhadas para exame de anatomia patológica da seguinte forma:
    1. Nome do paciente;
    2. Nome do médico;
    3. Tipo da peça;
    4. Data;
    5. Nome da pessoa que preparou;
- Protocolar a peça identificada e junto com a requisição de exame da mesma entregar para a família e/ou responsável.

Cuidados
Ter bastante atenção quando for identificar as peças que vão para exame de patologia, evitando trocas e erros.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente não tiver um bom nível de aceitação da dieta, informar ao médico assistente e à nutrição.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.13 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente no puerpério		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente no puerpério receba todos os cuidados necessários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e prontuário do paciente.

Atividades
- Receber a paciente do centro cirúrgico;
- Observar se o penso cirúrgico apresenta sinais de sangramento (no caso de cesariana);
- Observar se existe a presença de loquiação e registra no prontuário da paciente;
- Verificar se a paciente apresenta presença de colostro;
- Verificar se existe a presença de diurese espontânea;
- Estimular na paciente a amamentação e observar a aceitação do RN;
- Observar se a paciente apresenta sinais de mastite, psicose puerperal e infecção.

Cuidados
- Ter bastante atenção quanto as observações no estado geral para paciente;
- Não se esquecer de registrar no prontuário da paciente todas as informações quanto ao quadro clínico da mesma;
- Procurar estimular a amamentação e aceitação por parte do RN.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo a presença de sinas de sangramento no penso cirúrgico, comunicar imediatamente ao médico cirurgião;
Percebendo sinais de mastite, psicose puerperal e/ou infecção na paciente, comunicar ao médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.14 Emissão
Tarefa: solicitação de bolsas de sangue ao HEMOBA para a realização de transfusão sanguínea		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que as bolsas de sangue solicitadas são adequadas para a realização de hemo-tranfusão, evitando riscos para a vida do paciente.

Recursos Necessários
Requisição de transfusão sanguínea, telefone, prontuário do paciente, caneta e ambulância.

Atividades
- Checar no prontuário do paciente se existe solicitação do médico para transfusão sanguínea;
- Entrar em contato com o laboratório para a realização de exame de tipagem sanguínea do paciente;
- Entrar em contato com o HEMOBA informando sobre a necessidade de transfusão, comunicando a tipagem sanguínea do paciente e quantidades de bolsas;
- Solicitar ao laboratório a coleta de amostra de sangue do paciente;
- Acionar o motorista da ambulância, após confirmação do HEMOBA, quanto à disponibilidade de bolsas de sangue compatíveis com o paciente;
- Entregar ao motorista da ambulância a amostra de sangue do paciente, requisição com a solicitação do médico e informar a quantidade de bolsas necessárias;
- Receber a caixa térmica com gelo, contendo as bolsas de sangue.

Cuidados
- Ter bastante atenção quando informar a tipagem sanguínea para evitar erros, que ponham a vida do paciente em risco;
- Não manter contato com as bolsas de sangue.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente e seus familiares apresentarem resistência quanto a realização da transfusão sanguínea comunicar imediatamente ao serviço social e ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.15 Emissão
Tarefa: Preparo do paciente para a realização de transfusão sanguínea		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.

Recursos Necessários
Termômetro, prontuário do paciente e caneta.

Atividades
- Verificar a temperatura do paciente antes de iniciar a transfusão sanguínea e registrar no prontuário do mesmo;
- Registrar na evolução do paciente data e hora do início da instalação da bolsa de sangue;
- Monitorar os sinais vitais do paciente durante a transfusão.

Cuidados
- Não se esquecer de anotar data e hora da instalação da bolsa de sangue no prontuário;
- Não se esquecer de registrar no prontuário do paciente todas as informações sobre a transfusão sanguínea.

Ações em caso de não conformidade
- Se o paciente estiver com temperatura elevada, informar ao médico plantonista, antes de instalar a bolsa de sangue;
- Se durante a transfusão de sangue o paciente apresentar alguma alteração, comunicar o médico plantonista imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.16
		Emissão:
Tarefa: Instalação da bolsa de sangue		Revisão
		No: / Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.

Recursos Necessários
Bolsa de sangue, equipo de uma via, prontuário do paciente, caneta e luvas.

Atividades
- Instalar a bolsa de sangue em equipo de uma via, após verificar temperatura e sinais vitais do paciente;
- Observar se o paciente apresenta hipertermia;
- Observar se o paciente apresenta prurido e hiperemia;
- Registrar no prontuário do paciente todas as informações e procedimentos realizados no paciente.

Cuidados
- Observar com bastante atenção se o paciente não apresenta nenhuma alteração durante a transfusão de sangue;
- O fluxo da bolsa de sangue deverá correr por um período máximo de 4 horas, após esse período suspender o uso da mesma.

Ações em caso de não conformidade
- Se o paciente apresentar hipertermia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário;
- Se o paciente apresentar prurido e/ou hiperemia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.17 Emissão
Tarefa: Encaminhar paciente para a realização de exames complementares de diagnóstico		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que todos os exames complementares de diagnósticos solicitados pelo médico assistente, para o paciente, serão realizados.

Recursos Necessários
Telefone, prontuário do paciente, caneta, requisição de exame e ficha de referência (para exames externos).

Atividades

- Verificar no prontuário do paciente se existe requisição de exames complementares solicitada pelo médico assistente;
- Ligar para o setor de imageologia informando sobre a solicitação de exame, atentando para os seguintes detalhes:
    1. RX – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar que o paciente seja chamado;
    2. USG – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar o chamado;
    3. ECG – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar o chamado, salvo em casos especiais, realizar o exame;
    4. Patologia Clínica – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar que o técnico do laboratório venha realizar a coleta do material;
- Acompanhar o paciente para a realização dos exames levando junto o prontuário do paciente e a solicitação do exame feita pelo médico assistente;
- Ligar para unidade externa que realiza exames complementares, quando os exames solicitados pelo médico não podem ser realizados no HMD;
- Ligar para o serviço social informando da necessidade de acompanhar paciente para a realização de exame fora da instituição.

Cuidados
Atenção ao conferir as solicitações de exames complementares do paciente, evitando que algum deixe de ser realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Se os setores que realizam os exames solicitados na puderem realizar os exames, solicitar uma previsão para a realização dos mesmos e informar ao médico pediatra;
- Se o acompanhante e/ou responsável não estiver com documentação para acompanhar o paciente em exame externo solicitar ao mesmo que vá buscar para então, seguir para a unidade onde o exame será realizado.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.18 Emissão
Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição		Revisão No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir a segurança do paciente nos casos de transferência.

Recursos Necessários
Formulário de solicitação de transferência de paciente, Ficha de Referência e Contra Referência e telefone.

Atividades

- Comunicar aos familiares sobre a necessidade de transferência do mesmo para outra instituição;
- Ligar para a instituição referenciada para a qual o paciente necessita ser transferido, verificando a existência de vaga e, sendo confirmada, informar sobre a transferência do mesmo;
- Informar ao Serviço Social sobre a transferência do paciente e para qual instituição o mesmo está sendo transferido;
- Preencher corretamente o Formulário de Solicitação de Transferência do paciente;
- Preencher a Ficha de Referência e Contra Referência;
- Verificar o prontuário do paciente e anexar o Formulário de Transferência;
- Ligar para a instituição referenciada informando-se sobre o atendimento do paciente.

Cuidados

- Só transferir o pacient4e quando a vaga na outra unidade de saúde estiver confirmada;
- Preencher corretamente a ficha de encaminhamento do pacient4e.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de ausência de vaga em outra unidade de saúde, solicitar ao Serviço Social que entre em contato com todas as instituições até conseguir uma.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.19
		Emissão
Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que a ambulância esteja pronta para a transferência do paciente.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades
- Comunicar ao motorista da ambulância que a mesma vai ser utilizada para transferência do paciente;
- Comunicar à recepção a saída do paciente;
- Acompanhar o paciente na transferência;
- Solicitar o serviço de higienização a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados
- Sempre informar ao motorista da ambulância a necessidade de uso da mesma;
- Sempre informar à recepção sobre a saída do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que a ambulância não esteja na instituição, informar ao médico para aguardar até a ambulância chegar.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.20 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilizar o atendimento do funcionário que sofreu o acidente de trabalho, garantindo que todos os protocolos de segurança sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Telefone e luvas para exame.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;
- Solicitar suporte emocional aos profissionais da saúde se for necessário;
- Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.

Cuidados
Não se esquecer de comunicar a todos os setores envolvidos com acidente de trabalho com perfuro-cortante.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.21 Emissão
Tarefa: Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir atendimento ágil e eficiente ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.

Recursos Necessários
Luvas para exame, caneta, ficha de programação de avaliação de sorologias e ficha de relatório médico para encaminhamento de funcionário.

Atividades

- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Avaliar o grau de risco de transmissão;
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subseqüente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão;
- Encaminhar o funcionário para o Hospital Central Roberto Santos (HCRS) – Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados

- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão;
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o HCRS, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.22 Emissão
Tarefa: Assistência após a morte pela equipe de enfermagem		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os protocolos necessários para assistir o paciente após a morte sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, Declaração de Óbito, caneta, mesa, cadeira e telefone.

Atividades

- Desligar todos os aparelhos (se for o caso) aos quais o paciente esteja ligado, após a confirmação do óbito do paciente por parte do médico plantonista;
- Registrar na evolução do prontuário do paciente o horário exato que o médico atestou o óbito para o preenchimento correto da Declaração de Óbito;
- Fornecer ao médico a Declaração de Óbito para que a mesma seja preenchida;
- Comunicar ao Serviço Social sobre o óbito para que o mesmo informe aos familiares;
- Providenciar ambiente privativo para a preparação do corpo;
- Utilizar os EPI's corretos durante a preparação do corpo;
- Encaminhar o corpo, após preparação, para o velório;
- Recolher e encaminhar sob protocolo todos os pertences do paciente para o Serviço Social;
- Protocolar a terceira via da Declaração de Óbito e entregar a família;
- Anexar ao prontuário do paciente a primeira e segunda via da Declaração de Óbito;
- Atualizar o censo diário da unidade de internamento, após o óbito do paciente;
- Encaminhar os equipamentos para limpeza;
- Solicitar ao serviço de higienização que proceda a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados

- Atenção ao colocar na evolução do prontuário o horário exato em que o médico atestou o óbito do paciente;
- Recolher, protocolar e enviar para o Serviço Social todos os pertences do paciente que se encontram na unidade de internamento;
- Atualizar o censo diário da unidade, após o óbito do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se houver alguma dúvida no preenchimento da evolução do prontuário, informar-se com o médico que atestou o óbito do paciente.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.23 Emissão
Tarefa: Preparação corpo pela equipe de enfermagem para envio ao velório		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Assegurar que o corpo do paciente morto receberá os devidos cuidados antes de ser enviado para o velório.

Recursos Necessários
Água, sabão, toalha, faixa crepe, atadura de gaze, atadura crepe, esparadrapo, lençol, maca, EPI's, etiqueta de identificação, livro de protocolo, caneta e telefone.

Atividades

- Colocar os EPI's e mantê-los durante todo o processo de preparação do corpo;
- Colocar o corpo no leito em posição supina, com cabeça elevada para evitar a hipótese sanguínea post morten (coloração arroxeada da face);
- Retirar sondas, cateteres, drenos e/ou cânulas em uso no paciente;
- Lavar o corpo de forma adequada e delicadamente com água e sabão e enxuga-lo com a toalha;
- Realizar curativos em toda e qualquer solução de continuidade que exista na pele do RN;
- Fazer o alinhamento corporal antes da rigidez cadavérica (rigor mortis);
- Recolocar prótese dentária se for o caso;
- Tamponar todos os orifícios e cavidades corporais com algodão seco em pinça longa (inclusive cavidade oral);
- Conter o corpo de forma anatômica (sustentar mandíbula com faixa crepe, prendendo a cabeça a faixa que sai do queixo; unir as mãos sobre o tórax e amarrá-las com atadura de gaze; unir os pés e amarrá-los com atadura crepe);
- Fechar as pálpebras e fixá-las com tiras de esparadrapo;
- Prender na altura do tórax a etiqueta adesiva de identificação do paciente;
- Providenciar maca para transportar o corpo do paciente para o velório;
- Forrar a maca com lençol de tecido e posteriormente com lençol descartável em diagonal;
- Deitar o corpo do paciente sobre o lençol descartável e dobrar o lençol sempre na diagonal, como se estivesse fazendo um envelope enrolando todo o corpo;
- Colocar a 2.ª etiqueta adesiva de identificação sobre o lençol descartável;
- Registrar no livro de protocolo o envio do corpo para o velório;
- Informar à portaria a descida do corpo para o velório;

Cuidados

- Atenção em cada procedimento do preparo do corpo;
- Atenção ao colocar a etiqueta de identificação do paciente, facilitando a visualização da mesma;
- Atenção ao entregar o corpo do paciente ao funcionário da portaria, trazendo de volta o livro de protocolo devidamente assinado.

Ações em caso de não conformidade
Observando alguma intercorrência durante o processo de preparo do corpo do paciente, comunicar imediatamente a chefia imediata da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.24
		Emissão
Tarefa: Identificação e encaminhamento do corpo para o velório		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar a identificação correta do corpo do paciente e a entrega do mesmo no velório.

Recursos Necessários
Etiqueta de identificação, caneta, livro de protocolo, declaração de Nascidos Vivos e Declaração de Óbito.

Atividades
- Preencher corretamente a etiqueta de identificação de óbito com as devidas informações: nome completo do paciente, n.° do registro hospitalar, n.° do leito, unidade onde estava internado, data e hora do óbito;
- Encaminhar o corpo para o velório;
- Retornar do velório trazendo o livro de protocolo devidamente assinado pelo funcionário da portaria.

Cuidados
Atenção ao preencher as etiquetas de identificação do corpo e protocolar as declarações que deverão ser entregues à família do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo erros de preenchimento nas etiquetas, providenciar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.25 Emissão
Tarefa: Alta do paciente da unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que o paciente esteja em perfeitas condições para sair de alta.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, livro de protocolo, relatório de alta, caneta e telefone.

Atividades
- Checar no prontuário do paciente a prescrição de alta hospitalar;
- Informar ao serviço social, nutrição e recepção sobre a alta do paciente;
- Protocolar exames e pertences e entregar ao paciente ou responsável;
- Providenciar a retirada de acesso venoso, sondas, cateteres, conforme prescrição;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados que deverá ter no retorno para casa;
- Registrar no prontuário do paciente a data e hora da alta hospitalar.

Cuidados
- Atenção ao registrar as informações necessárias no prontuário do paciente;
- Atenção ao protocolar todos os documentos que serão levados pelo paciente;
- Atenção ao passar todas as orientações quanto aos cuidados que o paciente deverá ter quando voltar para casa.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que se perceba alguma anormalidade no paciente na hora da alta hospitalar, comunicar ao médico plantonista imediatamente e solicitar aos familiares que aguardem a chegada do médico.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.26
		Emissão
Tarefa: Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir estoque de roupas suficientes dentro do Centro Cirúrgico.

Recursos Necessários
Ficha de previsão de roupa e caneta.

Atividades
- Checar o estoque de roupas existentes no setor;
- Fazer previsão de roupas para o período;
- Solicitar roupas à lavanderia nos horários determinados (manhã e tarde);
- Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
- Revisar as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
- Guardar as roupas recebidas no armário destinado as mesmas.

Cuidados
- Atenção na conferência do estoque de roupara para fazer uma previsão correta;
- Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia, para não guardar roupas que na estejam acondicionadas da forma correta.

Ações em caso de não conformidade
Devolver à lavanderia as roupas que não vierem acondicionadas de forma correta e solicitar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.27 Emissão
Tarefa: Descarte de roupa suja		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.

Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Atividades
- Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos berços e roupas utilizadas pelos pacientes;
- Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário;
- Supervisionar a troca de roupas e vestes;
- Considerar contaminada toda roupa de cama ou veste encontrada suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), colocando-a no hamper forrado de saco plástico;
- Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes ou vírus;
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 1/3 da capacidade;
- Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após as técnicas de higienização do paciente e troca da roupa de cama;
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados
- Atenção ao checar as condições das roupas dos leitos da unidade de internamento, evitando que peças sujas/contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor;
- Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por microorganismos multi resistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber que os lençóis do leito e vestes do paciente ainda foram trocados, substituí-los imediatamente
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper;
- Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança pré-determinados, realizar o acondicionamento correto.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.28
		Emissão
Tarefa: Solicitação do serviço de manutenção		Revisão
		No: / Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes na unidade de internamento estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta, ficha de ordem de serviço e livro de ocorrência.

Atividades
- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de avaliação da manutenção;
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias;
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção;
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material considerado irregular.

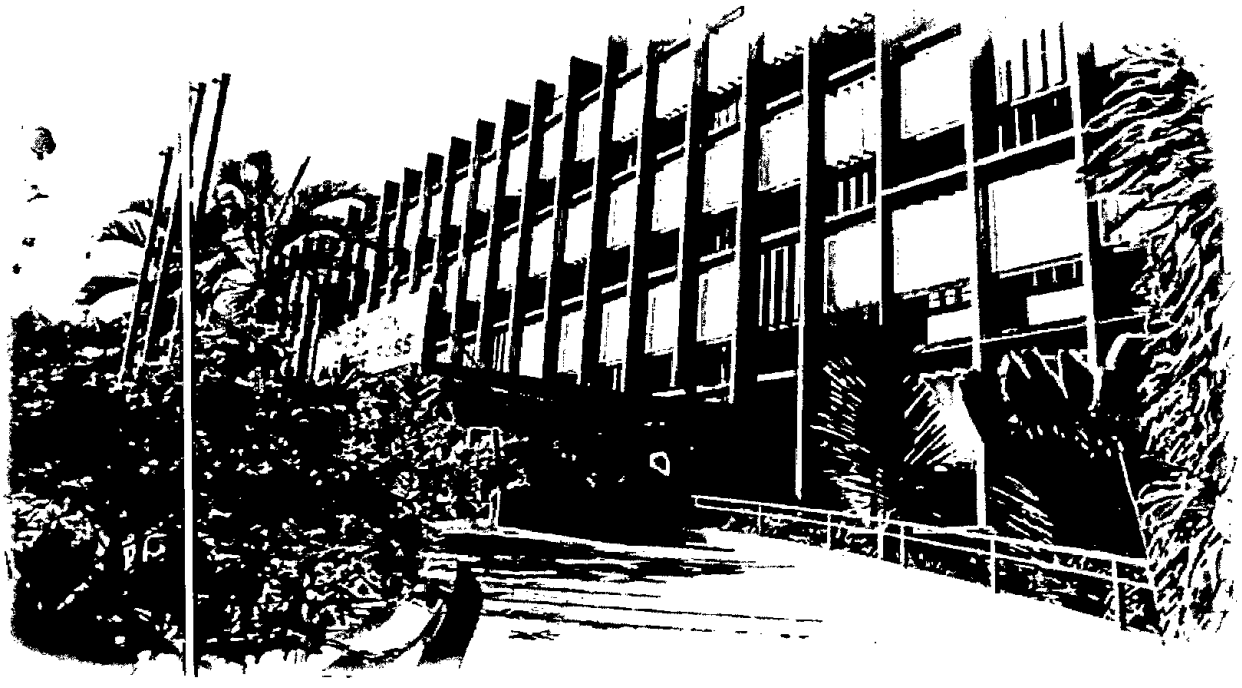
Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento/material que necessita de avaliação do serviço de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
- Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem;
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento e/ou material necessitar sair do setor, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas de Nutrição e Dietética

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA 05

3. ROTINAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA 08

4. ANEXO – ALIMENTAÇÃO BALANCEADA E EXERCÍCIOS: CUIDADOS PARA UMA VIDA SAUDÁVEL 27

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Nutrição e Dietética, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Nutrição e Dietética**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área de Nutrição e Dietética		Revisão No: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona das 07h às 19h e das 19h às 07h (regime de plantão).

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, funcionários, acompanhantes, etc.) que buscam os serviços do serviço de nutrição e dietética.

Normas

- Os funcionários deverão se apresentar no horário determinado pela instituição, devidamente higienizados (tomar banho antes de iniciar as atividades) e uniformizados para o serviço: farda, touca e sapato fechado;
- É obrigatório lavar as mãos com água e sabão antes de iniciar as atividades, coçar o nariz, limpar as bancadas e equipamentos e após o uso do banheiro;
- É obrigatório o uso de luvas, toucas e máscaras descartáveis durante o preparo dos alimentos, tais como: saladas, lanches, manipulação de todos os alimentos e na distribuição das refeições;
- É vedado aos funcionários de sexo masculino o uso de barba e/ou bigode, assim como unhas limpas e cabelos cortados;
- Os funcionários do sexo feminino deverão manter unhas limpas, aparadas e sem uso de esmaltes, cabelos presos e em hipótese alguma usar adornos, tais como: anéis, pulseiras, brincos e/ou qualquer outro tipo de adorno;
- É proibido fumar nas dependências do setor de Nutrição e Dietética;
- Não falar, tossir, gritar, cantar ou espirrar sobre os alimentos;
- A higienização do uniforme é responsabilidade do funcionário, devendo trocar o mesmo sempre que necessário;
- É obrigatório o uso de luvas durante a produção e manuseio dos alimentos;
- É proibida a entrada de funcionários e/ou quaisquer outras pessoas, portando pacotes e/ou sacolas;
- Na ausência do funcionário para a jornada de trabalho, se for caso de doença, comunicar a chefia imediata e apresentar atestado médico no retorno às atividades;
- Toda troca de escala deverá ser comunicada a chefia imediata com antecedência;
- O nutricionista deverá visitar o paciente em seu leito logo após a admissão deste;
- As visitas subseqüentes ao paciente deverão ser programadas de acordo com o quadro clínico deste;
- Toda dieta de paciente só poderá ser liberadas após verificação no prontuário das condições do mesmo;
- É proibida a entrada de qualquer tipo de alimento para o paciente, salvo casos em que o médico, a enfermagem e a nutricionista estejam previamente de acordo;
- A refeição para paciente em observação no setor de emergência só será liberada após 6h de permanência do mesmo no setor, salvo nos casos de crianças, idosos, menores, diabéticos e outros, após avaliação da nutricionista;
- O paciente será servido de seis refeições ao longo do dia: desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia;
- Somente terá direito às refeições (desjejum, almoço e jantar) o acompanhante que esteja acompanhando menores de 18 anos e/ou idosos acima de 60 anos;
- Todos os funcionários do serviço de Nutrição e Dietética deverão manter sempre uma atitude cordial e urbana para com os pacientes e/ou seus acompanhantes;
- Dirigindo-se ao paciente o nutricionista e/ou copeiro deverá sempre tratá-lo pelo nome, estimular a aceitação da dieta oferecida e colocar-se à disposição do mesmo;
- As solicitações de troca de dietas e de componentes da mesma, somente serão atendidas se o paciente não estiver de dieta especial;

- O copeiro deverá sempre informar à nutricionista intercorrências relacionadas à dieta do paciente (vômitos, diarréia, falta de apetite, rejeição a algum alimento, etc.);
- Em hipótese alguma o copeiro deverá ser indelicado ou entrar em discussão com o paciente e/ou acompanhantes. Quaisquer problemas dessa natureza deverão ser comunicados á nutricionista imediatamente para que a mesma possa resolvê-los;
- Os mapas de dieta dos pacientes deverão ser verificados diariamente, conferindo o nome, leito e dieta prescrita, para somente então, serem entregues na copa;
- As dietas especiais deverão ter atenção redobrada para que não falte nenhum item da mesma;
- O preparo das refeições dos pacientes deverá ser feito com atenção e cuidado, atentando para todas as observações, sobretudo, as preferências dos mesmos;
- A área da copa deverá estar sempre limpa, higienizada e arrumada, evitando o acumulo de quaisquer tipos de lixo e/ou restos de alimentos;
- Os utensílios não descartáveis, utilizados pelos pacientes, não deverão ficar muito tempo expostos nas enfermarias, portanto deverão ter prioridade na hora do recolhimento;
- As solicitações de pacientes e/ou acompanhantes feitas por telefone deverão ser anotadas e informado aos solicitantes da possibilidade de atendê-los o mais rápido possível, assim como comunicar as solicitações à nutricionista;
- Registrar no livro de ocorrências toda e qualquer ocorrência durante a jornada de trabalho;
- A entrega de alimentação aos pacientes que estão em isolamento deverá ser feita observando todos os cuidados, tais como:

    1. O copeiro deverá estar usando touca, máscara e luvas;
    2. A alimentação deverá ser servida em quentinhas descartáveis;
    3. Os utensílios tais como talhares e copos deverão ser descartáveis.

- O copeiro jamais deverá alimentar o paciente. Quando o paciente não estiver em condições de se alimentar sozinho e/ou o acompanhante não se encontrar no local, o copeiro deverá comunicar a enfermeira chefe da unidade de internação para que a mesma tome providências;
- O copeiro jamais deverá acordar o paciente para que este se alimente;
- Visando uma melhor aceitação da dieta por parte do paciente, os sucos deverão ser servidos ligeiramente gelados e as sopas e mingaus deverão ser servidos quentes;
- Os alimentos mornos ou frios somente deverão ser servidos aos pacientes quando suas condições assim exigem tais como: pacientes que fizeram cirurgias de garganta, nariz, etc..
- Os cardápios são elaborados pelo nutricionista e obedecerão aos seguintes critérios:

    1. Os cardápios serão elaborados semanalmente;
    2. Ao término da última semana do mês, inicia-se a primeira semana do mês subseqüente com o cardápio da primeira semana do mês anterior;
    3. Os cardápios serão elaborados para atender a todos, apresentando variedade, buscando evitar a monotonia;

- A entrega das mercadorias do serviço de nutrição e dietética serão entregues de acordo com cronograma feito pela instituição, sempre às sextas-feiras;
- 0s gêneros não entregues às sextas-feiras serão imediatamente cobrados no primeiro dia útil, para que seja feita a reposição dos mesmos;
- A armazenagem dos gêneros recebidos deverá ser feita nos locais adequados para cada tipo de alimento e de acordo com as condições estruturais do local;
- Os gêneros alimentícios serão liberados diariamente para a cozinha de acordo com o cardápio e número de comensais;
- O funcionário responsável pela guarda dos gêneros alimentícios fará a liberação dos mesmos para a cozinha, sempre que possível, na presença da nutricionista
- Manter os alimentos sempre cobertos;
- Manter limpa a área de trabalho antes e depois da execução das tarefas;
- Nunca descongelar alimentos em temperatura ambiente, sobretudo as carnes que, antes da cocção, deverão descongelar dentro do refrigerador;
- Nunca misturar alimentos crus com os cozidos para evitar a contaminação cruzada;
- É obrigatório higienizar com água e sabão, os equipamentos e utensílios quando estes são utilizados no preparo de alimentos diferentes;
- Manter sempre limpos os panos de prato;
- Manter sempre fechado os recipientes de lixo;
- É obrigatório o uso de luvas descartáveis no manuseio de alimentos prontos, desfiando frango,

preparo de sanduíches, etc.;

- A higienização da caixa de água deverá ser realizada a cada 6 meses, por empresa qualificada e que deverá apresentar certificado de garantia pelo serviço executado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.1
		Emissão
Tarefa: Montar bandejas de refeições		Revisão
		No: / Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Garantir refeição servida conforme dieta indicada.

Recursos Necessários
Todos os utensílios e alimentos necessários à confecção das refeições.

Atividades

- Remover todos os adornos;
- Colocar touca de proteção para o cabelo e máscara;
- Identificar o nome e leito do paciente na ficha de identificação da dieta para cada bandeja;
- Verificar a dieta de cada paciente;
- Porcionar o alimento na bandeja conforme manual da dieta;
- Distribuir talhares, sobremesa e copos de suco na bandeja;
- Colocar bandejas no carro de transporte.

Cuidados
Montar bandeja conforme dieta indicada.

Ações em caso de não conformidade
Se algum paciente solicitar alguma alimentação que não esteja no mapa de dieta, comunicar-se imediatamente com a nutricionista para que esta tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.2 Emissão
Tarefa: Higienização e limpeza do refeitório		Revisão No: Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Assegurar que o refeitório mantenha-se limpo e higienizado antes e após as refeições servidas.

Recursos Necessários
Todos os materiais necessários para a execução da higienização.

Atividades

- Limpar balcão térmico após a distribuição das refeições;
- Retirar cubas e limpá-las após a distribuição das refeições;
- Lavar e enxugar todos os utensílios utilizados no refeitório durante o desjejum com água, sabão detergente e depois friccioná-los com álcool a 70%;
- Limpar e arrumar as mesas do refeitório fazendo a reposição de material para o almoço (galheteiros, farinheira, paliteiro, etc.);
- Limpar as bancadas da cozinha onde são confeccionadas as dietas, com água, sabão detergente e depois passar álcool a 70%;
- Limpar as mesas do refeitório após a distribuição do almoço e recolher todo o material para guardar;
- Lavar a refresqueira;
- Lavar todos os utensílios utilizados no almoço com água, sabão detergente e friccioná-los com álcool a 70%;
- Limpar as bancadas com água, sabão detergente e friccioná-las com álcool a 70%;
- Limpar os armários;
- Lavar as garrafas térmicas;
- Preparar toda a rampa, antes de distribuir o desjejum.

Cuidados

- Lembrar-se sempre de passar álcool a 70% após as lavagens nos utensílios e bancadas de trabalho;
- Não se esquecer de lavar as garrafas térmicas;
- Lembra-se sempre de ligar o balcão térmico antes de servir as refeições;
- Desligar o balcão térmico após a distribuição das refeições.

Ações em caso de não conformidade

- Se o balcão térmico e/ou a refresqueira apresentarem algum problema, informar a nutricionista para que a mesma tome providências;
- Se faltar algum material de reposição para as mesas do refeitório, informar a nutricionista para que a mesma providencie a substituição.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.3
		Emissão
Tarefa: Preparação de saladas e legumes		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Agilizar o preparo das refeições.

Recursos Necessários
Todos os alimentos e utensílios necessários para o preparo das refeições.

Atividades
- Lavar e cortar os temperos do dia e passar para o cozinheiro;
- Cortar os legumes do jantar do dia;
- Descascar os legumes do almoço do dia seguinte;
- Preparar saladas cruas e cozidas para o almoço;
- Catar feijão e colocá-lo de molho;

Cuidados
- Ter agilidade no preparo dos temperos para ajudar o cozinheiro;
- Não se esquecer de colocar o feijão de molho.

Ações em caso de não conformidade
Se faltar algum ingrediente para a confecção das saladas, informar a nutricionista para que a mesma providencie a entrega.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.4 Emissão
Tarefa: Preparo de refeições		Revisão No: / Data:

Executante
Cozinheira.

Resultados esperados
Garantir a qualidade e quantidades adequadas das refeições para funcionários e pacientes da instituição.

Recursos Necessários
Alimentos, bancadas, panelas, mapa de dieta, cardápio e demais utensílios para o preparo de refeições.

Atividades
- Verificar o cardápio do almoço ou jantar;
- Verificar o cardápio do dia para os pacientes;
- Conferir o número de dietas programadas;
- Conferir o material liberado pelo estoque para a confecção das refeições;
- Conferir as carnes e informar a nutricionista;
- Preparar as refeições;
- Fazer o pré preparo das carnes para o dia seguinte.

Cuidados
- Ter atenção ao verificar o cardápio dos pacientes para não preparar a dieta errada;
- Ter atenção ao conferir as carnes para que não falte;
- Não esquecer-se de deixar as carnes do dia seguinte pré-preparada.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar qualquer ingrediente para a confecção das refeições do dia, informar a nutricionista para que a mesma providencie a reposição;
- Toda e qualquer intercorrência e/ou alteração no cardápio do dia, comunicar a nutricionista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.5 Emissão
Tarefa: Higienização manual dos utensílios		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Utensílios devidamente higienizados.

Recursos Necessários
Detergente líquido neutro, álcool a 70%, esponja, pano de limpeza descartável, luvas de borracha, avental impermeável e utensílios (pratos, talhares, bandejas, jarras, facas, peneiras, etc.)

Atividades

- Paramentar-se com os EPI'S necessários para a realização da tarefa;
- Retirar o excesso de sujeiras;
- Umedecer a esponja em solução detergente;
- Iniciar a lavagem utilizando água corrente, dispondo os utensílios já ensaboados de modo organizado;
- Enxaguar em água corrente até a remoção total do detergente e demais resíduos, fechando a torneira a cada interrupção da operação de enxágüe para iniciar um novo lote;
- Prosseguir sucessivamente, trabalhando em lotes para o uso racional da água;
- Fazer a desinfecção, utilizando álcool a 70% na forma líquida;
- Deixar secar naturalmente.

Cuidados

- Controlar o tempo necessário para a ação dos produtos;
- Assegurar corretamente a utilização dos EPI's.

Ações em caso de não conformidade
Caso ocorra a falta de qualquer recurso necessário a realização da atividade, comunicar à nutricionista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.6 Emissão
Tarefa: Higienização dos fogões		Revisão No: Data:

Executante
Cozinheiros.

Resultados esperados
Fogões devidamente higienizados e sem incrustações.

Recursos Necessários
Desengordurante, fibraço, espátula, pano de limpeza descartável, avental impermeável, luvas de borracha, óculos de proteção, vaselina, pia com cuba profunda.

Atividades
Diária:
- Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa;
- Raspar as incrustações;
- Aplicar produto desengordurante puro, com a ajuda de uma esponja apropriada (fibraço), com permanência de 10 minutos;
- Retirar as incrustações com fibraço;
- Retirar totalmente o produto com pano descartável úmido;
- Lavar o pano em água corrente;
- Repetir a operação até a total retirada do produto;
- Deixar secar naturalmente;
- Aplicar vaselina com auxilio de pano descartável seco.

Queimadores e grelhas (semanal):
- Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa;
- Desmontar as peças móveis;
- Imergir as peças em solução de água morna com produto desincrustante, com permanência mínima de 30 minutos;
- Retirar incrustações com fibraço e espátula;
- Enxaguar;
- Secar com pano seco;
- Colocar de volta no fogão.

Cuidados
- Verificar o estado de conservação dos estrados;
- Verificar sempre se há presença de sujidade nos estrados;
- Assegurar o uso correto dos EPI's;
- Controlar tempo necessário para a ação dos produtos.

Ações em caso de não conformidade
- Caso haja estrados quebrados providenciar a substituição dos mesmos;
- Na ausência de algum recurso necessário a realização da tarefa, comunicar à nutricionista;
- Caso haja presença de sujeiras nos estrados após a higienização, repetir a operação.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.7 Emissão
Tarefa: Recebimento de mercadorias		Revisão No: Data:

Executante
Nutricionista e auxiliares de cozinha.

Resultados esperados
Mercadorias adquiridas dentro dos padrões higiênico-sanitários, recebidas em conformidade com os preços cotados pelo setor de compras.

Recursos Necessários
Balança, contentores, caneta ou lápis, prancheta e luvas.

Atividades

- Verificar se o veículo de entrega está em condições adequadas de higiene e conservação;
- Verificar se os entregadores estão adequadamente uniformizados;
- Retirar a mercadoria da embalagem original, como caixas de papelão ou madeira, para ser acondicionada em contentores de polietileno;
- Verificar as características sensoriais do produto (cor, odor, textura);
- Verificar data de validade, embalagem limpa e íntegra;
- Conferir peso e/ou quantidade de acordo com a nota fiscal.

Cuidados

- Caso haja mais de um fornecedor aguardando, a ordem de recebimento deve dar a seguinte preferência:
  1. Alimentos perecíveis resfriados e refrigerados;
  2. Alimentos perecíveis congelados;
  3. Alimentos perecíveis em temperatura ambiente;
  4. Alimentos não perecíveis;
- Ficar atento ao receber os gêneros alimentícios, sobretudo, quanto à qualidade dos mesmos;
- Ficar atento quanto ao prazo de validade dos gêneros alimentícios que estão sendo recebidos;
- Atenção quanto ao acondicionamento dos gêneros alimentícios (recipiente e local correto).

Ações em caso de não conformidade

- Caso ocorra atraso na entrega, desvio da qualidade, inadequação no transporte e manuseio do material por parte do fornecedor, providenciar reclamação, por escrito ou por telefone, junto ao fornecedor.
- Devolver os produtos enlatados que estejam amassados, com vazamento e/ou apresentando ferrugem no seu exterior;
- Devolver todos os produtos que não apresentem cor e textura adequadas, assim como a integridade da embalagem inadequada;
- Devolver todos os produtos que estejam com peso e/ou prazo de validade fora das especificações solicitadas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.8 Emissão
Tarefa: Armazenamento de gêneros alimentícios a seco		Revisão No: / Data:

Executante
Almoxarife e auxiliar de almoxarife.

Resultados esperados
Gêneros alimentícios armazenados obedecendo as normas da legislação quanto ao controle de prazo de validade, controle de temperatura e armazenamento isolados de produtos de outra natureza.

Recursos Necessários
Local fresco, ventilado e iluminado, estrados e prateleiras.

Atividades
- Receber a mercadoria;
- Retirar os produtos das caixas;
- Organizá-los nas prateleiras obedecendo ao método PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai);
- Organizar os alimentos industrializados afastados dos grãos e cereais para evitar a infestação por insetos a estes associados.

Cuidados
- Os alimentos não devem ser armazenados juntos a produtos químicos;
- O material descartável deve ser mantido separado dos demais produtos;
- Os alimentos devem ser colocados em estrados e jamais em contato direto com o piso;
- Os estrados devem ter altura mínima de 25 cm do chão com afastamento de 50 cm da parede.

Ações em caso de não conformidade
- Caso seja recebida alguma lata amassada ou sacarias furadas, encaminhá-las para troca;
- Caso os estrados e/ou prateleiras estejam danificados, comunicar à nutricionista para que esta tome as providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.9
		Emissão:
Tarefa: Armazenagem de alimentos perecíveis		Revisão
		No: / Data:

Executante
Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Garantir que os gêneros alimentícios estejam acondicionados em local e de forma correta.

Recursos Necessários
Freezer, geladeira e planilha de registro e temperatura.

Atividades

- Identificar e embalar as carnes corretamente;
- Armazenar as carnes nos freezers;
- Armazenar as polpas de frutas nos congeladores das geladeiras localizadas na cozinha e no estoque;
- Armazenar os hortifrutes nas geladeiras, colocando a maior parte em caixas de polietileno no estoque, em temperatura ambiente;
- Armazenar os frios (queijo, presunto e hambúrguer) no congelador da geladeira do estoque;

Cuidados
Controlar diariamente as temperaturas das geladeiras e freezers e registrá-las em planilha apropriada.

Ações em caso de não conformidade
Não guardar os alimentos em caixas de papelão.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.10 Emissão
Tarefa: Lavagem de alimentos folhosos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Assegurar que todos os alimentos folhosos sejam devidamente higienizados antes do seu preparo.

Recursos Necessários
Alimentos folhosos, água, vinagre e/ou hipoclorito, colher e depósito plástico.

Atividades
- Lavar os folhosos em água corrente;
- Colocar os folhosos de molho dentro de um recipiente plástico, numa mistura sanitizante (1 colher de sopa de vinagre para um litro de água e/ou 3 gotas de hipoclorito para um litro de água);
- Retirar os folhosos da mistura sanitizante, após 15 minutos.

Cuidados
Nunca iniciar o preparo de pratos com alimentos folhosos, sem antes lavá-los e deixá-los de molho em mistura sanitizante.

Ações em caso de não conformidade
Se não tiver vinagre e/ou hipoclorito, comunicar a nutricionista para as providências sejam tomadas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.11 Emissão 30/05 Revisão No: Data:
Tarefa: Lavagem e acondicionamento de alimentos enlatados		

Executante
Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Garantir que os alimentos enlatados sejam lavados e acondicionados em local e de forma correta.

Recursos Necessários
Enlatados, água, pia, recipientes plásticos e geladeira.

Atividades
- Abrir os alimentos enlatados;
- Retirar os alimentos da embalagem original;
- Lavar os alimentos em água corrente;
- Armazenar os alimentos em recipientes plásticos com tampa;
- Guardar os recipientes na geladeira.

Cuidados
- Não utilizar alimentos enlatados sem antes lavá-los;
- Não se esquecer de guardar sob refrigeração os alimentos enlatados, após a lavagem dos mesmos.

Ações em caso de não conformidade
Se perceber que alguma lata está danificada e/ou amassada, não fazer uso destes alimentos e informar imediatamente a nutricionista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.12 Emissão
Tarefa: Confecção do almoço e/ou jantar		Revisão No: Data:

Executante Copeira.
Resultados esperados Garantir a distribuição das refeições para funcionários e pacientes da instituição.
Recursos Necessários Balcão térmico e cubas.
Atividades • Ligar balcão térmico; • Receber da cozinheira os alimentos preparados para a distribuição (almoço/jantar); • Colocar dentro das cubas os alimentos recebidos da cozinheira; • Manter as cubas em banho-maria, aquecidas em temperatura adequada até o momento da distribuição das refeições.
Cuidados • Não se esquecer de ligar balcão térmico com antecedência. • Manter aquecidas as cubas com os alimentos que serão distribuídos (almoço/jantar).
Ações em caso de não conformidade Se o balcão térmico apresentar algum problema, comunicar à nutricionista imediatamente para que as providências sejam tomadas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.13 Emissão
Tarefa: Higienização do balcão, cubas, equipamentos e utensílios		Revisão No: Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Garantir a limpeza e higienização do balcão, cubas, equipamentos e utensílios.

Recursos Necessários
Água, sabão detergente, pano limpo, cubas, balcão, equipamentos e utensílios do refeitório.

Atividades
- Desligar o balcão térmico;
- Retirar as cubas;
- Trocar a água do banho-maria do balcão;
- Limpar o balcão térmico;
- Lavar com água e sabão detergente as cubas, equipamentos (observando as especificações do fabricante) e utensílios utilizados durante as refeições;
- Enxugar balcão, cubas, equipamentos e utensílios.

Cuidados
- Não se esquecer de desligar o balcão térmico antes de iniciar a higienização;
- Não se esquecer de trocar a água do banho-maria do balcão.

Ações em caso de não conformidade
Comunicar imediatamente à nutricionista toda e qualquer alteração com o balcão térmico e/ou equipamentos para que a mesma providencie o conserto destes.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.14 Emissão
Tarefa: Higienização de panelas e utensílios		Revisão No: Data:

Executante
Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Assegurar a limpeza, higienização e conservação dos equipamentos da cozinha e refeitório.

Recursos Necessários
Água, sabão detergente, pano limpo e equipamentos.

Atividades

- Lavar as panelas com água e sabão detergente;
- Enxugar as panelas com pano de prato limpo;
- Guardar as panelas limpas, de boca para baixo, em prateleiras próprias;
- Lavar todos os utensílios (talheres, louças, copos, etc.) com água corrente e sabão detergente;
- Enxugar todos os utensílios com pano de prato limpo;
- Guardar os utensílios limpos em local apropriado.

Cuidados
Não deixar de lavar nenhuma panela e/ou utensílios após o preparo e distribuição das refeições.

Ações em caso de não conformidade
Comunicar a nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.15 Emissão
Tarefa: Higienização (diária e quinzenal) da geladeira		Revisão No: Data:

Executante
Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Assegurar a limpeza, higienização e conservação da geladeira, evitando risco de contaminação dos alimentos guardados dentro delas.

Recursos Necessários
Água, sabão neutro, pano limpo, pano úmido, álcool a 70% e hipoclorito a 0,02%.

Atividades
- Realizar a limpeza diária da parte interna da geladeira com pano limpo e úmido;
- Remover a sujidade das prateleiras da geladeira com pano limpo e úmido;
- Limpar a parte externa da geladeira com pano limpo, embebido em álcool a 70%;
- Realizar limpeza quinzenal da geladeira com água, sabão neutro e pano limpo, embebido em hipoclorito a 0,02%, na parte interna e externa da geladeira.

Cuidados
- Não deixar de realizar a limpeza diária da geladeira;
- Não deixar de realizar a limpeza quinzenal da geladeira.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da limpeza da geladeira, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário;
- Se a geladeira apresentar algum problema, informar a nutricionista para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.16 Emissão
Tarefa: Higienização do freezer		Revisão No: Data:

Executante
Copeiras.

Resultados esperados
Freezer devidamente higienizado, sem acúmulo de gelo para que haja melhor conservação dos alimentos.

Recursos Necessários
Detergente líquido neutro, espátula, esponja, luvas de borracha, pano de limpeza descartável, avental impermeável, hipoclorito, pulverizador.

Atividades
- Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa;
- Certificar-se da disponibilidade dos recursos necessários para a realização das tarefas;
- Remover os produtos para outro freezer ou câmara;
- Desligar o freezer;
- Raspar o gelo acumulado nas paredes do freezer;
- Proceder o degelo do equipamento;
- Lavar as paredes internas com detergente neutro com o auxílio de uma esponja;
- Enxaguar;
- Borrifar com solução de hipoclorito, com permanência mínima de 10 minutos;
- Enxaguar com água corrente;
- Remover o excesso de água com pano descartável;
- Deixar secar naturalmente;
- Reorganizar os produtos.

Cuidados
- Ao raspar o gelo acumulado nas paredes do freezer, cuidado para que não haja perfurações das paredes do mesmo;
- Deixar que a solução desinfetante possa agir no tempo correto para garantir a eficácia.

Ações em caso de não conformidade
- Caso ocorra perfuração do freezer, comunicar a nutricionista para que esta tome as providências necessárias;
- Durante a reorganização dos produtos, caso haja extravasamento de algum gênero alimentício, refazer a execução da tarefa;
- Na ausência de algum dos recursos necessários para a realização da tarefa, informar a nutricionista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Nutrição e Dietética**	POP.17 Emissão
Tarefa: Higienização das caixas de polietileno		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Caixas de polietileno devidamente higienizadas.

Recursos Necessários
Detergente líquido clorado, esponja, luvas de borracha e avental impermeável.

Atividades

- Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da tarefa;
- Retirar os resíduos com água corrente quente;
- Aplicar o detergente líquido clorado;
- Deixar o produto agir por 15 minutos;
- Esfregar o detergente líquido clorado com auxílio de uma esponja;
- Enxaguar com água corrente quente;
- Deixar secar naturalmente.

Cuidados

- Verificar a disponibilidade dos recursos necessários para a realização da tarefa antes de iniciar a operação;
- Assegurar do uso correto dos EPI's;
- Deixar o produto agir o tempo necessário para ação bactericida.

Ações em caso de não conformidade
Caso ocorra a falta de algum dos recursos necessários a realização da tarefa comunicar a nutricionista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.18 Emissão
Tarefa: Higienização das bancadas		Revisão No: / Data:

Executante
Copeira e/ou auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Assegurar a limpeza, higienização das bancadas, evitando risco de contaminação dos alimentos durante o preparo das refeições.

Recursos Necessários
Água, sabão neutro, pano limpo e álcool a 70%.

Atividades
- Limpar as bancadas diariamente com água e sabão neutro, após o término do serviço;
- Passar nas bancadas diariamente pano limpo embebido em álcool a 70%.

Cuidados
Não se esquecer nunca de lavar e desinfetar as bancadas, para evitar o risco de contaminação dos alimentos, bem como o acumulo de sujidades.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da higienização das bancadas, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário;
- Se as bancadas apresentarem alguma avaria, informar a nutricionista para que a mesma solicite a presença do serviço de manutenção;
- Comunicar a nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nutrição e Dietética**	POP.19 Emissão
Tarefa: Higienização do piso		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de cozinha.

Resultados esperados
Assegurar a higienização e desinfecção correta do piso.

Recursos Necessários
Água, sabão, escova, balde, água sanitária e panos de chão.

Atividades
- Limpar diariamente o piso, duas vezes ao dia, com água, sabão e escova própria para esfregar o chão;
- Desinfetar o piso com água sanitária, após a lavagem do mesmo;
- Enxugar o piso com pano de chão limpo.

Cuidados
- Ter o cuidado de manter separados os baldes, escovas e panos destinados à limpeza e higienização do piso, para que os mesmos não sejam utilizados indevidamente em outros tipos de limpeza;
- Não esquecer de higienizar o piso após o término do serviço.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum dos materiais necessários para a realização da higienização do piso, informar a nutricionista para que a mesma providencie o material necessário;
- Se o piso apresentar alguma avaria, informar a nutricionista para que a mesma solicite a presença do serviço de manutenção;
- Comunicar a nutricionista toda e qualquer alteração ocorrida durante a execução das tarefas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4. ANEXO – ALIMENTAÇÃO BALANCEADA E EXERCÍCIOS: CUIDADOS PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO**	AN.1
		Emissão
Alimentação balanceada e exercícios: cuidados para uma vida saudável		Revisão
		Nº: Data:

Algumas da causas da obesidade são: o aumento do consumo de alimentos e a ausência de atividades físicas, que vem a favorecer o desenvolvimento de algumas doenças tais com: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Aterosclerose e outras doenças cardiovasculares. Para evitar ou retardar o desenvolvimento dessas e outras doenças, se faz necessário desenvolver uma política de alimentação saudável. Para isso precisamos:

- Realizar as refeições em ambiente tranqüilo e sem pressa;
- Mastigar bem os alimentos, pois isso facilitará o organismo a absorver melhor os nutrientes dos alimentos;
- Fazer, pelo menos, 3 (três) refeições ao dia com intervalos de 3 horas entre elas, pois dessa forma o organismo fará uma melhor digestão;
- De preferência, procurar manter os mesmos horários para realizar as refeições;
- Não ficar sem se alimentar por muito tempo;
- Não "beliscar" antes das refeições;
- Procurar ingerir bastante líquido ao longo do dia, porém não ser ingerido em grande quantidade durante as principais refeições (almoço e jantar). O ideal é ingerir líquidos uma hora antes ou uma hora depois das refeições;
- Procurar variar a alimentação, porém dando preferência a pratos a base de peixes e frangos, tendo o cuidado de retirar toda a pele e/ou gordura visível;
- Evitar o uso de óleos, mas se necessário, usar muito pouco;
- Evitar o consumo de preparações gordurosas, tais como, sarapatel, rabada, mocotó, acarajé, feijoada completa, dobradinha, etc.;
- Dê preferência ao uso de carnes magras, cozidas, assadas ou grelhadas, pois o uso de frituras acelera o envelhecimento precoce do organismo;
- Os empanados podem fazer parte da dieta alimentar, mas apenas eventualmente;
- Cozinhar o feijão se for de gosto, apenas com carnes magras, em pequena quantidade e temperando da forma habitual;
- O uso de frutos do mar (camarão, ostra, sururu, lambreta, caranguejo, lagosta e outros) é saudável, desde que seja de forma moderada, observando sempre o nível de colesterol no sangue;
- Moderar o uso do sal no preparo dos alimentos, pois é prejudicial à saúde;
- Enriqueça o sabor dos alimentos acrescentando um pouco de suco de limão;
- O uso de alimentos industrializados (sopas, cubos de carne, temperos, maionese, molhos prontos, mostarda, catchup, enlatados, etc.) facilita o dia-a-dia, mas por serem ricos em sódio, devem ser usados com cautela;
- Evitar o uso de alimentos embutidos, tais como, salame, chouriço, presunto, salsicha, lingüiça, defumados (bacon, paio, toucinho, etc.), apresuntados, entre outros;
- Dê preferência ao uso de leite desnatado, iogurte natural e coalhada;
- Lembre-se que o uso de gorduras animais eleva o nível de colesterol no sangue;
- Ovos e derivados devem ser usados com prudência, apenas duas ou três vezes por semana;
- No preparo de alimentos, usando com moderação, dê preferência aos óleos de soja, milho, girassol ou óleo de oliva (azeite doce);
- Evite frituras no preparo dos alimentos;
- Adoçando os alimentos, deixe de lado o açúcar, o mel e o açúcar mascavo e, prefira o uso de adoçante artificial de sua preferência;
- Bolos, doces, sorvetes e pudins podem ser feitos com adoçante, ao invés de açúcar;
- Use os alimentos dietéticos com moderação;

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3094
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Normas e Rotinas do Laboratório

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

008671

SUMÁRIO

SES
FLS. 3095
RUBRICA
PROTOCOLO

1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO LABORATÓRIO 05

3. ROTINAS DO LABORATÓRIO 07

4. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DOS EXAMES DE LABORATÓRIO 13

4.1 HEMATOLOGIA 13

4.2 MICROBIOLOGIA 52

4.3 IMUNOLOGIA 61

4.4 PARASITOLOGIA 63

4.5 UROANÁLISE 75

5. ANEXOS 85

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços do Laboratório, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO LABORATÓRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Laboratório**	EO.1 Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento do Laboratório		Revisão No:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

Funcionamento 24 horas (continuo e ininterrupto durante as 24 horas), obedecendo a normas e rotinas.

- Farmacêutico bioquímico: de segunda a sexta-feira das 07h às 17h – conforme escala;
- Técnicos de laboratório (plantonista): das 07h às 19h – conforme escala;
- Auxiliares técnicos: de segunda a quinta-feira das 07h às 17h e sexta-feira das 07h às 16h;
- Auxiliar administrativo: de segunda a quinta-feira das 07h às 17h e sexta-feira das 07h às 16h.

Clientes da área/serviço

Todos os usuários do hospital (pacientes, médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que necessitam dos serviços do Laboratório.

Normas

- Do atendimento:

1. Pacientes dos PSF's serão atendidos quando encaminhados pelos mesmos, portando a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame desejado e assinatura do médico com o CREMEB;
2. Pacientes do ambulatório serão atendidos quando encaminhados, via ambulatório, portando a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame desejado e assinatura do médico com o CREMEB;
3. Pacientes do Pronto Atendimento - Urgência/Emergência serão atendidos quando ingressos neste setor e solicitado pela equipe médica, com atenção preferencial e prioritária, mediante solicitação do SUS, devidamente preenchida e assinada.

- Do horário de coleta e recebimento de exames:

1. Pacientes do ambulatório e PSF's: de segunda a sexta-feira das 07h às 09:30h, excluindo os feriados, seguindo a rotina;
2. Pacientes internados serão atendidos quando encaminhados, via internamento, com a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida e assinada pelo médico, dentro das 24 horas de funcionamento, seguindo as normas e rotinas;
3. Do Pronto Atendimento - Urgência/Emergência serão atendidos quando encaminhados, via Emergência , com a guia de solicitação do SUS devidamente preenchida e assinada pelo médico, nas 24 horas de funcionamento, seguindo as normas e rotinas, com atenção preferencial e prioritária.

- Da realização dos exames:

1. PSF's e ambulatório: de segunda a sexta-feira das 07h às 17h, excluindo feriados, seguindo a rotina;
2. Pacientes internados: 24 horas, seguindo a rotina;
3. Emergência: 24, seguindo a rotina em caráter preferencial e prioritário.

- Da entrega de resultados:

1. PSF's e ambulatório: 8 dias úteis – de segunda a sexta-feira das 15h às 16:30h;
2. Pacientes internados: 2 horas após a coleta – sendo o exame encaminhado mediante

protocolo por um profissional do setor para o posto de enfermagem;
3. Emergência: 1 hora após a coleta – sendo o exame encaminhado mediante protocolo por um profissional do setor para o posto de enfermagem.

- Das escalas de serviço e plantões:

1. As trocas de escalas e plantões somente serão concedidas mediante solicitação prévia da chefia imediata e devidamente registrada no Livro de Ocorrências.

- As agulhas utilizadas para coleta de material (sangue) deverão ser sempre descartáveis (25x8 ou 30x9);
- Para a realização de punção digital, usar somente lancetes descartáveis ou agulhas do tipo BENSAÚDE de ponta regulável e que deverá ser conservada em álcool iodado no início da coleta;
- O papel filtro utilizado para a realização do tempo de sangramento deverá ser dividido em pequenas tiras e guardados em caixa limpa com tampa ou placa de PETRI;
- O algodão para coleta deverá ser cortado em pequenos chumaços e guardados em recipiente apropriado com tampa;
- Antes de realizar a coleta de sangue, a assepsia do local deverá ser feita com um chumaço de algodão embebido em álcool absoluto, álcool à 70% ou álcool iodado;
- O garrote utilizado na coleta de sangue deverá está sempre limpo (lavado) e deverá ser lavado após cada coleta;
- Durante a coleta de sangue, retirar o garrote antes de retirar a agulha;
- Observar o silêncio e comunicar-se em tom baixo dentro do setor;
- Manter a higiene pessoal;
- Evitar discussões na presença de pacientes e familiares;
- Não realizar refeições no ambiente de trabalho;
- Não fumar no ambiente de trabalho ou em qualquer outra dependência interna do hospital;
- Respeitar sigilo e ética, sendo falta grave a divulgação de qualquer informação relativa a exames, mesmo tratando-se de funcionário da instituição;
- Usar os EPI's adequados e necessários para a realização das tarefas dentro do laboratório;
- Registrar toda e qualquer ocorrência no Livro de Ocorrências. ;
- As notificações compulsórias deverão ser entregues semanalmente à Coordenação de Enfermagem;
- O BPA deverá ser emitido em duas vias e entregue mensalmente, até o dia 21, sendo uma cópia para a Direção e outra para o SAME.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DO LABORATÓRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.1
		Emissão
Tarefa: Recepção do paciente para a realização de exame		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar administrativo.

Resultados esperados
Garantir ao paciente um atendimento cortês, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, impressora, telefone, guias de exames e material de expediente.

Atividades

- Receber do paciente a guia com a solicitação do exame a ser realizado;
- Verificar se a guia está devidamente preenchida, assinada pelo médico solicitante e carimbo com CRM;
- Registrar no sistema o(s) exame(s) solicitado(s);
- Solicitar ao paciente que aguarde ser chamado para a sala de coleta do exame;
- Encaminhar a ficha de cadastro do paciente para a sala de coleta.

Cuidados

- Ser cortês, atencioso e ágil no atendimento ao paciente;
- Ter atenção ao conferir a guia de solicitação do exame, verificando se a mesma está devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico solicitante;
- Ter atenção no registro do exame para que não ocorram erros;
- Ser rápido no encaminhamento do registro de exame para a sala de coleta, para que o paciente não espere além do tempo necessário.

Ações em caso de não conformidade

- Se a guia de solicitação de exame não estiver devidamente preenchida, devolver ao paciente e solicitar que ele volte ao médico solicitante pedindo que faça as correções;
- Se a guia de solicitação de exame não estiver devidamente preenchida e o exame tiver caráter emergencial e, o paciente apresentar dificuldades para retornar à unidade que solicitou o exame, comunicar a chefia imediata do setor para que a mesma solucione o problema;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.2
		Emissão
Tarefa: Recepção de amostras de exames e coletas de sangue		Revisão
		No: Data:

Executante
Técnicos de laboratório e bioquímico.

Resultados esperados
Garantir que o recebimento das amostras de exames e coletas de sangue seja feita da forma correta e de forma ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Amostras de exames, de sangue, etiquetas e caneta.

Atividades
- Receber as amostras para a realização de exames dos pacientes;
- Receber as amostras de sangue coletados para a realização dos exames;
- Verificar se as amostras para exames estão acondicionadas da forma correta;
- Observar se não existem alterações visíveis nas amostra recebidas;
- Identificar as amostras para exames com o número de registro e iniciais do paciente;
- Encaminhar as amostrar devidamente identificadas para a realização dos exames solicitados.

Cuidados
- Bastante atenção ao receber as amostras para exame, identificando-as imediatamente;
- Bastante atenção no momento da identificação, certificando-se que a amostra pertence ao paciente cujo registro se encontra anexo;
- Bastante atenção ao verificar as amostras, verificando se as mesmas estão devidamente acondicionadas e se não apresentam alterações visíveis;
- Agilidade no encaminhamento das amostras devidamente identificadas, para que os resultados dos exames não atrasem.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber que houve alguma alteração visível em alguma amostra, informar a chefia imediata;
- Se perceber que alguma amostra não veio em quantidade suficiente para a realização do exame, solicitar nova amostra, especificando a quantidade necessária;
  Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.3 Emissão
Tarefa: Realização dos exames		Revisão
		No: Data:

Executante
Técnicos de laboratório.

Resultados esperados
Garantir que os exames serão realizados dentro dos protocolos exigidos, conforme o tipo de exame, de forma rápida e segura.

Recursos Necessários
EPI's, amostras e equipamentos (por tipo de exame).

Atividades
- Verificar se as amostras estão devidamente identificadas;
- Verificar se os equipamentos estão calibrados corretamente e prontos para a realização dos exames (equipamento por tipo de exame);
- Separar as amostras por tipo de exame a ser realizado;
- Colocar as amostras nos equipamentos, seguindo os protocolos, conforme o exame a ser realizado;
- Aguardar que o equipamento (seguindo os protocolos de cada tipo de exame) sinalize o término do processamento do exame;
- Encaminhar para o bioquímico a leitura final do equipamento (conforme protocolo de cada tipo de exame).

Cuidados
- Ter bastante atenção ao separar as amostras para a realização dos exames;
- Atenção ao seguir os protocolos exigidos para a realização dos exames (por tipo de exame);
- Respeitar o tempo necessário (conforme protocolo e/ou determinação do fabricante do equipamento) para o processamento dos resultados das amostras.

Ações em caso de não conformidade
- Se os resultados dos exames realizados não apresentarem-se conforme os padrões e/ou mostraram-se insuficientes, informar ao bioquímico para que este avalie os resultados e/ou solicite novas amostras para refazer os exames;
- Se perceber que algum equipamento está fora dos padrões para a realização dos exames, informar imediatamente ao bioquímico para que o mesmo providencie a normalização do mesmo;
- Comunicar ao bioquímico todas e quaisquer alterações e/anomalias apresentadas durante a execução dos exames;
- Comunicar a chefia imediata toda e qualquer alteração apresentada pelos equipamentos do laboratório para que a mesma solicite o conserto dos mesmos;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.4 Emissão
Tarefa: Liberação do resultado dos exames		Revisão No: Data:

Executante
Bioquímico.

Resultados esperados
Assegurar que os resultados foram realizados dentro dos protocolos exigidos por cada tipo e exame e garantir a veracidade dos mesmos.

Recursos Necessários
Resultados dos exames processados pelos equipamento (por tipo de exame).

Atividades
- Receber do técnico de laboratório o resultado do exame;
- Conferir se a leitura final do resultado está dentro dos protocolos exigidos para a realização do exame (por tipo de exame);
- Encaminhar o resultado do exame para a digitação do mesmo;
- Conferir se a digitação do exame está correta;
- Assinar o resultado do exame;
- Encaminhar o resultado do exame para a recepção.

Cuidados
- Atenção na conferência do resultado do exame, verificando se o mesmo corresponde aos protocolos exigidos;
- Ter agilidade no envio do resultado do exame para digitação;
- Atenção ao conferir a digitação do laudo exame, verificando se o mesmo está correto.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber que o resultado do exame apresenta dados insuficientes, solicitar nova coleta de amostra;
- Se houver erros na digitação do laudo, devolver para nova digitação com as devidas correções;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.5 Emissão 3103
Tarefa: Entrega de laudos de exames		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar administrativo.

Resultados esperados
Garantir que os laudos dos exames serão entregues mediante protocolo, conforme as normas da insituição.

Recursos Necessários
Laudo do exame, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Receber o laudo assinado pelo bioquímico;
- Protocolar o laudo do exame para ser encaminhado, conforme o setor de solicitação (internamento e/ou emergência);
- Protocolar o laudo do exame para entregar ao paciente (PSF's e/ou ambulatório);
- Entregar o resultado do exame ao paciente, após a assinatura do protocolo;
- Encaminhar para o setor solicitante do exame (internamento e/ou emergência), mediante protocolo o resultado do exame.

Cuidados

- Atenção ao protocolar o laudo do exame, evitando entregar o resultado do exame ao paciente errado;
- Agilidade na entrega do laudo do exame nos setores de internamento e emergência;
- Somente entregar o resultado do exame, mediante protocolo.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que protocolou um resultado de forma indevida, providenciar a correção;
- Se não puder se ausentar do local de trabalho para entregar os resultados dos exames solicitados no internamento e/ou emergência, comunicar a chefia imediata para que a mesma providencie a entrega dos mesmos;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.6 Emissão
Tarefa: Limpeza e higienização do laboratório		Revisão No: Data:

Executante Auxiliar de limpeza e higienização.
Resultados esperados Garantir que o laboratório está devidamente limpo e higienizado, conforme os padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários Carro de limpeza e EPI's.
Atividades • Colocar EPI's; • Proceder a limpeza e higienização do setor seguindo os protocolos sanitários exigidos.
Cuidados Nunca iniciar uma tarefa de limpeza e higienização sem antes colocar os EPI's adequados.
Ações em caso de não conformidade • Na falta de algum EPI e/ou algum produto para a execução das tarefas, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DOS EXAMES DE LABORATÓRIO

4.1 HEMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.7 Emissão
Tarefa: Preparo do material de coleta (tubos) – HEMATOLOGIA		Revisão No: Data:

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que os tubos utilizados para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Tubos de coleta com tampa, anti-coagulante, etiqueta e caneta.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Observar se os tubos de coleta estão devidamente higienizados;
- Colocar dentro do tubo de coleta a solução anti-coagulante (EDTA):
    1. A proporção de anti-coagulante é de 50 ml (1 gota) para 5 ml de sangue total, preparado na proporção de 10%;
- Etiquetar os tubos antes de encaminhá-los para a sala de coleta, devidamente fechados com tampas.

Cuidados
- Não iniciar o manuseio com os tubos de coleta sem antes proceder a higienização correta das mãos;
- Observar com bastante atenção se os tubos de coleta estão devidamente limpos, antes de receberem o anti-coagulante;
- Respeitar a proporção especificada: 50 ml (1 gota) de anti-coagulante para 5 ml de sangue total, na proporção de 10%;
- Não se esquecer de etiquetar os tubos de coletas antes de enviá-los para a sala de coleta fechados com suas respectivas tampas;
- A quantidade de sangue não precisa ser exata, mas sim aproximada. A homogeniização deve ser imediata.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta de algum dos itens necessários ao preparo do material para coleta de sangue, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria nos tubos de coleta, informar a chefia imediata para que esta tome providências para a substituição dos mesmos;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.8 Emissão
Tarefa: Preparo do material de coleta (lâminas – esfregaço) – HEMATOLOGIA		Revisão No: Data:

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que as lâminas (para esfregaço) utilizadas para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Lâminas laminadas novas, fita adesiva e lápis.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar se as lâminas estão devidamente higienizadas (desengorduradas, sem corrosão, sem mofo e secas);
- Verificar a integridade das lâminas (bordos íntegros e marcados);
- Colocar em uma das lâminas um pedaço de fita adesiva no extremo oposto à franja;
- Colocar na lâmina que contém a fita adesiva, a amostra colhida e com a ajuda de outra lâmina nova e limpa realizar o esfregaço;
- Esperar o esfregaço secar;
- Colocar (com o lápis) na fita adesiva as informações necessárias: nome do paciente, registro do mesmo e tipo de exame.

Cuidados

- Nunca iniciar o manuseio das lâminas sem a devida higienização das mãos;
- Observar com atenção ao estado de integridade e higienização das lâminas (desengorduradas, bordos íntegros, se corrosão, sem mofo) e se as mesmas estão secas;
- Só utilizar lâminas novas e com bordos íntegros para fazer os esfregaços;
- Ter bastante atenção no momento da identificação da lâmina evitando possíveis erros;

Para todas as coleta de sangue:

- As agulhas utilizadas para coleta de material (sangue) deverão ser sempre descartáveis (25/8 ou 30/9);
- Para a realização de punção digital, usar lancetas descartáveis ou agulhas do tipo BENSAÚDE de ponta regulável e que deverá ser conservada em álcool iodado no início da coleta;
- O papel filtro utilizado para a realização do tempo de sangramento deverá ser dividido em pequenas tiras e guardados em caixa limpa com tampa ou placa de PETRI;
- O algodão para coleta deverá ser cortado em pequenos chumaços e guardados em recipiente apropriado com tampa;
- Antes de realizar a coleta de sangue, a assepsia do local deverá ser feita com um chumaço de algodão embebido em álcool absoluto, álcool a 70% ou álcool iodado.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de algum dos itens necessários para a realização dos esfregaços, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria nas lâminas de esfregaço, informar a chefia imediata para que esta tome providências para a substituição dos mesmos;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.9
		Emissão
Tarefa: Preparo de material de coleta (tubo de hemólise) – HEMATOLOGIA		Revisão
		No: Data:

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que os tubos de hemólise utilizados para coleta de material estão dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Tubos de hemólise.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Certificar-se se os tubos de hemólise foram quimicamente higienizados;
- Certificar-se se os tubos de hemólise que passaram por limpeza rigorosa (teste de coagulação) não apresentam restos de detergente, sabão ou arranhões;
- Encaminhar para a sala de coleta os tubos de hemólise.

Cuidados
- Nunca iniciar o manuseio dos tubos de hemólise sem a higienização correta das mãos;
- Ter bastante atenção, observando se os tubos foram higienizados quimicamente;
- Ter bastante atenção ao estado dos tubos onde serão realizados teste de coagulação, certificando-se que estes não apresentam arranhões e/ou restos de detergente/sabonete.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber alguma alteração nos tubos, quer por higienização inadequada, quer por avaria, informar a chefia imediata para que esta solicite a substituição dos mesmos;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.10
		Emissão:
Tarefa: Coleta de sangue capilar		Revisão
		No: / Data:

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que a coleta de sangue capilar será feita da forma correta e dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Algodão, álcool absoluto (ou à 70% e/iodado), lanceta descartável e/ou agulha do tipo BENSAÚDE.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão antes de iniciar o procedimento;
- Realizar a assepsia do local onde será feita a coleta do sangue (face lateral da polpa digital, lóbulo da orelha ou calcanhar se for recém-nascido) friccionando suavemente para evitar traumatismo intenso;
- Puncionar o local com lanceta ou com a agulha de BENSAÚDE;
- Enxugar a primeira gota de sangue que sair;
- Colher as outras gotas de sangue;
- Colocar um algodão no local onde foi realizada a coleta de sangue, pressionando suavemente para estancar a saída de sangue;
- Realizar os esfregaços necessários com as gotas de sangue colhidas, após a primeira gota e/ou encaminhar o material para realização de exame de dosagem.

Cuidados
O sangue capilar pode ser utilizado para a preparação de esfregaços e também em alguns casos, para a obtenção de pequena quantidade de sangue destinada à execução de exames isolados como contagem de glóbulos ou hematócrito ou ainda dosagem de hemoglobina.

- Nunca iniciar a coleta de material sem a devida higienização das mãos;
- A coleta de material jamais deve ser feita em região que apresente edema ou cianose;
- Desprezar a primeira gota de sangue que sair no momento da coleta;
- Somente utilizar as gotas de sangue subseqüentes à primeira para a realização de esfregaços e/ou exames de dosagem;
- Deixar o sangue que o sangue flua facilmente, qualquer que seja a região escolhida.

Ações em caso de não conformidade
Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.11
		Emissão
Tarefa: Coleta de sangue venoso		Revisão
		No: / Data:

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que a coleta de sangue venoso será feita da forma correta e dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Garrote, seringa descartável, algodão embebido em álcool absoluto (à 70% ou iodado), lâminas de esfregaço, tubo e/ou frasco, anti-coagulante, etiqueta e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Identificar previamente todos os tubos/frascos e lâminas de esfregaço com o nome do paciente, registro e tipo de exame a ser realizado;
- Colocar o garrote de maneira que ele possa ser solta com facilidade;
- Realizar a assepsia do local onde o sangue vai ser colhido, com algodão embebido em álcool absoluto;
- Puncionar o local com o bisel da agulha voltado para cima, procurando fazer uma penetração com um golpe seco;
- Manter a seringa imóvel e aspirar ao sangue lentamente, sem provocar espuma;
- Soltar o garrote logo após a punção, mas sempre antes do término da coleta;
- Comprimir a região onde o sangue foi colhido com um chumaço de algodão, durante alguns minutos;
- Colocar algumas gotas de sangue (com o auxilio da agulha da seringa) na lâmina destinadas a confecção de esfregaço;
- Colocar anti-coagulante dentro do frasco e/ou tubo antes de colocar o sangue colhido;
- Colocar o sangue dentro do tubo e/ou frasco (somente a seringa, sem agulha) deixando o mesmo correr suavemente pelas paredes do tubo/frasco, evitando a formação de espuma;
- Encaminhar os frascos/tubos e lâminas com o sangue colhido para a realização dos exames.

Cuidados

- Nunca iniciar a coleta de sangue venoso sem a higienização correta das mãos;
- Somente começar a coleta do sangue após a identificação do frasco/tubo e da lâmina para esfregaço, contendo o nome do paciente, o número do registro e o tipo de exame a ser realizado;
- Somente iniciar a coleta se o paciente estiver bem acomodado e psiquicamente preparado;
- O material para a realização da coleta de sangue deverá estar sempre esterilizado e se possível descartável;
- A escolha do local para a punção deverá ser feita em função da quantidade necessária, do material a ser utilizado e do calibre do vaso e ser puncionado;
- Colocar o garrote de forma que ele possa ser solto facilmente, apertando o suficiente para bloquear o retorno venoso, mas sem bloquear o fluxo arterial;
- Lembrar-se que estase prolongada altera o material colhido, provocando hemoconcentração de microcitose;
- Atenção ao puncionar o local evitando movimentos de rotação ou lateral da agulha para não dilacerar tecidos;
- Lembrar-se que a penetração da agulha traumatizando em excesso os tecidos possibilita a aspiração de suco tissular junto ao sangue facilitando a sua coagulação, mesmo que parcial;

- Atenção para manter a seringa imóvel durante a aspiração do sangue (que deve ser lentamente) para evitar que se forme espuma;
- Lembrar-se que a espuma formada durante a coleta ou durante a colocação no tubo provoca hemólise e agregação de plaquetas, alterando a sua concentração no sangue colhido;
- Nunca esquecer de comprimir por alguns minutos, o local onde o sangue foi colhido com um chumaço de algodão;
- Atenção para colocar, com ajuda da agulha da seringa, algumas gotas de sangue nas lâminas destinadas a realização de esfregaço;
- O material deve ser transferido imediatamente da seringa para o frasco/tubo (que já deverá conter o anti-coagulante) sem a agulha e deixando correr suavemente pelas paredes do frasco/tubo, evitando a formação de espuma;
- Ter bastante atenção para evitar os seguintes erros:
    1. Na coleta de sangue capilar: excesso de pressão no local, massagem excessiva, edema/ cianose;
    2. Na coleta de sangue venoso: estase prolongada devido ao garrote, edema/cianose, aglutinação de células ou pequenos coágulos devido a demora na mista com o anti-coagulante, mistura inadequada da amostra sanguínea, hemólise devido a trauma na agitação.

Ações em caso de não conformidade

- Se o paciente não estiver psiquicamente bem para a realização do exame, informar ao médico e/ou enfermeira da unidade, solicitando orientações;
- Se durante e/ou após a coleta do sangue ocorrer alguma das alterações acima assinaladas, informar à chefia imediata do serviço solicitando orientações;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.12 Emissão
Tarefa: Confecção de lâminas		Revisão No: Data:

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que a confecção das lâminas para a realização de esfregaços está dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Lâminas de esfregaço, fita adesiva, lápis e sangue coletado.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar uma pequena gota na ponta da lâmina previamente identificada com o nome do paciente, registro e tipo de exame;
- Tocar o rebordo de uma lâmina de bordo íntegro, de preferência lapidada, na gota de sangue que foi colocada formando um ângulo de 45°, deixando o sangue se espalhar por capilaridade;
- Impelir a lâmina. Aguardando sempre o mesmo ângulo, da direita para a esquerda, com um movimento firme e uniforme, sem separar uma lâmina da outra.

Cuidados
- Nunca iniciar o manuseio das lâminas sem antes proceder a higienização correta das mãos;
- Somente utilizar lâminas que tenham rebordos íntegros e de preferência lapidada;
- Atentar para o ângulo de 45° que deverá ser feito durante o movimento entre as duas lâminas;
- Não se esquecer de identificar a lâmina com o nome do paciente, número do registro e tipo de exame, antes de colocar o sangue colhido na mesma;
- Lembrar-se de impelir a lâmina preservando o mesmo ângulo, da direita para a esquerda com movimento firme e uniforme e, sem separar uma lâmina da outra;
- O esfregaço deve ser feito rapidamente para evitar a formação de coágulos;
- A rapidez do desligamento quanto mais rápido, mais fino;
- A variação do ângulo: quanto menor, mais fino.

Ações em caso de não conformidade
- Se as lâminas apresentarem alterações quanto a integridade das mesmas, desprezá-las e realizar o esfregaço numa lâmina nova e com rebordos íntegros;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.13 Emissão
Tarefa: Coloração de esfregaços		Revisão No: Data:

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que a coloração de esfregaço seja feita através da técnica correta, assim como dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Lâmina, água destilada, corante (WRIGHT), álcool metílico e microscópio.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Observar se as lâminas estão totalmente secas;
- Cobrir o esfregaço da lâmina com o corante por 2 ou 3 minutos (observando as especificações do fabricante);
- Colocar o mesmo volume de água destilada, gotejando sobre a lâmina, mas sem derramar;
- Esperar de 8 a 9 minutos, esperando que o corante fixe sobre o esfregaço;
- Lavar a lâmina com água corrente;
- Limpar o fundo da lâmina e deixar secar;
- Observar a lâmina ao microscópio.

Cuidados
- Nunca iniciar o manuseio das lâminas sem antes proceder a higienização correta das mãos;
- Se as lâminas forem quadradas devem ficar em local seco e arejado, distante de emanações químicas;
- Lembrar-se que a maioria dos corantes é alcoólica servindo como fixadores, não havendo necessidade de fixação prévia;
- Lembrar-se que decorrido o tempo inicial de fixação do corante, o mesmo é diluído em água destilada e corada sobre a lâmina;
- Não se deve soprar sobre a lâmina com corante (na tentativa de fazer com que o corante fixe e seque mais rápido), pois o sopro provoca excesso de evaporação do metanol com conseqüente precipitação do corante;
- O corante utilizado é o WRIGHT, composto da seguinte forma: Wright pó – 2,4 g, álcool metílico – 1000ml;
- Para contagem especificada ou diferencial dos leucócitos é necessário se obter resultados reprodutíveis, que os esfregaços estejam tecnicamente perfeitos e que a coloração seja nítida;
- O esfregaço não deve ser excessivamente fino e a franja deve ser homogênea, proporcionando uma área ampla entre o corpo e a franja;
- Normalmente na área do corpo da lâmina encontramos uma concentração maior de linfócitos e nas bordas e na franja mais neutrófilos e monócitos. Em lâminas finas realizadas com lâminas de bordas irregulares, aumenta o acúmulo de neutrófilos e monócitos na periferia;
- A contagem deverá ser feita na área do corpo e a franja, onde existe ligeiro empilhamento de hemácias, seguindo um curso de ziguezague (preferencialmente vertical) sempre orientando em função das hemácias devendo-se evitar áreas onde as hemácias estiverem empilhadas ou completamente isoladas;
- Deve ser feita obrigatoriamente, uma inspeção em toda a lâmina para uma apreciação das condições técnicas do esfregaço, evidenciando os elementos anômalos, estimativa do número global

de leucócitos, localização dos eosinófilos ou basófilos que por seu baixo número podem faltar na contagem das células;
- Recomenda-se a contagem de 200 células, lembrando que um aumento da amostra contada a tomará mais significante.

Ações em caso de não conformidade
- Se ocorrer alguma alteração durante a coloração das lâminas, informar imediatamente a chefia do setor;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	POP.14 Emissão
Tarefa: Leitura de hematócrito		Revisão No: Data:

SES 3114 FLS RUBRICA

Executante
Técnico de laboratório.

Resultados esperados
Assegurar que a leitura de hematócrito seja feita com a técnica correta, dentro dos padrões exigidos.

Recursos Necessários
Tubo/frasco contendo amostra colhida, tubo de Wintrobe, tubo capilar, pipeta capilar, cera, chama, centrifugadora e cartão de leitura.

Atividades
Na técnica Macro:
- Homogeneizar o sangue;
- Encher o tubo de Wintrobe até a marca de 00 com uma pipeta capilar;
- Colocar o tubo de Wintrobe dentro da centrifugadora;
- Centrifugar a 3.000 rpm, durante 30 minutos;
- Fazer a leitura com o cartão de leitura.

Na técnica Micro:
- Homogeneizar o sangue;
- Encher o tubo capilar com a amostra colhida;
- Vedar o tubo com cera ou chama;
- Colocar o tubo dentro da centrifugadora e centrifugar por 5 minutos;
- Fazer a leitura com o cartão de leitura.

Cuidados
- Sempre homogeneizar o sangue antes de colocar nos tubos (Wintrobe e capilar);
- Estar atento às especificações da técnica macro e micro para a realização das leituras;
- Não se esquecer de vedar o tubo capilar antes de colocar na centrifugadora;
- Atenção ao encher o tubo de Wintrobe até a marca de 00;
- Atenção para os valores de referência: Valores de referência:
    1. Homens: de 45 a 50%;
    2. Mulheres: de 40 a 45%.

Ações em caso de não conformidade
- Se a centrifugadora apresentar algum problema, informar a chefia imediata para que a mesma providencie o conserto da mesma;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão: 31/5
Contagem de Eritrócitos		No: Data:

Procedimento
Consiste numa diluição precisa do sangue colhido com anti-coagulante que é colocado numa câmara de contagem de volume determinado e contado através do microscópio.

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Em um tubo longo, adicionar4 ml de líquido diluidor (GOWER);
- Adicionar 20 uL de sangue (homogeneizado), com a pipeta de Sahil ou pipeta automática com, ponteira descartável, ao tubo contendo o líquido diluidor;
- Encher a câmara por capilaridade, deixando-a repousar durante 3 a 5 minutos para a sedimentação;
- Colocar no microscópio e realizar a contagem de pelo menos 1/5 de mm^2 (80 quadradinhos) da área central da câmara de Neubaeur e multiplicar por 10.000 e será obtido o número de hemácias;
- Nunca iniciar o manuseio dos materiais para a contagem de eritrócitos sem antes proceder a higienização correta das mãos;
- Lembrar-se que a contagem de eritrócitos consiste na diluição precisa do sangue colhido com anti-coagulante que é colocada numa câmara de contagem de volume determinado e contado através do microscópio;
- Ter bastante atenção na homogeneização, ajuste e limpeza da pipeta;
- Atentar para a leitura do número de hemácias: n.º de hemácias / mm^3 = n x 5 x v x d, onde n= número de hemácias, 5 = área contada 1/5 mm^2, v = altura da câmara, d = diluição;
- Atentar para as possíveis causas de erros:
    1. Erro na coleta de sangue capilar: excesso de pressão no local, massagem excessiva, edema/ cianose;
    2. Erro na coleta de sangue venoso: estase prolongada devido ao garrote, edema/cianose, aglutinação de células ou pequenos coágulos devido a demora na mista com o anti-coagulante, mistura inadequada da amostra sanguínea, hemólise devido a trauma na agitação;
    3. Erro técnico: falta de limpeza do material (pipeta e câmara), aglutinação das células na diluição, diluição mal feita, falha por não limpar a ponta da pipeta, partículas em suspensão no líquido diluidor, homogeneização mal feita da diluição na hora do enchimento da câmara, enchimento incorreto da câmara, evaporação do líquido da câmara, colocação incorreta da lamínula, mudando a profundidade da câmara, erro na contagem;
    4. Erro do equipamento: pipeta, lamínula, câmara de contagem.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Contagem de Reticulócitos		No: Data:

Procedimento
Os reticulócitos são os precursores dos eritrócitos. Contêm no seu interior, restos de material reticular que não apresenta afinidade por um corante comum, sendo que sua visualização somente é possível com corantes supra vitais como é o caso do azul de cresil brilhante.

Material
1. Tubo de ensaio;
2. Lâminas de microscopia;
3. Conta-gotas ou tubo capilar;
4. Banho-Maria a 37 C;
5. Microscópio;
6. Óleo para imersão.

Corante
Azul de cresil brilhante..... 1,0g
Citrato de Sódio..... 0,4g
Cloreto de Sódio 0,85% em água q.s.p..... 100,0 ml

Observação: No lugar de azul-de-cresil brilhante, pose ser usado o novo azul-de-metileno N. Solução alcoólica de azul-de-cresil brilhante: azul-de-cresil brilhante - 1,0g / álcool a 96° qsp – 100 mL

Procedimento
1. No tubo de hemólise colocar duas a 3 gotas da solução corante. Em seguida acrescentar 2 a 3 gotas do sangue colhido por punção venosa com anticoagulante.
2. Misturar e colocar em banho-maria a 37 °durante 20 minutos.
3. Retirar do banho-maria. Misturar novamente e fazer esfregaços da maneira usual.
5. Secar e examinar ao microscópio sob imersão.
5. Contar mil hemácias, em vários campos microscópicos, anotando o número de reticulócitos encontrados. Expressar o resultado em porcentagem.

Cálculos
Reticulócitos por 1000 hemácias = % de reticulócitos
10
ou
% de Reticulócitos x Hm/mm3 = reticulócito/mm3 de sangue
100
Valores normais
No adulto.....0,5 a 1,5% ou 25.000 a 75.000/mm3 sangue
Obs: estes valores aparecem discretamente aumentados na gravidez e em recém-nascidos.

Contagem de reticulócitos corrigida
Um paciente com um determinado grau de anemia deve ter a sua contagem de reticulócitos corrigida para que se determine o número de reticulócitos de acordo com o grau de anemia, o que muitas vezes mostra que uma contagem de reticulócitos normal pode estar tendo uma representatividade baixa para o paciente. Veja a técnica e um exemplo:

Porcentagem de reticulócitos x hct do paciente
Hct normal
HT NORMAL
Mulher: 40%

Homem: 45%

Sabendo que um hematócrito considerado normal tem valor igual a 45% que representa a porcentagem da parte sólida do sangue e supondo que na contagem convencional a porcentagem de reticulócitos deste paciente tenha dado 1,2% e seu hematócrito 29:

Índice de reticulócitos = 1,2 x 29 = 0,77
45
O que parecia uma contagem normal igual a 1,2% de reticulócitos passou a ser uma contagem abaixo do normal.

CONTAGEM CORRIGIDA:
VG: 25%
RETICULÓCITOS: 8%

8 X 25
CC = = 4.4%
45

45%- VG ASSUMIDO COMO NORMAL

TEMPO DE MATURAÇÃO DE RETICULÓCITOS(DIAS): TMR
VG: 0.45L/L = 1 DIA
0.35L/L = 1,5 DIA
0.25L/L = 2 DIAS
0.20L/L = 2,5 DIAS

A CONTAGEM DE RETICULÓCITOS É O MÉTODO MAIS SIMPLES PARA ESTUDO DA FUNÇÃO ERITROPOÉTICA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Contagem de Leucócitos		No: Data:

Procedimento
Consiste numa diluição precisa do sangue colhido com anti-coagulante em um diluente que destrói as hemácias, que depois é colocada na câmara de contagem de volume determinado e contado através de microscópio ótico.

- Duas formas de diluição podem ser usadas para a mesma técnica de contagem de leucócitos em câmara de Neubauer:

Diluição em pipeta de glóbulos brancos (microdiluição):

- Homogeneizar o sangue.
- Aspirar o sangue até a marca de 0,5 (pipeta de glóbulos brancos).
- Limpar o sangue de fora da pipeta com papel ou gaze.
- Aspirar o diluente até a marca 11.
- Agitar bem (5 minutos manual e 2 minutos no agitador).
- Desprezar as primeiras gotas e preencher a câmara de Neubauer.
- Contar os leucócitos dos 4 quadrados grandes-angulares e multiplicar por 50.

Diluição em tubo de ensaio (macrodiluição):

- Em um tubo de ensaio colocar 0,4 mL da solução diluente.
- Acrescentar 20 microlitros de sangue homogeneizado e rinsar a pipeta.
- Homogeneizar a solução final por inversão do tubo.
- Preencher a câmara de Neubauer com o auxílio de um tubo capilar.
- Contar os leucócitos de 5 quadrados médios e multiplicar por 52,5.

Material:
Pipeta de Sahli (caso a ponteira não seja descartável);
Câmara de contagem do tipo Neubauer;
Microscópio ótico comum.

Diluente: Reagente de TURK
Violeta de genciana a 1%.....gotas
Ác. Acético glacial.....1,0 mL
Água destilada qsp.....100 mL

Cálculo: **número de leucócitos / mm³ = n x ¼ x v x d**
N= número de leucócitos
V= altura da câmara
1/4 = área contada: 4 mm2
D= diluição

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão 3/19
Contagem de Plaquetas		No: Data:

Procedimento

A contagem de plaquetas é um exame que avalia as plaquetas quantitativamente. Atualmente a contagem de plaquetas é feita por estimativa na lâmina, a contagem em câmara de Neubauer só é realizada nas situações em que a quantidade de plaquetas observadas no esfregaço corado se encontra fora dos parâmetros normais da espécie ou quando há solicitação para tal contagem.

Contagem indireta de plaquetas no esfregaço sangüíneo:

Estimativa por campo de imersão:

Contar plaquetas em 10 campos aleatórios do esfregaço (com boa distribuição celular).

Realizar a média do somatório das plaquetas destes 10 campos.

Multiplicar o número médio de plaquetas por campo pelo fator. O fator de multiplicação dependerá do tipo de microscópio utilizado na contagem, ou seja, o fator utilizado para microscópios policromáticos (área de campo *maior* em relação aos monocromáticos) é 15.000, para microscópios monocromáticos é 20.000.

Contagem do número de plaquetas e eritrócitos na mesma área do esfregaço:

Contagem de plaquetas (/microlitro) = N° de plaquetas contadas x contagem total de eritrócitos (/microlitro) / N° de eritrócitos contados

Contagem do número de plaquetas e leucócitos na mesma área do esfregaço:

Contagem de plaquetas (/microlitro) = N° de plaquetas contadas x contagem total de leucócitos (/microlitro) / N° de leucócitos contados

Contagem direta de plaquetas em câmara de Neubauer:

Duas formas de diluição podem ser usadas para a mesma técnica.

1) Homogeneizar o sangue;
2) Aspirar o sangue até a marca 1.0 (pipeta de glóbulos vermelhos);
3) Limpar o sangue de fora da pipeta com papel ou gaze;
4) Aspirar o diluente (Brecher - oxalato de amônio a 1%) até a marca 101;
5) Agitar bem (5 minutos manual ou 2 minutos no agitador);
6) Desprezar as primeiras gotas e preencher a câmara de Neubauer (2 lados);
7) Deixar a câmara em repouso por 10 a 20 minutos em câmara úmida;
8) Contar as plaquetas dos 5 quadrados médios dos 2 lados da câmara;
9) Realizar a média da soma da contagem de ambos os lados da câmara e multiplicar por 1000.

Macrodiluição em tubo de ensaio

1) Em um tubo de ensaio colocar 2 mL da solução diluente (oxalato de amônio a 1%);
2) Acrescentar 20 microlitros de sangue homogeneizado e rinsar a pipeta;
3) Homogeneizar a solução final por inversão de tubo;
4) Preencher a câmara de Neubauer com o auxílio de um tubo capilar;
5) Deixar a câmara em repouso por 10 a 20 minutos em câmara úmida
5) Contar as plaquetas de 5 quadrados médios dos 2 lados da câmara, somar os 10 quadrados e multiplicar por 2525.

A avaliação da morfologia das plaquetas também faz parte do hemograma, a presença de mega/ macroplaquetas ou agregados plaquetários exerce influência sobre a contagem e função plaquetária e por isso devem ser descritos no laudo.

Cálculo:

X = (n.° de plaquetas x n.° de eritrócitos encontrados) / 1000

X = n.° de plaquetas por mm³ de sangue

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Dosagem de Hemoglobina		No: Data:

Procedimento

1.PRINCÍPIO

É a determinação da concentração do pigmento hemoglobínico no sangue total. O resultado é expresso em g% de sangue. Em cumprimento a um antigo hábito, a hemoglobina do sangue pode também ser expressa em " **% do normal**", dado este arbitrário, visto que o valor " normal" , da hemoglobina não deve ser considerado fixo, pois depende de uma série de variáveis, como idade e sexo. Não obstante, considera-se, em termos médios, como " normal", 16 g% para o homem e 15% para a mulher.

Existem vários métodos de dosagem, devendo-se proferir os colorimétricos. Nos diferentes métodos de dosagem, a hemoglobina é transformada em um composto estável (oxihemoglobina, cianometahemoglobina, hematina ácida, etc).

Os aparelhos, fotocolorimétrico e espectrofotômetro, devem estar calibrados.

2. CURVA DE CALIBRAÇÃO

Para se determinar a concentração de hemoglobina utilizam-se padrões comerciais de boa qualidade ou prepara-se uma solução padrão de hemoglobina, na qual a hemoglobina tenha sido determinada através de um método rigoroso (por ex.: pela determinação do ferro hemoglobínico). A partir destes padrões, a curva de calibração ou fator de calibração são estabelecidos pelas técnicas usuais de colorimetria.

3. MÉTODO DA CIANOMETAHEMOGLOBINA

Neste método os compostos de hemoglobina, com exceção da sulfahemoglobina, são rapidamente convertidos a ciametahemoglobina sob a ação do cianeto de potássio e do ferricianeto de potássio.

a) 0,020 ml de sangue são colocados em 5 ml de solução de Drabkin (modificada)* Homogeneizar. Leitura após 3 minutos.

b) Leitura de fotocolorimétro (filtro verde) ou espectrofotômetro (540 nm) contra solução de Drabkin, modificada.

c) Cálculo: absorbância x fator de calibração = g% Hb no sangue total.

4. CÁLCULO DA HEMOGLOBINA EM " % DO NORMAL "

Determinada a Hb g%, estabelece-se por uma regra de três, considerando-se como 100% de Hb: 16 g para o homem e 15 g para a mulher.

Ex: paciente do sexo masculino: apresentou 8g% de hemoglobina, portanto:

100% = 16 g

x = 50% do normal

x% = 8 g

(*) Solução de Drabkin, modificada:

Ferricianeto de potássio ..... 200 mg
Cianeto de potássio ..... 50 mg
Fosfato diácido de potássio..... 140 mg
Sterox ..... 0,5 ml
Água destilada q.s.p. ..... 1000 ml

DETERMINAÇÃO DO FATOR

F = concentração do padrão Hb / média da D.O. do padrão

Obs: O padrão de hemoglobina deve ter uma concentração conhecida.

A média da densidade ótica do padrão é obtida realizando-se pelo menos 3 dosagens consecutivas pelo método da cianometahemoglobina, usando o padrão no lugar do sangue.

OSERVAÇÕES FEITAS EM RELAÇÃO AO ESFREGAÇO:

Avaliar de modo aproximado o número de plaquetas.
A capacidade de auto-aglutinação. A presença de plaquetas inteiramente livres é indicativa de uma perturbação de agregação plaquetária, como na Doença de Glanzmann.

Coloração das plaquetas: as plaquetas devem exibir uma porção central mais corada cronômetro. Plaquetas pálidas, quase invisíveis são observadas em condições trombocitopáticas familiares.

Volume plaquetário: plaquetas volumosas surgem em estado de solicitação excessiva, como nas hemorragias e principlamente em condições mieloproliferativas, especialmente na metaplasia mielóide agnogênica e na trombocitopenia hemorrágica. Nesta condições é freqüente a observação de fragmento de megacariócitos em circulação. Nos indivíduos esplenectomizados os aspectos patológicos plaquetários tornam-se mais nítidos.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS

1 - Somente para uso diagnóstico *in vitro;*
2 - Seguir com rigor a metodologia proposta para obtenção de resultados exatos;
3 - A água utilizada na limpeza do material deve ser recente e isenta de agentes contaminantes;
4 - Colunas deionizadoras saturadas liberam água alcalina, íons diversos e agentes oxidantes e redutores, que podem alterar de forma significativa os resultados;
5 - As ponteiras das pipetas automáticas devem estar limpas, secas e em boas condições de uso;
6 - O Reagente de Trabalho e os resíduos das reações nunca devem ser desprezados em presença de reagentes ácidos, pois levam a formação de gases tóxicos.
7 - O descarte do material utilizado deverá ser feito obedecendo-se os critérios de biossegurança de acordo com a legislação vigente.

Técnica Manual

- Equipamento: Espectrofotômetro ou colorímetro
- Leitura: Comprimento de onda 540 nm (520-550)
- kit de Hemoglobina
- Pipetas para medir amostras e reagentes
- Cronômetro

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Velocidade de Hemossedimentação VHS		No: Data:

Procedimento

A hemossedimentação mede a estabilidade de hemácias no plasma que, por ser menos denso, favorece a sedimentação dos glóbulos pela ação da gravidade , quando colocados numa pipeta graduada de 0 a 200mm com 2,5mm de diâmetro interno e 1ml de capacidade.

As hemácias em suspensão no plasma, colocadas na pipeta de westergreen, sofrem sedimentação com velocidade variável em função da concentração de fibrinogênio e globulinas, tamanho e forma das hemácias e alterações elétricas do plasma e glóbulos.
Inicialmente ocorre a queda individual das hemácias, seguida pela agregação dos glóbulos com formação de rouleaux e aumento da velocidade de hemossedimentação, que se torna constante para diminuir numa fase final, quando os glóbulos se concentram na porção inferior da pipeta.

Métodos mais usados:

Westergueen
Wintrobe

Material Necessário:
· Material completo para punção venosa
· Tubo contendo anticoagulante (EDTA)
· Suporte e pipetas de Westergreen
· Relógio

Procedimento
1. Colher 5 ml de sangue do paciente em jejum pela manhã, sem apertar demasiadamente o garrote .
2. Colocar o sangue no tubo contendo EDTA e homogeneizar suavemente.
3. Com a pipeta de Westergreen aspirar sangue até exatamente a marca zero.
4. Colocar a pipeta no suporte próprio de forma a permanecer na vertical.
5. Marcar o tempo.
6. Fazer a leitura em milimetros após uma e duas horas ao nível da separação do plasma e hemácias.

Valores Normais

	Após 1 Hora	Após 2 Horas
Homens :	de 3 a 5 mm	7 a 15mm
Mulheres:	de 4 a 7mm	12 a 17mm
Crianças:	de 4 a 7mm	12 a 17mm

A velocidade de hemossedimentação é um teste sensível, porém, pouco específico. Indica infecções agudas, crônicas e necrose por tumores malígnos, cirurgias e inflamações granulomatosas. È útil no controle de evolução das doenças.

Variações fisiológicas: ligeira aceleração nas crianças, mulheres; depois da puberdade (devido ao aumento do fribrinogênio plasmático, período menstrual e na gravidez), climas quentes é mais rápida que nos climas frios.

Variações patológicas: acelerada em estados acompanhados de uma inflamção ou desnutrição dos tecids, variando a intensidade da aceleração de acordo com a natureza, o grau e a extensão do processo em atividade. Ocorre portanto, em todos os processos infecciosos agudos ou crônicos generalizados ou localizados, nas doenças colagenicas após ferimentos, fraturas, operações, irradiações e intoxicações.

Causas que influenciam na aceleração:

- N.° menor de eritrócitos;
- Tamanho dos eritrócitos: maior mais acelerada;
- Teor de hemoglobina: maior mais acelerada;
- Aumento no plasma das frações protéicas (fibriogênio, globulina, albumina);
- Teoria elétrica: carga negativa dos eritrócitos que produzem repulsão entre eles e contrabalançam com as cargas positivas dos elementos plasmáticos. Uma diminuição das cargas negativas produz aceleração da sedimentação;
- Maior viscosidade – menor a aceleração;
- Aglutinação (rouleaux) – maior a aceleração;
- Aglomeração de eritrócitos;
- Estado coloidal d plasma;
- Maior quantidade de sais diminui a eritrossedimentação ou vice-versa;
- Gases no sangue modificam a eritrossedimentação: CO2 aumentando retardamento na sedimentação;
- Concentração hidrogeniônica;
- Conteúdo de colesterol;
- N.° de leucócitos;
- N.° de plaquetas;
- Metabolismo basal.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Determinação do Tempo de Protombina		No: Data:

Procedimento

O tempo de protrombina (TP) é a prova de escolha para a investigação do sistema extrínseco da coagulação sanguínea, permitindo revelar deficiências dos fatores que tomam parte neste sistema. O extrato de tecido (tromboplastina extrínseca) ao lado dos fatores II, V, VII e X, na presença de íons de cálcio, age sobre a protrombina para formar a trombina, que, por sua vez conduz à formação de coágulo de fibrina.

O **tempo de protrombina** (**TP**) ou **tempo de atividade da protrombina** (**TAP**) é um exame laboratorial para avaliar a via extrínseca da coagulação. Em outras palavras, é um exame usado para determinar a tendência de coagulação do sangue. O tempo de protrombina normal é de cerca de 11 a 14,6 segundos. Quanto maior for o TP, menor será a concentração de protrombina no sangue. O TP mede os fatores II, V, VII, X e o fibrinogênio.

Como três fatores da via extrínseca são vitamina K dependentes (fatores II, VII e X) o teste é também muito usado para monitoramento do uso de anticoagulantes orais.

Fisiopatologia: Esta prova é indicada em todos os estados hemorrágicos e purpúricos e, rotineiramente, no pré – operatório, bem como no controle da terapêutica anticoagulante pelo dicumarol e seus derivados.

Interferências: Os resultados de TP, podem ser afetados pela administração de muitos medicamentos de uso corrente. Podem alterar-se com a presença no plasma de :

- **Triglicérides (> 700 mg/dL, 8,0 mmol/L).**
- **Hemoglobina livre (100 mg/dL, 0,062 mmol/mL)**
- **Bilirrubina (> 15 mg/dL, 256 mmol/L)**
- **Heparina (0,5 U/mL, para PT e > 1,0 para FIB)**
- **EDTA**

Estabilidade e Instruções de Armazenamento:

- Os regentes fornecidos são estáveis sob refrigeração(2 – 8°C), até a data de vencimento indicada na embalagem. Não congelar.
- Evitar manter o reativo exposto por muito tempo em temperatura ambiente, pois isso pode deteriorar o reativo provocando valores de resultados alterados.

Técnica manual:

- Banho – maria a 37° C
- Pipetas e micropipetas conforme volumes indicados
- Cronômetro
- Tubos de hemólise

Técnica automática:

- Verificar manual do equipamento

Amostra: Plasma

Tipo de Tubo:

- Tubo de coleta de plástico ou siliconizado

Concentração do anticoagulante:

- Usar citrato trissódico tamponado na concentração de 3,8%. **A proporção de sangue e anticoagulante é de 9+1 exatos (exemplo: 4,5 mL de sangue + 0,5 mL de anticoagulante).** O tubo deve ser invertido várias vezes para que o anticoagulante seja adequadamente misturado a amostra.

Coleta da amostra:
- Obter o sangue por punção venosa não traumática. Evitar garroteamento prolongado, hemólise, formação de bolhas e a aspiração de líquido tissular. O sangue deve fluir livremente.
- O sangue deverá ser centrifugado logo após a coleta a 3.000 rpm por 15 minutos afim de se obter plasma livre de células.
- O plasma poderá permanecer no tubo primário caso a análise seja feita de imediato ou ser transferido para um tubo plástico a uma temperatura de 15-25° C .

A análise deve ocorrer dentro de um período de 4 horas a partir do momento da coleta, ou a amostra deverá ser congelada a uma temperatura de –20° C. No momento da realização do teste, a amostra deverá ser **descongelada** em banho-maria à 37° C **com rapidez.**

Técnica:
Preparo dos reagentes :
- Tromboplastina Cálcica (reagente pronto para uso)

Realização em banho-maria à 37° C

Tromboplastina previamente	200 µL
Plasma previamente incubado à 37°	100 µL
Disparar simultaneamente o cronômetro. Agitar brevemente o tubo dentro do banho-maria para homogeneizar o conteúdo . Retirar o tubo do banho-	

Interpretação dos resultados
Os resultados podem ser expressos de modos distintos:
1 - Tempo de Protrombina expresso em segundos
2 - Expresso em porcentagem de atividade protrombínica*

*Há necessidade de determinar a curva de atividade protrombínica de um pool de plasmas frescos normais. Este pool de plasmas deverá ser constituído de pelo menos 6 plasmas frescos coletados sobre anticoagulante da mesma natureza e nas mesmas condições em que são testadas nas amostras .

Curva de Calibração

Diluições	1:1	1:2	1:3	1:4	1:8
Atividades %	100	50	33	25	12,5
Pool de Plasma (	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Solução	---	0,2	0,4	0,6	1,4

Realizar três determinações a partir de cada diluição e tirar a média. Colocar os valores determinados sobre uma folha de papel milimetrado, afim de traçar a curva de atividade protrombínica da seguinte forma:
- na ordenada : tempos de Quick (em segundos), correspondentes a cada diluição;
- na abscissa : os inversos das diluições do plasma.

Os resultados também podem ser expressos em INR (Relação Internacional Normatizada) que se define:

$$INR = (R)^{ISI}$$

$$\text{onde } R = \frac{\text{tempo do paciente}}{\text{tempo do teste}}$$

Os valores do ISI (Índice de Sensibilidade Internacional) são determinados a cada lote através da técnica manual e essa informação juntamente com o R e o INR estão contidas,no verso da bula. Sugerimos processar, um pool de plasmas normais, junto com o paciente, afim de determinar a coluna correspondente ao 100% de Atividade Protrombínica.

Valores de referência:
- ***Tempo de protrombina : 10 a 14 segundos***
- ***Percentagem de atividade protrombínica : 70% a 100 %***

Valores normais: homens 9.6 a 11.8 segundos. Mulheres 9.5 a 11.3 segundos. Os valores obtidos variam de acordo aos reagentes utilizados, e são determinados por cada laboratório.

Valores aumentados: Em pacientes usando anticoagulantes, o tempo de protrombina se modifica, passando a ser 1 vez e meia a duas vezes o valor normal.

Também na ausência de tratamento anticoagulante pode significar: Deficiência de fibrinogênio. Deficiência de protrombina. Deficiência de Causas V, VII o X. Deficiência de vitamina K. Patologia hepática.

Tempo necessário para obter resultados: alguns minutos de trabalho no laboratorio. Resultados obtidos: por comparação dos tempos de coagulação da amostra com um controle normal.

As taxas superiores a 100% não tem significado patológico.
- A zona terapêutica preconizada pelos especialistas para pacientes sob tratamento anti - vitamina K a longo curso corresponde a um INR de 2,5 a 4,0 ou taxas de 25 a 35%.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Tempo de Coagulação (TC) – Lee e White		No: Data:

Procedimento
Material a ser analisado: sangue extraído da veia do braço.

Tempo gasto para obter os resultados: 5 a 10 minutos.

Finalidade: Determina o tempo, que o sangue recém extraído, demora em coagular. Avalia a via intrínseca da coagulação. Ao mesmo tempo avalia, de forma superficial: o fibrinogênio e o número e a qualidade das plaquetas. Além disso, serve para acompanhar os pacientes em uso de heparina, embora seja menos confiável que o tempo parcial de tromboplastina ativada.

Preparação prévia: não é necessária.

Resultados:

Valores normais: Tempo de coagulação 5 a 15 minutos.Retração: inicia 1 hora após haver coagulado, observando se uma retração de 50 %.

Valores anormais: Hiperfibrinogenemia, anemia, fibrinólise secundaria.

Tempo de coagulação prolongado: deficiência de fatores da coagulação, presença de anticoagulantes.

Retração lenta ou incompleta do coágulo: Trombocitopenia. Tromboastenia.

Tempo necessário para obter os resultados: Várias horas de observação, para determinar: o tempo que o sangue demora em se coagular, o tempo que demora o coágulo em se retrair, e finalmente o tempo em que o plasma se separa totalmente do sangue.

Equipamento utilizado: além de uma seringa e de uma agulha para a punção venosa, o médico ou técnico deverá contar com um cronômetro, e um recipiente para banho Maria, a 37 graus C°.

Fatores que alteram o TC:
- Agitação e manuseio excessivo dos tubos;
- Diâmetro do tubo;
- Quantidade de sangue;
- Espuma;
- Coleta demorada.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Tempo de Sangramento - DUKE		No: Data:

Procedimento
O tempo de sangramento corresponde à duração de uma pequena hemorragia quando uma incisão de dimensões padronizadas é praticada na pele artificialmente. O teste fornece dados relativos à função e número das plaquetas, bem como da resposta da parede capilar à lesão.

Material
· Lancetas estéreis
· Papel de filtro
· Cronômetro
· Algodão em álcool 70%

Procedimento
· Fazer assepsia da polpa digital (ou lóbulo da orelha) com álcool a 70%.
· Escolher o local da picada evitando áreas congestas e inflamadas.
· Com a lanceta perfurar o local escolhido e desinfetado, deixando o sangue fluir livremente.
· Fazer funcionar o cronômetro no momento da picada.
· Usando o papel de filtro, secar de trinta em trinta segundos a gota de sangue que se forma, sem tocar a pele, utilizando cada ver uma parte limpa do papel de filtro.
· Quando o sangue parar de fluir e de manchar o papel parar o cronômetro.
· Registrar a duração da hemorragia como o tempo de sangria.
Valores normais
De 1 a 3 minutos.

Fatores que aumentam o TS:
- N.º de plaquetas inferior a 1000.000/mm³;
- Alteração na atividade funcional das plaquetas (Doença de Von Willebrand);
- Pacientes em uso de ácido acetíl salicílico.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Prova do Laço (resistência capilar) – Rumpel-Leede		No: Data:

Procedimento
Características do exame: observação da pele, após a colocação de um garrote, que interrompa a circulação venosa, durante um período de tempo determinado.

Descrição do exame: Durante 5 minutos é mantida uma pressão elevada sobre um membro (geralmente o braço), usando-se um garrote ou um manguito inflado. Em seguida é realizada a contagem do número de petéquias (pequenas manchas hemorrágicas, que apareçam em um círculo de 5 cm de diâmetro).

Tempo gasto para a realização da prova do laço: 5 a 10 minutos.

Finalidade: determinar a fragilidade das paredes capilares, estimar a tendência à hemorragia. Ajuda a reconhecer a trombocitopenia.

Preparação prévia: não é necessária. Não repetir no mesmo membro antes de 7 dias.

Resultados:

Valores normais: nenhuma petequia, ou até no máximo 10 petéquias, em uma área de 5 cm. Escala para informar o número de petéquias:

0 a 10 = 1+
10 a 20 = 2+
20 a 50 = 3+
50 ou mais petéquias = 4+

Valores aumentados: podem indicar coagulação intravascular disseminada, diminuição do fibrinogênio, diminuição da protrombina, deficiência de fator VII, trombocitopenia, tromboastenia, doença de Von Willebrand, deficiência de vitamina K. Pode estar associado a doenças não relacionadas com as patologias da coagulação como: escarlatina, hipertensão, diabetes, gripe, sarampo, escorbuto.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Retração do Coágulo (qualitativo)		No: Data:

Procedimento

A retração é a fase final do processo de coagulação e está diretamente ligada à atividade funcional adequada das plaquetas. O coágulo pode estar alterado em volume na presença de plaquetopenia e nas anemias.

A avaliação da retração tem sua maior utilidade na avaliação de deficiências funcionais das plaquetas. É quando a retração se encontra diminuída, mesmo na presença de um número normal de plaquetas. Pode ser influenciada pela quantidade de trombina e da fibrinogênio e por valores alterados do hematócrito.

Material Necessário:

- Colher 3 mL de sangue e colocar num tubo de ensaio em banho-maria a 37°C;
- Logo após a coagulação, marcar no relógio e observar de hora em hora até completar as 24 horas;
- Considera-se retração, quando o coágulo se deslocar das paredes do tubo com a separação do soro. O coágulo reduz, aproximadamente, à metade do volume original.

Interpretação:

Normal: quando a retração ocorre até 24 horas;
Reduzida (parcial):retração depois de 4 horas, mas dentro das 24 horas;
Nula: quando não ocorrer retração.

Observação:

Trombocitopenias intensas < 50.000 plaquetas/mm³;
Tromboastenia hemorrágica hereditária, Tromopatia constitucional (Von Willebrand), Hiperfibrinogemia, Poliglobulias.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão 31/29
Determinação do Grupo Sanguíneo (ABO) e Fator Rh		Revisão
		No: Data:

Procedimentos

O sistema ABO é composto de 4 tipos básicos de sangue: A, B, AB e o O. Cada tipo de sangue produz um antígeno que é a característica do sangue e um anti-corpo contra os outros tipos de sangue.

Sangue	Antígeno	Anticorpo
O	H	Anti A e anti B
A	A	Anti B
B	B	Anti A
AB	AB	nenhum

- Lavar os glóbulos 3 vezes com salina (0,85%). Usar 2 gotas de sangue e +/- 2 ml de salina, centrifugada durante 3 minutos a 2.000 rpm;
- Preparar uma suspensão à 5%, sobre a gota que sobra (hemácia) colocando 19 gotas de salina;
- Colocar nos tubos devidamente marcados (A, B, Rh), uma gota de suspensão a 5%;
- Colocar os anti-soros A, B, Rh nos respectivos tubos (1 gota em cada) e centrifugar a 2.000 rpm, durante 2 a 3 minutos;
- Observar a aglutinação após a agitação.

DETERMINAÇÃO DO FATOR Rh

Após observar a aglutinação nos tubos, se não ocorrer aglutinação no tubo Rh, proceder conforme abaixo:

- Incubar a 37°C por 15 minutos, centrifugar e observar;
- Lavar 3 vezes com salina (0,85%);
- Acrescentar 2 gotas de soro coombs. Centrifugar e observar.

OCORRENDO AGLUTINAÇÃO

Fator Du positivo

NÃO OCORRENDO AGLUTINAÇÃO

Fator Du negativo

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Pesquisa Fator DU – Técnica recomendada		No: Data:

Procedimento
Em 3 tubos
D (desconhecido) sangue em estudo
TP (teste positivo)
TN (teste negativo)

	Tubo D	Tubo TP	Tubo TN
Hemácias desconhecidas a 5%	2 gotas	------	2 gotas
Hemácias 0 Rh(+) a 5%	---	2 gotas	---
Soro AntRh	2 gotas	2 gotas	---
Incubar em banho-maria a 37°C por 60 minutos			
Lavar 3 vezes em salina desprezando o sobrenadante			
Acrescentar soro de Coombs	2 gotas	2 gotas	2 gotas

- Misturar e centrifugar;
- Proceder a leitura.

TUBO TN – Nunca aglutina;
TUBO TP – Sempre aglutina.

TUBO D – Aglutinação – Du Positivo
Não aglutinação – Du Negativo

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão FLS 313
Determinação do Grupo Sanguíneo		No: Data:

Procedimento

A determinação do grupo sanguíneo consiste na identificação dos antígenos do sistema **ABO** existentes nos eritrócitos e que são geneticamente determinados por 3 genes, respectivamente, os genes **A, B e O.** Tais genes são autossômicos (genes alelos) presentes em um único *lócus* ou então muito próximos entre si, dificultando o "crossing-over".
Conforme a existência dos antígenos **A** e **B** , as hemácias serão classificadas (fenotipicamente) como sendo do grupo **A, B, AB** ou **O**.
No soro de indivíduos de cada um dos grupos, existem anticorpos chamados **naturais**: **Anti-A** (em indivíduos do grupo **B**); **anti-B** (em indivíduos do grupo **A)**; **anti-A** e **anti-B** (em indivíduos do grupo **O**), sendo que os indivíduos do grupo **AB** não possuem os anticorpos **anti-A** e **anti-B** em seu soro. Os grupos sanguíneos são transmitidos por genes autossômicos e para a sua determinação empregam-se soros padrões, cujas principais qualidades devem ser: **ESPECIFICIDADE (**antigenicidade**), POTÊNCIA** (título) e **AVIDEZ** (rapidez para que se estabeleça a aglutinação).

COMPORTAMENTO DA PROVA DIRETA			
HEMÁCIAS DO INDIVÍDUO TESTADAS COM SORO		**ANTÍGENO PRESENTE NAS HEMÁCIAS**	**GRUPO SANGUÍNEO**
ANTI-A	ANTI-B		
aglutinação	----------	**A**	**A**
	aglutinação	**B**	**B**
aglutinação	aglutinação	**AB**	**AB**
------	------	**O**	**O**

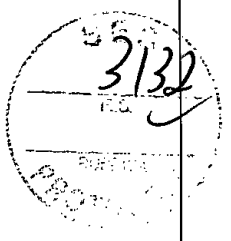
COMPORTAMENTO DA PROVA REVERSA		
SORO DO INDIVÍDUO TESTADAS COM HEMÁCIAS		**NATICORPO PRESENTE NO SORO**
TIPO A	**TIPO B**	
Aglutinação	-----	**Anti-A**
--	Aglutinação	**Anti-B**
Aglutinação	Aglutinação	**Anti-A Anti-B**

PROVA DIRETA - EM TUBO

a. preparar uma suspensão a 5% das hemácias (2,5 ml de salina e 2 a 3 gotas de sangue);
b. em dois tubos de 12 x 75 mm, adicionar 2 gotas de suspensão acima; em um deles colocar uma gota de soro anti-A e no outro uma gota de soro Anti-B. Homogeneizar;
c. centrifugar por 15 segundos a 1.000 r.p.m.;
d. inclinando e agitando delicadamente o tubo, observar a presença ou não de aglutinação.

3. PROVA REVERSA

Na prova reversa utiliza-se o soro (ou plasma) do paciente e suspensões de hemácias (5%) conhecidas (hemácias do tipo A, Rh negativo e do tipo B, Rh negativo).
a. em dois tubos de ensaio 12x75mm, colocar duas gotas do soro ou do plasma; em um dos tubos adicionar 2 gotas de suspensão de hemácias A, Rh negativo e, no outro, duas gotas da suspensão de hemácias B, Rh negativo;
b. homogeneizar;
c. centrifugar por 15 segundos a 1.000 r.p.m.;
d. inclinando e agitando delicadamente os tubos, observar a presença ou não de aglutinação.



DETERMINAÇÃO DO FATOR Rh - PRINCÍPIO

Os antígenos eritrocitários do sitema **Rh-hr (D, C, E** e seus respectivos alelos **d, c, e**) são determinados geneticamente . O sistema Rh é comandado por 2 genes estruturais, intimamente ligados: 1 gene codifica o **Ag D** e outro codifica os **Ags C** ou **c, E ou e.**

Os soros específicos existentes para identificação destes antígenos são os soros **anti-D, anti-C, anti-E, anti-c, anti-e,** não existindo o soro **anti-d.**

Propriedades destes soros:
a. são adquiridos por imunização;
b. possuem um ótimo de temperatura de 37 graus C;
c. especificidade;
d. potência;
e. reação em meio albuminoso.

A separação dos indivíduos em Rh positivo ou Rh negativo se faz segundo a presença ou não na hemácia, de antígeno D (Rh).

TÉCNICA EM TUBO:
a. preparar a partir do sangue total em estudo, uma suspensão salina de hemácias a 5%;
b. colocar em tubos (12 x75 mm) 2 gotas da suspensão acima e 2 gotas do soro anti-D; homogeneizar;
c. centrifugar a 1.000 r.p.m. por 15 segundos;
d. inclinar e agitando suavemente o tubo observar a presença ou não de aglutinação;
e. se houver aglutinação, o indivíduo é classificado como **Rh positivo**; caso não haja aglutinação, colocar o tubo em banho a 37°.C, durante 30 a 45 minutos;
f. proceder como no item c;
g. leitura: se houver aglutinação, o paciente é classificado como Rh positivo, se não houver, dever-se-á fazer pesquisa do fator Du.

OBS: Em paralelo, fazer um controle positivo (com hemácias O, Rh positivo), um controle negativo (com hemácias O, Rh negativo) e um controle de albumina.

3. TÉCNICA PARA PESQUISA DO FATOR D DE BAIXA EXPRESSÃO
a. proceder como nos itens **a** e **g** da técnica em tubo;
b. a seguir, lavar as hemácias 3 vezes com solução fisiológica (centrifugar a 3.000 r.p.m. por 1 minuto);
c. após a última lavagem, adicionar duas gotas do **Soro de Coombs** (soro anti-globulina humana) e agitar;
d. centrifugar a 1.000 r.p.m. por 15 segundos e proceder a leitura.

Presença de aglutinação: o paciente é classificado como **D positivo.**
Ausência de aglutinação: o paciente é classificado como **Rh negativo.**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Prova de Coombs Direta		Revisão No: Data:

Procedimento

1. PRINCÍPIO

Os anticorpos ditos incompletos 'imunes", quando em contato com hemácias que contenham o antígeno correspondente, fixam-se na membrana das mesmas, bloqueando o antígeno; não têm, entretanto, a capacidade de aglutinar estas hemácias. O soro de Coombs (soro antiglobulina humana) é capaz de promover a aglutinação dessas hemácias, ditas sensibilizadas. Através do **Teste de Coombs Direto** pode-se evidenciar os anticorpos contra antígenos dos eritrócitos, isto é, se "in vivo" há **anticorpos incompletos "aderidos" à membrana eritrocitária.**

2. TÉCNICA

a) preparar uma suspensão salina (5%) das hemácias a serem testadas;
b) colocar 2 gotas desta suspensão em 1 tubo de 12 x 75 mm, adicionar solução fisiológica e centrifugar a 3.000 r.p.m. por um minuto;
c) desprezar (com cuidado) o sobrenadante deixando o " botão" de hemácias no fundo do tubo;
d) repetir a operação mais duas vezes. Na última operação, com auxílio de papel de filtro, procurar desprezar toda a solução salina. Quando se tratar de sangue umbilical, lavar as hemácias no mínimo oito vezes;
e) adicionar duas gotas de soro de Coombs;
f) centrifugar à baixa rotação (1.000 r.p.m) por 15 segundos;
g) leitura: agitar levemente o tubo e observar se há aglutinçaõ dos eritrócitos.

3. INTERPRETAÇÃO

Não há aglutinação ..... Teste de Coombs Direto **NEGATIVO**
Presença de aglutinação (de a + a ++++): Teste de Coombs Direto **POSITIVO**

OBSERVAÇÕES:

1. É aconselhável o emprego de controles positivos e negativos.
2. Nos casos da prova de Coombs Indireta ser **positiva**, o soro deverá ser diluído em salina (1/2, 1/4, 1/8, 1/16, etc) e repetir a prova em cada um dos tubos. O título será dado pela última diluição com resultado positivo (cuidado com **" o fenômeno de zona "**).
3. a pesquisa de anticorpos poderá ser feita em meio salino (sem emprego do soro de Coobs); em meio albuminoso (albumina) ou ainda utilizando-se hemácias previamente tratadas por enzimas (tripsina, etc).

3. PRECAUÇÕES

Tanto para as determinações do Fator Rh em tubo, provas de Coombs Direta e Indireta, é necessário que se tome uma série de cuidados.
a) não colocar hemácias em excesso na suspensão, pois poderá haver formação de um "botão" muito grande, levando eventualmente, a um resultado falsamente positivo.
b) o tempo de incubação não deverá ser inferior a 30 minutos.
c) a centrifugação final não deve exceder ao tempo e a r.p.m. preconizados, pois o " botão" poderá aderir ao fundo do tubo, dificultando a leitura e podendo provocar um resultado falsamente positivo.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	Emissão 313
Prova de Coombs Indireta		No: Data:

Procedimento

1. PRINCÍPIO

Quando um soro que contenha anticorpos incompletos for incubado, em um ótimo de temperatura, com hemácias que contenham o antígeno correspondente, os anticorpos fixa-se à superfície destas hemácias e bloqueiam o antígeno. As hemácias assim bloqueadas (sensibilizadas) serão reveladas pelo soro de Coombs (soro antiglobulina humana). Através do teste de **Coombs Indireto**, pesquisa-se a presença de **anticorpos** incompletos ou imunes presentes no **soro.**

2. TÉCNICA

a) preparar uma suspensão salina a 5% com hemácias conhecidas quanto ao antígeno e cujo anticorpo correspondente se deseja detectar (o mais comum é a detecção de anticorpos anti- Rh positivo, anti-D). As hemácias devem ser compatíveis com o soro quanto ao sistema ABO (comumente empregam-se hemácias do grupo O, Rh positivo);
b) colocar duas gotas da suspensão em um tubo de 12 x 75 mm e lavar três vezes com solução salina;
c) adicionar duas gotas do soro a ser testado;
d) misturar e incubar em banho a 37oC, durante 30 a 45 minutos;
e) a seguir, lavar as hemácias três vezes com solução salina e adicionar o soro anti-globulina humana (duas gotas);
f) agitar e centrifugar a 1.000 r.p.m. por 15 segundos;
g) proceder a leitura
h) presença de aglutinação: Teste de Coombs Indireto **Positivo**
ausência de aglutinação; Teste de Coombs Indireto **Negativo**

OBSERVAÇÕES:

1. É aconselhável o emprego de controles positivos e negativos.
2. Nos casos da prova de Coombs Indireta ser **positiva**, o soro deverá ser diluído em salina (1/2, 1/4, 1/8, 1/16, etc) e repetir a prova em cada um dos tubos. O título será dado pela última diluição com resultado positivo (cuidado com **" o fenômeno de zona "**).
3. a pesquisa de anticorpos poderá ser feita em meio salino (sem emprego do soro de Coobs); em meio albuminoso (albumina) ou ainda utilizando-se hemácias previamente tratadas por enzimas (tripsina, etc).

3. PRECAUÇÕES

Tanto para as determinações do Fator Rh em tubo, provas de Coombs Direta e Indireta, é necessário que se tome uma série de cuidados.
a) não colocar hemácias em excesso na suspensão, pois poderá haver formação de um "botão" muito grande, levando eventualmente, a um resultado falsamente positivo.
b) o tempo de incubação não deverá ser inferior a 30 minutos.
c) a centrifugação final não deve exceder ao tempo e a r.p.m. preconizados, pois o " botão" poderá aderir ao fundo do tubo, dificultando a leitura e podendo provocar um resultado falsamente positivo.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Coombs Indireto (Pesquisa de Anticorpo)		No: Data:

Procedimento

A Prova de Coombs Indireta é utilizada na pesquisa de anticorpos bloqueadores ou incompletos, livres no soro sangüíneo, sobretudo nos indicativos suspeitos de imunizações transfusionais ou obstétricas, provocadas com maior freqüência pelos aglutinogênios do sistema Rh, especialmente o aglutinogênio Rh0 (D), do que pelos aglutinogênios dos demais sistemas sangüíneos, como os sistemas ABO, Kell, Duffy e outros. Exame útil na detecção e identificação de Anticorpos anti-eritrocitários (principalmente isoimunes), para acompanhamento de gestantes ou pacientes previamente transfundidos em que haja suspeita de sensibilização (freqüentemente por antígenos do sistema Rh, principalmente o D, mas também por antígenos de outros sistemas. Em gestantes solidamente sensibilizada, o seguimento sorológico, orienta o obstetra, principalmente quando ocorre ascensão gradual dos títulos de anticorpos durante o período de gestação.

Interpretação

Uso: pesquisa de anticorpos contra proteínas de membrana de eritrócitos (em especial D), em exames pré-transfusionais ou pré-natais. Interpretação: este teste, geralmente realizado com eritrócitos O positivos, é utilizado para a detecção de anticorpos anti-D circulantes em mães Rh negativas sensibilizadas ou em pacientes receptores de transfusão sanguínea, utilizando o sangue do doador.

a) preparar uma suspensão salina a 5% com hemácias conhecidas quanto ao antígeno e cujo anticorpo correspondente se deseja detectar (o mais comum é a detecção de anticorpos anti- Rh positivo, anti-D). As hemácias devem ser compatíveis com o soro quanto ao sistema ABO (comumente empregam-se hemácias do grupo O, Rh positivo);
b) colocar duas gotas da suspensão em um tubo de 12 x 75 mm e lavar três vezes com solução salina;
c) adicionar duas gotas do soro a ser testado;
d) misturar e incubar em banho a 37oC, durante 30 a 45 minutos;
e) a seguir, lavar as hemácias três vezes com solução salina e adicionar o soro anti-globulina humana (duas gotas);
f) agitar e centrifugar a 1.000 r.p.m. por 15 segundos;
g) proceder a leitura
h) presença de aglutinação: Teste de Coombs Indireto **Positivo**
ausência de aglutinação; Teste de Coombs Indireto **Negativo**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão: 3136
Coombs Direto (Pesquisa de Antígeno)		No: Data:

Procedimento

a) preparar uma suspensão salina (5%) das hemácias a serem testadas;
b) colocar 2 gotas desta suspensão em 1 tubo de 12 x 75 mm, adicionar solução fisiológica e centrifugar a 3.000 r.p.m. por um minuto;
c) desprezar (com cuidado) o sobrenadante deixando o " botão" de hemácias no fundo do tubo;
d) repetir a operação mais duas vezes. Na última operação, com auxílio de papel de filtro, procurar desprezar toda a solução salina. Quando se tratar de sangue umbilical, lavar as hemácias no mínimo oito vezes;
e) adicionar duas gotas de soro de Coombs;
f) centrifugar à baixa rotação (1.000 r.p.m) por 15 segundos;
g) leitura: agitar levemente o tubo e observar se há aglutinçaõ dos eritrócitos.

3. INTERPRETAÇÃO

Não há aglutinação ..... Teste de Coombs Direto **NEGATIVO**
Presença de aglutinação (de a + a ++++): Teste de Coombs Direto **POSITIVO**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Prova Cruzada		Revisão No: Data:

Procedimento

A compatibilidade entre o sangue de dois indivíduos é determinada através do **Teste de Compatibilidade Sangüínea ou "Prova Cruzada"**. O sangue do doador é testado contra o sangue do receptor, para verificar a ocorrência de aglutinação das hemácias (formação de grumos - aglutinação), indicativa de incompatibilidade. A prova cruzada completa é realizada em duas etapas.

A **1ª etapa ou Major Crossmatching** consiste em misturar uma pequena quantidade do sangue total ou suspensão de hemácias do sangue doador com uma pequena quantidade de soro do receptor. O resultado positivo é dado a partir da observação de grumos (macroscopicamente) e a aglutinação dos eritrócitos (microscopicamente). Esta é a etapa é considerada a mais importante.

Na **2ª etapa ou Minor Crossmatching**, uma pequena quantidade de sangue total ou uma suspensão de hemácias do sangue do receptor é misturada com o soro do doador e, do mesmo modo, pesquisa-se a formação de grumos de hemácias.

A ausência de grumos nas duas etapas da prova cruzada significa que a transfusão pode ser realizada.

Ao realizar a prova, deve-se evitar hemólise durante a colheita e o anticoagulante (EDTA) deve estar em volume adequado para não diluir a amostra. Laboratórios de referência, em geral, realizam o teste completo em tubos à temperatura ambiente, 37°C e a 4°C (opcional), incluindo o teste de antiglobulina canina polivalente (Teste de Coombs indireto). O sangue deve ser compatível a 37°C (máxima atividade dos anticorpos anti-DEA 1.1. e anti-DEA 1.2). Alguns autores alegam que incompatibilidades a 4°C não causam reações transfusionais. A prova cruzada pode ser realizada através de uma técnica rápida em lâmina de microscopia ou através de uma técnica mais demorada em tubos de ensaio.

TÉCNICA RÁPIDA EM LÂMINA DE MICROSCOPIA

1) Colher 0,5 a 1mL de sangue do doador em dois frascos (um com EDTA e outro sem anticoagulantes), identificar os tubos.
2) Colher 0,5 a 1mL de sangue do receptor em dois frascos (um com EDTA e outro sem anticoagulantes), identificar os tubos.
3) Centrifugar o sangue do doador e do receptor a 1000-1500g por 5-10 min para separar os eritrócitos do plasma e do soro.
4) Separar o plasma e as células do doador e do receptor sempre utilizando pipetas diferentes.
5) Preparar uma solução a 4% do receptor e uma do doador (concentrado de eritrócitos + solução salina).

Obs: Esta diluição em solução salina retarda a formação de rouleaux e facilita a observação microscópica, mas resulta em uma aglutinação menos intensa. Uma diluição maior pode provocar a não reatividade dos aloanticorpos e pode ainda não eliminar a formação de rouleaux totalmente.

TÉCNICA RÁPIDA EM LÂMINA DE MICROSCOPIA

1) Colher 0,5 a 1mL de sangue do doador em dois frascos (um com EDTA e outro sem anticoagulantes), identificar os tubos.
2) Colher 0,5 a 1mL de sangue do receptor em dois frascos (um com EDTA e outro sem anticoagulantes), identificar os tubos.
3) Centrifugar o sangue do doador e do receptor a 1000-1500g por 5-10 min para separar os eritrócitos do plasma e do soro.
4) Separar o plasma e as células do doador e do receptor sempre utilizando pipetas diferentes.
5) Preparar uma solução a 4% do receptor e uma do doador (concentrado de eritrócitos + solução salina).

Obs: Esta diluição em solução salina retarda a formação de rouleaux e facilita a observação microscópica, mas resulta em uma aglutinação menos intensa. Uma diluição maior pode provocar a não reatividade dos aloanticorpos e pode ainda não eliminar a formação de rouleaux totalmente.

6) Identificar 4 lâminas de microscopia: ***Controle Doador*** (eritrócitos do doador + soro/ plasma do doador, ***Major Crossmatch - Doador x Receptor*** (eritrócitos do doador + soro/ plasma do receptor), ***Minor Crossmatch - Receptor x Doador*** (eritrócitos do receptor + soro/ plasma doador), ***Controle Receptor*** (eritrócitos do receptor + soro/ plasma do receptor).

7) Em cada uma das lâminas, mistura uma gota do soro/ plasma e uma gota da suspensão de eritrócitos ou duas gotas do soro/ plasma e uma gota do concentrado de eritrócitos.
8) Misturar com uma espátula/ pipeta ou outro material disponível.
9) Misturar por inclinação da lâmina e observar se ocorre aglutinação macroscópica dentro de 2 minutos.
10) Colocar uma lâmina sobre a mistura e observar se ocorre aglutinação microscópica (objetivas 40x a 100x) dentro de 5 minutos.
11) Verificar se há aglutinação, se ocorrer é positivo (incompatível).

TÉCNICA EM TUBO DE ENSAIO

1) Colher 0,5 a 1 mL de sangue do doador em dois frascos (um com EDTA e outro sem anticoagulantes), identificar os tubos.
2) Colher 0,5 a 1 mL de sangue do receptor em dois frascos (um com EDTA e outro sem anticoagulantes), identificar os tubos.
3) Centrifugar o sangue dos tubos sem anticoagulante do doador e do receptor a 1000-1500g por 5-10 min para separar os eritrócitos do soro.
4) Separar o plasma e as células do doador e do receptor sempre utilizando pipetas diferentes.
5) Lavar os eritrócitos três vezes em solução salina antes de preparar a solução a 4%: colocar 0,5 a 1 mL de sangue em um tubo e completar com solução salina, homogeneizar por inversão do tubo e centrifugar em alta velocidade por 1 minuto (ou mais se necessário), remover o sobrenadante e repetir este procedimento mais duas vezes.
6) Preparar uma solução a 4% do receptor e uma do doador (concentrado de eritrócitos + de solução salina).
7) Identificar 4 tubos de ensaio: ***Controle Doador*** (eritrócitos do doador + soro/ plasma do doador), ***Major Crossmatch – Doador x Receptor*** (eritrócitos do doador + soro/ plasma do receptor), ***Minor Crossmatch – Receptor x Doador*** (eritrócitos do receptor + soro/ plasma doador), ***Controle Receptor*** (eritrócitos do receptor + soro/ plasma do receptor).
8) Adicionar a cada um dos tubos, duas gotas do soro/ plasma e duas gotas da suspensão de eritrócitos, homogeneizar por agitação da parte inferior do tubo.
9) Centrifugar em baixa velocidade por 15-30 segundos, o suficiente para concentrar as células, mas não sedimentá-las totalmente.
10) Homogeneizar os tubos mais uma vez para ressuspender as células e observa-los contra a luz (avaliar aglutinação e/ou hemólise). Confirmar a aglutinação microscopicamente.
11) Se não foi observada aglutinação, deve-se incubar os tubos a 37°C por 30 minutos antes de centrifugá-los e reavaliá-los.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Falcização de Hemácias		Revisão
		No: Data:

Procedimento

1. PRINCÍPIO

A hemoglobina S contida na hemácia, quando em baixa tensão de oxigênio, cristaliza-se de tal maneira, que a hemácia toma uma forma recurvada, assemelhando-se a uma foice (daí o nome falciforme) ou de lua em quarto crescente, apresentando uma ou duas espículas. Esta modificação de forma é reversível na presença de oxigênio.

2. TÉCNICA

Uma pequena gota de sangue colhido com anticoagulante é colocada sobre uma lâmina de vidro e misturada com uma gota de solução a 0,5% de metabissulfito de sódio, preparada no momento do uso. Sobre a mistura, coloca-se uma lamínula de vidro, retirase o excesso de sangue das bordas e luta-se (isto é, vedam-se as bordas, para impedir a entrada de ar). A vedação pode ser feita com parafina, esmalte de unha, etc.
As leituras são realizadas após 1, 2, 6, 12, 24 e 48 horas (pode-se omitir as leituras intermediárias). As hemácias falciformes são reconhecidas por se apresentarem recurvadas e com " espículas" (ou prolongamento) nas extremidades.

Reagentes:
Solução de Metabisulfito de sódio a 2%
$Na_2S_2O_5$ – 20mg
H_2O (destilada) qsp – 1ml

CAUSAS DE ERRO

a) preparação mal feita, permitindo a entrada de ar;
b) falsos positivos, devido à observação de hemácias em perfil ou em semi-perfil;
c) baixa concentração de hemoglobina S (em casos de anemia)
Resultados falsos (+) podem ocorrer na presença de outras hemoglobinas como: HbC-Harlem, HbC-Travis, HbI ou aumento na concentração Hb BART ou PortoAlegre.

OBSERVAÇÕES

1. A relação falcização/genótipo/tempo não é constante, e não serve para caracterizar o genótipo. A eletroforese de Hb deverá ser realizada para um diagnóstico conclusivo;
2. Metabisulfito deve ser preparado momentos antes de ser utilziado;
3. A cÇamara úmida deve ser colocada em lugar fresco, a temperatura ambiente;
4. A vedação da lâmina-lamínula é fundamental para a exatidão do teste;
5. A espessura da preparação, a vedação lâmina-lamínula são pontos críticos, para o encontro de falso negativo;
6. Hb fetal aumentada, em associação com HbS, prejudica a falcização (atenção para os recém-nascidos).

Pacientes:

HbSS: Falciza entre 1 a 3 horas (teste positivo)
HbSC e HbSD: falciza entre 6 a 12 horas (teste positivo)
HbAS e HbS/talß: Falciza entre 24 a 48 horas (teste positivo)

VALORES DE REFERÊNCIA:

Neonato : 11,0 a 22,6 mg/100 ml
1 a 5 anos : 7,3 a 15,0 mg/100 ml
5 a 10 anos : 6,4 a 13,3 mg/100 ml
10 a 15 anos : 5,6 a 11,7 mg/100 ml
Adultos : 4,5 a 10,9 mg/100 ml
estudo específico das hemoglobinas.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Técnica de Coagulograma /TP -TTPA		Revisão
		No: Data:

Procedimento

Valor de Referência:
TEMPO DE SANGRIA - TS 1 a 3 minutos - Método: Duke
TEMPO DE COAGULAÇÃO - TC 2 a 12 minutos - Método: Lee - White
TEMPO DE PROTROMBINA
Tempo de Protrombina: 12,5 a 15,5 segundos
Atividade Protrombina: 70 a 120 %
Método: Técnica de Quick
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL - TTPA 24 a 45 segundos - Método: Técnica de Bell - Alton
PLAQUETAS 120.000 a 400.000/mm3
Instrução de Coleta: Coletar 5,0 mL de sangue total citratado. Congelar a amostra.
Interpretação Clínica: Este perfil é útil para avaliação hemostática pré-operatória e nos distúrbios hemorrágicos, incluindo no uso de anticoagulantes. Pode detectar deficiências de fatores de coagulação e defeitos vasculares.

O **COAGULOGRAMA** contém testes de triagem para avaliação da hemostasia e é, geralmente, solicitado no período pré-operatório.

A AVALIAÇÃO HEMATOLÓGICA NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DEVE INCLUIR:
1. História Clínica para antecedentes pessoais e familiares de hemorragia ou trombose (exemplo: sangramentos em cirurgias anteriores ou após extração dentária, passado de trombose venosa);
2. Hemograma;
3. Coagulograma (TAP, TTPa e contagem de plaquetas).

COAGULOGRAMA COMPLETO
Valores referenciais:
- Tempo de Sangramento (Duke): 1 a 3 minutos
- Prova do laço: negativa
- Retração do coágulo: completa
- Tempo e atividade de protombina (TAP): 70 a 120%
- Tempo de tromboplastina parcial ativado (TC): até 10 segundos acima do plasma controle
- Plaquetas: 150.000 a 450.000 / mm3 em adultos e 150.000 a 550.000/ mm3 em crianças

Material:
- plaquetas: sangue total com EDTA
- TAP e TTP: plasma em citrato
- TC: Sangue total sem anticoagulante

Método:
- Tempo de Sangramento (Duke): 1 a 3 minutos
- Protrombina: coagulometria por detecção de porcentagem de luz polarizada.
- PTT: coagulometria por detecção de porcentagem de luz polarizada.
- Plaquetas: automatizado.

Interpretação:
- estudo da hemóstase primária: tempo de sangramento (Duke), prova do laço (ou teste de fragilidade capilar), retração do coágulo, contagem de plaquetas.
- estudo da hemóstase secundária: tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial.

Interferentes: anticoagulantes: clexane, heparina sódica, hirudoid, liquemine, marcoumar e marevan.
Indicações:
- avaliação de pacientes com distúrbios hemorrágicos (coagulopatias)

- avaliação hemostática pré-operatoria.

DETERMINAÇÃO DA CURVA

Fazer as seguintes diluições com soro controle (Verify) em solução salina:

	1:1	1:2	1:4	1:8
Verify Salina	300µl	300µl	300µl	300µl
	-----	300µl	900µl	2.100µl

- Ligar o aparelho e esperar aquecer até 37°C;
- Colocar o Simplastin S no aparelho por alguns minutos até que esteja aquecido;
- Preparar amostras em duplicata para dosar a curva, colocando em cada cubeta um imã e acrescentar 100µl do soro controle nas respectivas diluições;
- Incubar pó r2 minutos, não ultrapassando o tempo de 10 minutos de incubação. Após esse tempo programar a dosagem da curva:
- Apertar tecla curva....TP....dosar....ISI....1.15....aparelho pede para colocar cubeta com a 1.ª amostra da 1.ª diluição no leitor pipetar 200µl (Simplastin) aceitar ponto (S/N) e posteriormente pede a 2.ª amostra da 2.ª diluição e consecutivamente até terminar todas as diluições.

DOSAR TESTES

TP/RNI

- Colocar 200µl do Simplastin para aquecer;
- Pipetar em cubeta 100µl da amostra a ser dosada;
- Incubar por 3 minutos e apertar a tecla teste TP;
- Levar cubeta para o leitor;
- Pipetar 200µl de Simplastin e esperar a impressão dos dados

TTPA

- Colocar em uma cubeta 100µl da amostra acrescentar 100µl de Platelin LS e levar para incubar por 3 minutos;
- Após a incubação, apertar a tecla teste TTPA, inserir a cubeta;
- Pipetar 100µl de cálcio.

4.2 MICROBIOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	Emissão
Coloração GRAM - MICROBIOLOGIA		No: Data:

Procedimento

- Recobrir a lâmina com a solução de Cristal Violeta e deixar por trinta segundos e um minuto. Escorrer o excesso do corante;
- Sem lavar com água, verter sobre a lâmina a solução de Lugol para GRAM. Deixar agir por um minuto, verter fora o excesso da solução;
- Ainda sem lavar a preparação, inclinar a lâmina e goteja a solução de álcool – acetona até que a cor roxa cesse de desprender – etapa crítica da coloração;
- Lavar com água imediatamente;
- Corar com Fucsina Fenicada de GRAM durante 30 segundos;
- Escorrer o corante, lavar com água. Secar e proceder a leitura com a objetiva de imersão.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Coloração ZIEHL - NEELSEN - MICROBIOLOGIA		No: Data:

3142 FLS

Procedimento

A **Técnica de Ziehl-Neelsen** é uma técnica de coloração de bactérias mais agressiva que a técnica de Gram. Ela é usada em bactérias que coram mal com o Gram, como os bacilos da Lepra e da tuberculose, entre outros.

Há bactérias que são resistentes à coloração, mas que uma vez coradas vão resistir fortemente à descoloração, mesmo por ácidos fortes diluídos e álcool absoluto. Às bactérias que possuem esta propriedade dizemos que são ácido-álcool resistentes (géneros *Mycobacterium* e *Nocardia*). Esta característica é devida ao elevado teor de lípidos estruturais (ex. ácido micólico) na parede celular destas bactérias, que provoca uma grande hidrofobicidade, dificultando a ação dos mordentes e diferenciadores de corantes aquosos. A técnica de Ziehl-Neelsen evidencia esta ácido-álcool resistência. Segue o seguinte protocolo:

1. Confeccionar o esfregaço seguindo as técnicas atuais de biossegurança;
2. Cobrir a lâmina com fucsina fenicada (o mordente é o ácido fénico);
3. Aquecer a lâmina até à emissão de vapores (é importante não deixar ferver);
4. Aguardar 5 a 8 minutos;
5. Lavar com água corrente;
6. Cobrir a lâmina com álcool-ácido 3% até descorar totalmente o esfregaço;
7. Lavar com água corrente;
8. Cobrir a lâmina com azul de metileno durante 1 minuto;
9. Lavar com água corrente;
10. Secar;
11. Observar.

A fucsina fenicada, atuando a quente, vai corar todas as células bacterianas e outras estruturas presentes no esfregaço de vermelho (o calor vai derreter os lípidos de membrana, tornando-a permeável). O ácido diluído em álcool aplicados vão descorar todas as bactérias exceto as ácido-álcool resistentes, que permanecem coradas de vermelho pela fucsina. Assim, ao serem observadas após coloração e contraste, com azul de metileno, encontraremos as bactérias:

- Ácido-álcool resistentes: coradas de vermelho.
- Não ácido-álcool resistentes: coradas de azul.

Na observação microscópica pós coloração o material a observar deve ser previamente fixado, o que facilita a observação de bactérias, uma vez que têm reduzidas dimensões, fraco contraste e algumas refringência e mobilidade.

A fixação é a coagulação do protoplasma bacteriano com o mínimo de deformação e sua colagem à lâmina. Como exemplos de agentes fixadores temos o calor, o formol e o éter.

A coloração recorre do uso de corantes e permite aumentar o contraste e evidenciar a estrutura bacteriana. Estes são compostos orgânicos, com um ou mais anéis benzénicos que se encontram ligados a dois grupos funcionais, o cromóforo que é responsável pela cor do corante e o auxócromo que se dissocia ionicamente em solução dotando o corante de capacidade para reagir com os tecidos, células e estruturas celulares. Podemos diferenciar dois tipos de corantes; os corantes ácidos (são negativos formando sais com cátions) e os corantes básicos (são positivos formando sais com ânions). Como as bactérias possuem carga elétrica negativa existe afinidade entre os corantes básicos e as estruturas celulares da bactéria permitindo que esta fique corada. Para reforçar a ação do corante, aumentando a força de ligação deste às estruturas celulares utilizam-se mordentes como o ácido tânico, o ácido crômico, o ácido fénico, o iodo (Soluto de Lugol), o calor e os álcalis. Os solutos corantes são compostos de várias substâncias sendo geralmente hidro-alcoólicos-

fenicados porque além da substância corante possuem água para permitir a dissociação iônica do corante, álcool para conservar e ácido fénico que atua como mordente e como bacteriostático evitando a contaminação das soluções corantes. Após a aplicação do corante aplica-se um diferenciador que serve para retirar o excesso de corante (acetona, ácido sulfúrico, álcool 95°). Os diferenciadores têm a capacidade de descorar certas bactérias já previamente coradas e são usados em colorações policromáticas. A preparação de colorações policromáticas segue um protocolo constante. Assim, sobre um esfregaço (células fixadas pelo calor), aplica-se:

1. O primeiro corante
2. O mordente
3. O diferenciador
4. Água (vai parar a diferenciação)
5. O segundo corante (vai ser contrastante)

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Baciloscopia para BK – Coloração de Ziehl-Neelsen - MICROBIOLOGIA		No: Data:

Procedimento

1. Introdução
- Diagnóstico de TB pulmonar
- Rápido, fácil e barato
- Eficácia na visualização da redução bacilar e negativação
- Menos sensível do que a cultura, porém mais vantajoso
- Coloração de Ziehl – Neelsen

2. Confecção do Esfregaço
- Carregar a alça ou swab estéril com uma pequena porção da amostra (de preferência uma porção mucopurulenta)
- Fazer um esfregaço com auxílio de outra lâmina ou de um abaixador lingual
- Secar
- Fixar o material
- Realizar a coloração de Ziehl.

3. Coloração de Ziehl-Neelsen
- Fixar a lâmina na chama
- Colocar no suporte de coloração
- Cobrir com fucsina fenicada
- Aquecer (sem deixar secar ou ferver) a fucsina até iniciar a emissão de vapores (Caso o corante retraia pode ser colocado mais).
- Aquecer por 5 minutos emitindo os vapores
- Lavar suavemente com água
- Colocar Álcool-ácido clorídrico, com a lâmina inclinada sobre a pia até que não se desprenda mais corante
- Colocar azul de metileno por 30 segundos com a lâmina no suporte
- Lavar suavemente com água corrente
- Deixar a lâmina secar
- Observar ao microscópio com objetiva de imersão
- BAAR coram-se de rosa, e células e artefatos coram-se de azul

4. Diagnóstico: Baciloscopia
- Observar ao microscópio na objetiva de imersão
- Observar pelo menos 100 campos
- Procurar por bacilos isolados ou globias

5. Controle de Qualidade
- Corantes
- Solvente preparado (álcool ácido clorídrico = 3 mL de HCL para 97mL de etanol)
- Tempos de coloração

6. Como Reportar o Resultado

Guia para liberação do resultado pela coloração de Ziehl-Neelsen recomendada pelo ministério da saúde

(-) Não foram encontrados BAAR na amostra analisada em 100 campos observados
(+) Presença de menos de 1 BAAR por campo em 100 campos observados
(++) Presença de 1 a 10 BAAR por campo em 50 campos observados
(+++) Presença de mais de 10 BAAR por campo em 20 campos observados

Obs.: Nos casos de diagnósticos, ao encontrar de 1 a 4 BAAR em 100 campos microscópicos deve-se ampliar a leitura para mais 100 campos. Se a quantidade de bacilos encontrados, depois de observar 200 campos, se mantiver entre 1 a 4 bacilos, informar o resultado como negativo e solicitar nova amostra. Se o resultado persistir, proceder a cultura.

7. Correlação Clínica
- Cultura para BK
- PPD

Coloração de Ziehl-Neelsen

O fenômeno de álcool-ácido resistência foi descoberto por Ziehl e Neelsen em 1881. É uma técnica de coloração diferencial que utiliza o aquecimento para impregnar as bactérias (em especial as micobactérias) com solução de fucsina e ác. fênico. Uma vez impregnadas as micobactérias não se descoram na presença de álcool-ácido sendo então conhecidas como "álcool-ácido resistentes"; pois possuem compostos lipídicos associados com ácidos micólicos na parede celular que tornam difícil a detecção com colorações simples (como a coloração de Gram). O bacilo de Koch (bactéria causadora da tuberculose) se cora de vermelho ou rosa, pela fucsina; e outras bactérias se coram de azul pelo corante de fundo (Azul de Metileno). Deve-se colocar a lâmina sobre o suporte disposto do mesmo modo que na coloração de Gram, só que com a lamparina embaixo de modo que a chama fique próxima da lâmina, cobrir o esfregaço com os corantes na seguinte ordem:
- Colocar a Fucsina Fenicada de Ziehl sobre a lâmina e aquecer até emitir vapores por 5 minutos, sem deixar a fucsina ferver ou secar (O calor aumenta a penetração e a retenção do corante). É permitido colocar mais corante caso se verifique a retração do mesmo a partir das bordas da lâmina;
- Lavar suavemente com água;
- Colocar álcool-ácido clorídrico, com a lâmina inclinada sobre a pia, até que não se desprenda mais corante e lavar com água corrente;
- Colocar Azul de Metileno por 30 segundos e lavar suavemente a lâmina com água.

Secar, à temperatura ambiente ou em estufa 37°C e levar ao microscópio óptico com óleo de imersão na objetiva de maior aumento (100X) para observação e análise. (Bacilos álcool-ácido resistentes coram-se de vermelho ou rosa e outras bactérias coram-se de azul.).

Cultura para BK

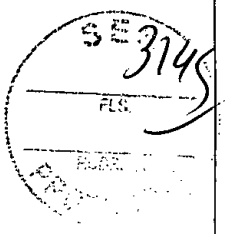
O isolamento de micobactérias em meio de cultura é o método bacteriológico mais sensível e específico disponível até o momento para o diagnóstico da TB. A cultura possibilita diagnosticar os novos casos de TB, nos quais a eliminação bacilar não é o suficiente para ser detectada pela baciloscopia, evitando o aparecimento dos bacilíferos que são a fonte de transmissão da doença.

Os materiais biológicos utilizados para o isolamento de micobactérias podem ser contaminados por microorganismos da flora normal, assim, devem ser tratados a fim de eliminar os germes contaminantes que podem alterar o crescimento das micobactérias. Esse processo de descontaminação ocorre fundamentalmente pela utilização de determinadas concentrações de álcalis ou ácidos, que além de cumprirem esta função, fluidificam a amostra, não interferindo diretamente sobre a viabilidade das micobactérias, visto que estes microorganismos apresentam resistência significativa às substâncias mencionadas. Dentre os métodos mais difundidos para este propósito destaca-se o *método de Petroff*, o qual utiliza hidróxido de sódio como elemento de descontaminação e digestão.

Procedimento:
_ Colocar a amostra em tubo com tampa de rosca e pipetar igual volume da solução de hidróxido de sódio. Ajustar firmemente a tampa.
_ Levar ao agitador por aproximadamente 2 minutos.
_ Manter os tubos a 37°C durante 15 minutos, agitando manualmente a cada 5 minutos.
_ Centrifugar a 3.000RPM durante 15 minutos.
_ Terminada a centrifugação, deixar repousar, sem tirar a tampa, durante 5 minutos, a fim de assentar o aerossol.
_ Eliminar cuidadosamente o sobrenadante.
_ Ressuspender o sedimento com auxílio de pipeta.
_ Gotejar ácido clorídrico 1N até que a solução adquira cor amarela.
_ Gotejar a solução neutralizadora até obter uma coloração rosa.
_ Para a semeadura, embeber o swab na solução acima e semear 2 frascos de meio de cultura Lowenstein – Jensen (L-J).

O meio de cultura mais utilizado para o isolamento de micobactérias é o L-J, que é um meio solidificado à base de ovo e fécula de batata, contêm glicerol e asparagina como fontes de carbono e nitrogênio, respectivamente.

A semeadura é feita recolhendo-se o material descontaminado e centrifugado, em volume de 0,5 – 1,0mL, que é distribuído em toda a superfície do meio inclinado.
Devido ao longo tempo de incubação exigido, torna-se necessária a completa vedação do tubo, visando impedir a dessecação do cultivo, o que pode ser obtido pelo uso de tubos com tampa de rosca.
Após a semeadura incubar os frascos em estufa 37°C. Os bacilos crescem lentamente, 20 horas ou mais tempo de geração. Os tubos devem ser examinados nas primeiras 48 horas para a verificação da secagem do inóculo e quanto à presença de contaminação. Fazer leituras semanais até a 8ª semana, informar os resultados das culturas positivas, relatando aspecto (forma, cor) e quantidade de colônias crescidas, segundo a escala semi-quantitativa abaixo, recomendada pelo ministério da saúde.



Referências Bibliográfificas

1. Koneman EW, Allen SD, Janda WM, Schreckenberger PC, Winn JR WC. Diagnóstico Microbiológico: Texto e Atlas Colorido
5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 1465 p.
2. Oplustil CP, Zoccoli CM, Tobouti NR, Sinto SI. Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2000. 254 p.
3. Maza LM de la, Pezzlo MT, Baron EJ. Atlas de Diagnóstico Microbiológico. Porto Alegre: Artmed, 2001. 216 p.
4. Spicer WJ. Clinical Bacteriology, Mycology and Parasitology. London: Churchill Livingstone, 2000. 221 p.
5. Walters NJ, Estridge BH, Reynolds AP. Laboratório Clínico: Técnicas Básicas. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
6. Oliveira SJ. Microbiologia Veterinária. 2.ed. Canoas: Ulbra, 2000. 237 p.
7. Silva CHPM. Bacteriologia: um texto ilustrado. Teresópolis (RJ): Eventos, 1999. 531 p.
8. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Microbiologia. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 827 p.
9. Albini CA, Souza HAPHM, Pereira SM. Manual Newprow de Microbiologia. Curitiba: Microscience, 2002. 152 p.
10. Rossi F, Andreazzi DB. CD Bacterioscopias: métodos de exame direto. São Paulo: MD Millennium Diagnósticos.
11. Barbosa HR, Torres EB. Microbiologia Básica. São Paulo: Atheneu, 1998. 196 p.
12. Stinghen AEM, Albini CA, Souza HAPHM. Coloração de Gram: Como fazer, Interpretar e Padronizar. Curitiba: Microscience,002. 70 p.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Coloração de GRAM - MICROBIOLOGIA		No: Data:

Procedimento

A **técnica de Gram** ou **coloração de Gram** é uma técnica de coloração de preparações histológicas para observação ao microscópio óptico, utilizada para corar diferencialmente microorganismos com base na composição química e integridade da sua parede celular. Consoante a cor que adquirem, são classificados em gram positivos (roxo) ou gram negativos (vermelho). Tal método se deve ao médico dinamarquês Hans Christian Joachim Gram (1853-1938). Geralmente as bactérias de "gram negativo" são mais patogénicas, possuindo ainda lipopolissacarídeos na sua membrana exterior, que agravam a infecção.

1. Confeccionar o esfregaço;
2. Corar com violeta de cristal por 60 segundos;
3. Lavar com esguicho de água destilada;
4. Cubrir com Iodo de Gram ou Lugol por 60 segundos;
5. Lavar com esguicho de água destilada;
6. Descorar com álcool a 95%, ou acetona, 10-20 segundos;
7. Lavar com esguicho de água destilada;
8. Corar com safranina por 20 segundos
9. Lavar com água destilada, secar e observar ao microscópio.

Resultados: Gram (+) coram de roxo, gram (-) coram de rosa

Pseudomonas aeruginosa: Bacilos gram-negativos

As características estruturais da parede bacteriana estão na base da técnica de Gram que funciona da seguinte forma.

O primeiro corante (cristal-de-metila) penetra na bactéria assim como o mordente (Soluto de Lugol). Intracelularmente forma-se um complexo corante-iodo, insolúvel em água, que vai corar o protoplasma e a parede celular.

A lavagem com alcool 99,5° GL dissolve o complexo corante-iodo, e a se a parede celular for permeável a este, arrasta-o para fora da célula. As bactérias capazes de preservar a coloração roxa do 1° corante, o violeta de Genciana, designam-se por Gram positivas. As bactérias que, após a diferenciação com álcool-acetona, são incapazes de reter o violeta de Genciana, designam-se por Gram negativas, corando pela fucsina diluída que se fixa apenas nas bactérias Gram-negativas. Resumindo, as bactérias Gram positivas coram de roxo e as Gram negativas coram de vermelho. Esta técnica de coloração permite então a distinção entre bactérias com parede celular mais ou menos rica em peptidoglicanos. De referir que embora uma bactéria Gram negativa nunca possa corar positivamente pelo Gram, uma bactéria estruturalmente Gram positiva pode corar negativamente se a sua parede de peptidoglicano for destruída ou danificada (ex. envelhecimento celular ou acção de lisozimas).

Na observação microscópica pós coloração o material a observar deve ser previamente fixado, o que facilita a observação de bactérias, uma vez que têm reduzidas dimensões, fraco contraste e algumas refringência e mobilidade.

A fixação é a coagulação do protoplasma bacteriano com o mínimo de deformação e sua colagem à lâmina. Como exemplos de agentes fixadores temos o calor, o formol e o éter.

A coloração recorre do uso de corantes e permite aumentar o contraste e evidenciar a estrutura bacteriana. Estes são compostos orgânicos, com um ou mais anéis benzênicos que se encontram ligados a dois grupos funcionais, o cromóforo que é responsável pela cor do corante e o auxócromo que se dissocia ionicamente em solução dotando o corante de capacidade para reagir com os tecidos, células e estruturas celulares. Podemos diferenciar dois tipos de corantes: os corantes ácidos (são negativos, formando sais

3146

com cátions) e os corantes básicos (são positivos, formando sais com ânions). Como as bactérias possuem carga eléctrica negativa, existe afinidade entre os corantes básicos e as estruturas celulares da bactéria, permitindo que esta fique corada. Para reforçar a ação do corante, aumentando a força de ligação deste, as estruturas celulares utilizam-se de mordentes como o ácido tânico, o ácido crômico, o ácido fênico, o iodo (Soluto de Lugol), o calor e os álcalis. Os solutos corantes são compostos de várias substâncias, sendo geralmente hidro-alcoólicos-fenicados porque, além da substância corante, possuem água para permitir a dissociação iônica do corante; álcool para conservar e ácido fênico, que atua como mordente e como bacteriostático, evitando a contaminação das soluções corantes. Após a aplicação do corante, aplica-se um diferenciador, que serve para retirar o excesso de corante (acetona, ácido sulfúrico, álcool 95°). Os diferenciadores têm a capacidade de descorar certas bactérias já previamente coradas e são usados em colorações policromáticas. A preparação de colorações policromáticas segue um protocolo constante. Assim, sobre um esfregaço (células fixadas pelo calor), aplica-se:

1. O primeiro corante
2. O mordente
3. O diferenciador
4. Água (vai parar a diferenciação)
5. Segundo corante (vai ser contrastante)

1- Preparo de Esfregaço Bacteriano:

1.1- A Partir de Colônias Bacterianas:

⇒ retirar uma lâmina de vidro de microscopia (limpa e desengordurada) do recipiente;
⇒ secar com auxílio de um folha de papel toalha;
⇒ traçar, com um lápis de cera, uma linha transversal a cerca de 15 mm da borda da lâmina;
⇒ colocar 2 a 3 gotas de solução salina estéril na lâmina;
⇒ tocar a colônia bacteriana com uma alça de níquel-cromo estéril;
⇒ homogeneizar o material da alça na salina colocada da lâmina ;
⇒ distender a suspensão bacteriana com movimentos elípticos até que esta forme um "filme" tênue e homogêneo pela área disponível da lâmina (**ESFREGAÇO**);
⇒ deixar o esfregaço secar a temperatura ambiente;
⇒ fixar o esfregaço à lâmina passando o verso desta por 3-5 vezes sobre a chama do bico de Bunsem;

1.2- A Partir de Culturas em Meio Líquido:

⇒ retirar uma lâmina de vidro de microscopia (limpa e desengordurada) do recipiente;
⇒ secar com auxílio de um folha de papel toalha;
⇒ traçar, com um lápis de cera, uma linha transversal a cerca de 15 mm da borda da lâmina;
⇒ colocar uma ou duas "alçadas" da cultura na lâmina;
⇒ distender a suspensão bacteriana com movimentos elípticos até que esta forme um "filme" tênue e homogêneo pela área disponível da lâmina (**ESFREGAÇO**);
⇒ deixar o esfregaço secar a temperatura ambiente;
⇒ fixar o esfregaço à lâmina passando o verso desta por 3-5 vezes sobre a chama do bico de Bunsem;

2- Coloração do Esfregaço Bacteriano pelo Método de Gram :

⇒ cobrir o esfregaço com a **Solução de Cristal Violeta** por **1 minuto**;
⇒ desprezar o corante e lavar a lâmina com água corrente **(não deixar que o jato de água incida diretamente sobre o esfregaço);**
⇒ cobrir o esfregaço com o **Solução de Lugol** (iodo + iodeto de potássio) por **1 minuto**;
⇒ desprezar o mordente e lavar a lâmina com água corrente;
⇒ cobrir o esfregaço com o **Solução Descorante** por **alguns segundos** e desprezar;
⇒ lavar a lâmina com água corrente*;
⇒ cobrir o esfregaço com a **Solução de Contra-Corante** (safranina ou da fucsina de Ziehl-Neelsen diluída) por **30 segundos**;
⇒ desprezar o contra-corante e lavar a lâmina com água corrente*;
⇒ secar a lâmina e observar ao microscópio óptico com objetiva de imersão;

Nota: ao observar as bactérias na preparação coradas pelo método de Gram no microscópio deverão ser caracterizados: a morfologia individual da célula, a formação de agrupamentos, a reação tintorial e a presença ou não de endosporos.

Procedimento do Teste de KOH Método de Coloração de Gram:

⇒ retirar uma lâmina de vidro de microscopia (limpa e desengordurada) do recipiente;
⇒ secar com auxílio de um folha de papel toalha;
⇒ colocar 3 a 4 gotas de solução de KOH a 3%;
⇒ tocar a colônia bacteriana com uma alça de níquel-cromo estéril;
⇒ homogeneizar o material da alça na solução de KOH da lâmina de modo a obter uma suspensão "pesada";
⇒ esperar por cerca de 30 segundos;
⇒ tocar a suspensão com a alça de níquel-cromo e erguer a alça lentamente até 2 a 3 cm da lâmina;
⇒ observar a formação de "fios viscosos" entre a alça e a lâmina (teste positivo, ou seja indica a possibilidade da bactéria ser Gram negativa) ;

Controle de Qualidade:

RESULTADO	CEPA	RESULTADO ESPERADO
Gram-negativo	Escherichia coli ATCC 25922	Bacilos cor rosa
Gram-positivo	Staphylococcus aureus ATCC 259223	Cocos cor roxo

Referências Bibliográfificas

1. Koneman EW, Allen SD, Janda WM, Schreckenberger PC, Winn JR WC. Diagnóstico Microbiológico: Texto e Atlas Colorido
5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 1465 p.
2. Oplustil CP, Zoccoli CM, Tobouti NR, Sinto SI. Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica. São Paulo: Sarvier, 2000. 254 p.
3. Maza LM de la, Pezzlo MT, Baron EJ. Atlas de Diagnóstico Microbiológico. Porto Alegre: Artmed, 2001. 216 p.
4. Spicer WJ. Clinical Bacteriology, Mycology and Parasitology. London: Churchill Livingstone, 2000. 221 p.
5. Walters NJ, Estridge BH, Reynolds AP. Laboratório Clínico: Técnicas Básicas. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
6. Oliveira SJ. Microbiologia Veterinária. 2.ed. Canoas: Ulbra, 2000. 237 p.
7. Silva CHPM. Bacteriologia: um texto ilustrado. Teresópolis (RJ): Eventos, 1999. 531 p.
8. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Microbiologia. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 827 p.
9. Albini CA, Souza HAPHM, Pereira SM. Manual Newprow de Microbiologia. Curitiba: Microscience, 2002. 152 p.
10. Rossi F, Andreazzi DB. CD Bacterioscopias: métodos de exame direto. São Paulo: MD Millennium Diagnósticos.
11. Barbosa HR, Torres EB. Microbiologia Básica. São Paulo: Atheneu, 1998. 196 p.
12. Stinghen AEM, Albini CA, Souza HAPHM. Coloração de Gram: Como fazer, Interpretar e Padronizar. Curitiba: Microscience,002. 70 p.

4.3 IMUNOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão: 3/49
IMUNOLOGIA CLÍNICA		No: Data:

Procedimento

Os testes laboratoriais de imunologia podem fornecer informações importantes para o diagnóstico e cuidado clínico de pacientes. É importante salientar que os testes imunológicos podem ser usados tanto para doenças apresentando um envolvimento direto do sistema imune, quanto para doenças não imunológicas. Os testes mais estabelecidos e clássicos são voltados para a detecção de anticorpos contra parasitas, fungos, bactérias, virus, indicando a presença de uma resposta imune contra o agente. Testes mais modernos e sensíveis podem detectar a presença de antígenos destes organismos, indicando diretamente a sua presença no hospedeiro. Os testes imunológicos podem ser utilizados, ainda, para a detecção de produtos como drogas ou hormonios, ajudando no acompanhamento clínico de pacientes.
Os usos de testes imunologicos incluem:
a) confirmação de uma impressão clínica;
b) diagnóstico precoce de uma doença;
c) exclusão de determinada enfermidade;
d) acompanhamento do progresso da doença;
e) avaliação da efetividade da terapeutica

O teste imunodiagnóstico ideal deveria ser de fácil execução, barato e de resultado sempre preciso. Tal teste não existe. Muito poucos testes são baratos, e quase todos eles apresentam dificuldades e problemas potenciais na sua execução (e estes problemas devem ser conhecidos pelo médico que os solicita). Adicionalmente, muitos testes são usados de maneira inadequada ou interpretados erradamente.

Para evitar o uso desnecessário de testes é sempre conveniente se fazer algumas perguntas antes de solicitar um exame:
a) O resultado do teste irá alterar o diagnóstico, prognóstico ou terapeutica utilizada?;
b) O resultado do teste ajudará no entendimento do processo patológico?;
c) O resultado do exame beneficiará o paciente?
Os testes imunológicos, quando divididos pela sua metodologia, podem ser agrupados em:
1. Imunoprecipitação
2. Imunoaglutinação
3. Testes utilizando o Complemento
4. Ensaios receptor-ligante
5. Imunohistologia
Podemos dividir os testes imunológicos pela sua aplicação, e neste caso teríamos:
1. Mét. para detecção de antígenos
2. Mét. para detecção de anticorpos
3. Mét. para avaliação da imunidade celular
4. Mét. de avaliação do Sistema Complemento
5. Testes de Histocompatibilidade
6. Imunohematologia
Alguns termos de uso corrente devem ser bem definidos para que sejam compreendidos e utilizados de maneira uniforme, o que facilita a comunicação. A correta interpretação destes conceitos permite o proveito máximo na utilização dos resultados dos testes laboratoriais. Estes conceitos incluem: sensibilidade, especificidade, resultado falso positivo e falso negativo, e valor preditivo.

Orientações específicas de coleta de Imunologia
É muito importante adotar certos procedimentos de limpeza e desinfecção da sala de coleta(pisos, paredes, bancadas, móveis e equipamentos), sendo adequado o uso de solução aquosa de hopiclorito de sódio a 1% (10.000 ppm de cloro ativo) durante 5 minutos.

Devem ser utilizadas luvas descartáveis todas as vezes em que existir a possibilidade de contato com

sangue, tecidos, secreções corporais ou excreções e/ou qualquer contato com material contaminado.

A lavagem das mãos com água e sabão deve ser efetuada antes e depois do atendimento ao paciente, secando-as com papel toalha.

Deve ser utilizado avental impermeável todas vez que houver a possibilidade de contato com sangue, produtos sanguíneos e/ou secreções que possam acidentalmente contaminar vestes do profissional da saúde.

Para o imunodiagnóstico, o sangue deve ser extraído com o paciente em jejum, pelo menos, 8 horas. Soros lipêmicos interferem nas reações sorológicas.

Todo material obtido de pacientes é considerado potencialmente infeccioso, mas quando de pacientes com doenças infecto-contagiosas comprovadas, deve ser identificado com rótulo de advertência: **"contaminado".**

Deve-se obter dados clínicos do paciente para orientação na escolha de determinada técnica que depende da fase clínica em que o mesmo se encontra (inicial, estado de convalescência, etc.)

A coleta de sangue deve ser feita em fase conveniente da enfermidade, onde já é possível detectar a resposta imune humoral ou a presença de antígenos. Após isto, uma nova coleta com intervalos de alguns dias é recomendada em alguma situações, visando a positivação da reação ou a elevação do título de anticorpos.

Informações sobre uso de medicamentos: como corticóides e antibióticos, que retardam ou deprimem a produção de anticorpos, são necessárias antes da realização do exame.

Manuseio de separação do soro: colher o sangue sem hemólise, colocando-o diretamente em tubo centrifugador e deixar de 1 a 2 horas entre 25-37°C para coagulação. Separar coagulo da parede do tubo com palito plástico, centrifugar a 2.500 rpm, durante 15 minutos, aspirar o soro com pipeta Pasteur adaptada a pêra de borracha ou então com pipeta automática (nunca pipetar com o boca), transferindo-o para outro tubo e centrifugar novamente. Separar o soro líquido para outro tubo, rotular com o nome do paciente e registro e manter a 4°C.

Inativação: a inativação é um processo pelo qual a atividade do complemento é removida do soro do paciente ou dos controles. Os fluídos do corpo são inativados por aquecimento a 56°C, em banho-maria, por 30 minutos.

Nem sempre a inativação das amostras é requerida, mas é conhecido que complemento pode interferir em várias reações, como em certos testes para sífilis, causar aglutinação em ensaios com látex, causa hemólise em ensaios de aglutinação, pode interferir em procedimentos como a anti-DNA, etc., embora a maioria dos mescanismos seja desconhecida.

Conservação e estocagem do material biológico

Soros não hemolisados e límpidos podem ser conservados em geladeira (4°C), freezer (-20°C) ou liofilizados.

A separação imediata dos soros é necessária para evitar possíveis contaminações bacterianas que poderão provocar reações negativas devido à degradação dos anticorpos por enzimas.

Para transporte, enviar unicamente o soro, indicando no rótulo o conservante utilizado e a sua proporção.

Havendo indicação de uso de algum agente bacteriostático, recorrer a uma das seguintes substâncias:

1. Glicerina P.A. – misturar o soro com o mesmo volume de glicerina e estocar em freezer (-20°C);
2. Mertiolato (thimerosal) – usar na proporção de I:10.000 (1% de uma solução estoque a 1%). Não tóxico, mas apresenta o inconveniente de ser instável, devendo ser guardado ao abrigo da luz, no refrigerador. Não pode ser utilizado para reações de neutralização;
3. Azida sódica a 0,1% - usar 1% de uma solução estoque a 10%. É uma substância tóxica e interfere na imunoflorescência;
4. Fenol ou tricresol – usar a diluição 1:20 de uma solução estoque a 10% (concentração final de 0,5%).

SES 318 RS

0732

4.4 PARASITOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Métodos, Técnicas e Conservantes		No: Data:

INDICAÇÃO	MÉTODOS	ESTRUTURAS OBSERVÁVEIS
Exames de rotina	Sedimentação por centrifugação sedimentação espontânea (HPJ)	Cistos, ovos e larvas
Ascaridíase	Os mesmos acima	Ovos
Ancilostomíase	Os mesmos acima	Ovos
Tricocefalíase	Os mesmos acima	Ovos
Esquistossomose	Sedimentação por centrifugação sedimentação espontânea Kato	Ovos
Estrogiloidíase	Baermann-Moraes Rugai	Larvas
Enterobiose	Fita gomafa (Graham)	Ovos
Teníase	Tamização Fita gomada)Graham)	Ovos
Giardíase	Faust Sedimentação por centrifigação Sedimentação espeontânea (HPJ)	Cistos
Amebíase	Fezes formadas: os mesmos acima Fezes diarréicas: hematoxilina férrica	Cistos, trofozoftos

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão 31/52
Método de Lutz ou de Hoffmann, Pons e Janer		No: Data:

Procedimento

MATERIAL NECESSÁRIO

1. Cálice de decantação
2. Peneira
3. Gaze dobrada em 4
4. Água corrente ou destilada
5. Espátula de madeira (tipo abaixador de língua)
6. Lâmina e lamínula

Fundamento:
• Sedimentação espontânea em água (ação da gravidade).

Indicação:
• Pesquisa de ovos e larvas de helmintos e cistos de protozoários.

Etapas:
1. Dissolver 2 a 5 gramas de fezes (de várias partes da amostra) em um frasco com 10 mL de água misturar vigorosamente com a ajuda de um bastão.

2. Juntar cerca de 20 mL de água e coar a suspensão em tamis de 80 a 100 malhas por cm2 ou em gaze dobrada quatro vezes, fazendo-a passar para um copo cônico de sedimentação (125 ou 250 mL).

3. Adicionar água corrente até completar ± ¾ do volume do cálice.

4. Deixar sedimentar por pelo menos 1 a 2 horas.

5. Retirada do material para observação:
• com uma pipeta Pasteur → introduzi-la vedada (ou pêra de borracha) até tocar o fundo cônico do cálice e aí deixar o sedimento ser parcialmente aspirado pela pipeta.
• verter o cálice (com cuidado para evitar o refluxo do líquido e ressuspensão do sedimento).

6. Passar o material para uma lâmina de vidro e examinar ao microscópio, com ou sem a adição de corante ou solução de Lugol.

Obs.:
* Melvin e Brooke (1982) sugerem que o material sofra quantas sedimentações sejam necessárias (decantar com cuidado 2/3 do líquido) até que o sobrenadante fique relativamente claro.
* Faust, Ingalls e See (1946) recomendam substituir a água corrente por uma solução aquosa de glicerina a 0,5% (v/v), para diminuir a tensão superficial e aumentar o número de organismos.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Método de Baermann - Moraes		No: Data:

Procedimento

O método de Baermann baseia-se no Hidrotermotropismo positivo das larvas de Strongyloides stercoralis.

MATERIAL NECESSÁRIO

1. Estante para Baermann
2. Tubos de Hemólise
3. Peneira e gaze
4. Lâminas e lamínulas
5. Tubo de látex e pinça de Mohr
6. Funil
7. Água aquecida a 45°C

Colocar a água aquecida no funil com o tubo de látex vedado pela pinça de Mohr, quantidade suficiente para tocar a extremidade inferior da peneira contendo as fezes.
Depositar pequena quantidade de fezes sobre a peneira contendo gaze e deixar em repouso por 45 a 60 minutos.
Após este tempo, soltar a pinça de Mohr e deixar que o material escorra para um tubo de hemólise.
Centrifugar o material em baixa rotação e observar o sedimento em objetiva de 10x. Este método é específico para a pesquisa de larvas de S. stercoralis.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão 3154
Método de Rugai		No: Data:

Procedimento

1. Estender, sobre a abertura de um recipiente contendo fezes, gaze dobrada quatro vezes, e repuxar as extremidades para trás;
2. Encher, com aproximadamente 70 a 100 ml de água corrente aquecida a 40-45°C, um copo cônico de sedimentação (capacidade de 125ml);
3. Transferir o recipiente com as fezes para o interior do copo cônico de sedimentação, de modo que o líquido alcance toda a extensão da abertura do recipiente, cuidando para não formar bolhas de ar;
4. Deixar em repouso durante 60 minutos.
5. Colher o sedimento, no fundo do copo cônico, com pipeta capilar longa. Alguns autores recomendam retirar o recipiente do copo Cônico antes da colheita do sedimento. Entretanto, outros preferem manter o recipiente, para evitar o revolvimento do líquido;
6. Examinar o sedimento entre lâmina e lamínula. Corar a preparação com solução de lugol.

Observação: Este método é indicado para a pesquisa de larvas de *S. Stercoralis.*

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Laboratório**	Emissão
Método de Faust		No: Data:

Procedimento

Centrifugo - Flutuação em solução de Sulfato de Zinco (FAUST *et al.* 1938).

A: Material fecal fresco

1. Colocar 1 ou 2 g de fezes coletadas de várias partes do bolo fecal em frasco contendo 10 ml de água corrente . Filtrar a suspensão através de gazes dobrado em quatro vezes , e receber o filtrado em um tubo cônico de centrífuga de 15 ml.

2. Adicionar água corrente até completar 2/3 da capacidade do tubo. Centrifugar (650 x g por 1 minuto).

3. Decantar o sobrenadante e adicionar 1 a 2 ml de água corrente ao sedimento , ante de ressuspendê-lo. Completar com água corrente 2/3 do volume do tubo, agitar e centrifugar.

4. Repetir a etapa 3, até que o sobrenadante apresente-se relativamente claro.

5. Depois que o último sobrenadante é decantado, adicionar 1 a 2 ml do reagente , e ressuspender o sedimento: completar com sulfato de zinco até 0,5 cm da borda do tubo e centrifugar (650 x *g* por 1 min).

6. Cuidadosamente, remover o tubo da centrifuga e, sem agitação Coloca-lo em uma estante em posição vertical.

7. Com uma alça de arame (diâmetro de 5 a 7 mm) tocar no centro da membrana formada na superfície, transferido várias alçadas para uma lâmina de microscopia. Examinar ovos larvas e cistos.

8. Alguns pesquisadores preferem a sobreposição de uma lamínula na borda do tubo à remoção da película com alça de arame (BURROWS, 1965: MELVIN & BROOKE, l982).

Depois de concluída a etapa 4, com auxílio de pipeta, encher o tubo até a borda com solução de sulfato de zinco. Colocar uma lamínula (22 x 22 mm) na superfície do tubo. Deixando-a em contato com o líquido durante 8 a 10 minutos. Remover a lamínula, invertendo a sua posição, e colocar a face com a gota sobre uma lâmina. Examinar para larvas e cistos.

B: Material Fecal Preservado pela Solução de Formaldeido:

1. A suspensão fecal formolizada deverá ser aproximadamente uma parte de fezes para duas a três partes de solução de formoldeido. Se a suspensão for muito espessa, diluir com solução de formaldeido a 10 % para se aproximar da proporção.

2. Filtrar a suspensão fecal fomolizada, através de gazes umedecida. De modo a obter ¾ de um tubo de 13 x 100 mm. Adicionar, se necessário, ao tubo água corrente.

3. Seguir as etapas de 2 a 8 , como foi descrito para o material fecal não preservado, usando sulfato de zinco de densidade 1.20 g/ml.

Observação: Alguns ovos de trematódeos e de cestóides podem estar presentes nas superfície da membrana , em densidade alta de 1,20 g/ml. Entretanto, para um exame completo, deverão ser examinados a membrana e o sedimento uma permanecia prolongada da suspensão de fezes na solução de sulfato de zinco, de alta densidade especifica, pode resultar em colapso e distorção dos cistos e dos ovos de nematoídes com parede fina. Examinar a preparação após 20 minutos (ASH & ORIHEL, 1987).

100738

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Método de Wills		No: Data: 3157

Procedimento

Flutuação em Solução Saturada de Cloreto de Sódio (WILLIS, 1921)

1. Colocar uma quantidade de fezes de aproximadamente 1 a 2 g. coletada de várias partes do bolo fecal, em pequena cuba de vidro de 3 cm de diâmetro com capacidade aproximada de 20 ml. Completar ¼ da capacidade do recipiente com solução saturada de cloreto de sódio.
2. Suspender as fezes na solução saturada salina até haver uma total homogeneização.
3. A lamínula deve ficar em contato com o menisco durante 30 a 45 minutos; não deverá haver formação de bolhas de ar entra a lamínula e a superfície do líquido. A gota contendo os ovos se adere à face inferior da lamínula .
4. Remover a lamínula e inverter rapidamente a sua posição sobre uma lâmina.
5. Examinar ao microscópio com objetiva de pequeno aumento.

Observações: Os ovos não flutuam na superfície do reagente quando a homogeneização do material fecal é incompleta, havendo uma imperfeita separação dos ovos e dos detritos fecais. A flutuação é muito curto (menos de 30 minutos) ou muito longo (mais de 60 minutos). Nesse caso os ovos que flutuam na superfície podem descer para o fundo da pequena cuba (Suzuki, 1980).

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão
Método de Sedimentação por Centrifugação		No: Data: 31/5

Procedimento

Centrífugo - Sedimentação pela Formalina-Éter, (RITCHIE, 1948).

A. Material Fecal a Fresco

1. Colocar 1 ou 2g de fezes coletadas de várias partes do bolo fecal em frasco contendo 10ml de água corrente ou solução salina a 0,85%;

2. Filtrar a suspensão através de gaze dobrada quatro vezes, e receber o filtrado em um tubo cônico de centrífuga de 15 ml.

3. Centrifugar (650 x *g* por minuto);

4. Decantar o sobrenadante e adicionar 1 a 2 ml de água corrente ou solução salina a 0,85% ao sedimento antes de ressuspendê-lo. Completar com água corrente (ou solução salina a 0,85%) 2/3 do volume do tubo. Agitar e centrifugar (650 x *g* por 1 min).

5. Repita a etapa 4, até que o sobrenadante se apresente relativamente claro.

6. Depois que o último sobrenadante é decantado, ressuspender o sedimento com 1 a 2 ml de formalina a 10% (dar preferência à solução tamponada de formalina a 10% , pH. Neutro). Completar o volume da suspensão em 10 ml com formalina a 10%. Deixar em repouso em repouso durante 5 minutos.

7. Adicionar 3ml de éter ou acetado de etila, fechar o tubo e agitar vigorosamente, na posição invertida, por 30 minutos. Remover a tampa com cuidado.

8. Centrifugar (500 x *g* por 1 min). Quatro camadas se formarão: (1) sedimento no fundo do tubo contendo os parasitas, (2) camada de formalina, (3) tampão de detritos fecais, e (4) camada de éter na superfície.

9. Afrouxar e separar o tampão de detritos das paredes do tubo com um estilete fino,e com cuidado decantar as três camadas superiores. Limpar com swab de algodão as paredes do tubo, removendo os detritos remanescentes.

10. Uma pequena quantidade de líquido que permanece nas paredes do tubo escorre para o fundo junto ao sedimento. Misturar o líquido e o sedimento, preparando as lâminas para a pesquisa de ovos, lavas e cistos.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão 3159
Método de Kato modificado por Katz e Cols		No: Data:

Procedimento

Método Modificado de KATO-KATZ (KATO,1960; KATZ, CHAVES E PELLEGRINO, 1972)

1. Colocar a amostra fecal sobre o papel absorvente.
2. Comprimir a tela metálica ou de náilon sobre as fezes, fazendo com que parte passe através das malhas.
3. Remover as fezes que passam através das malhas e transferi-las para o orifício do cartão, colocado sobre a lâmina.
4. Depois de encher o orifício central, remover com cuidado o cartão, deixando as fezes com a lamínula.
5. Cobrir as fezes com a lamínula de celofane, invertendo e pressionando a lâmina sobre o papel absorvente.
6. Deixar a preparação em repouso (clarificação) durante 30 minutos a 34-40°C ou à temperatura ambiente por 1-2 horas.
7. Examinar a preparação ao microscópio

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão SES 3160
Pesquisa de Sangue Oculto		No: Data:

Procedimento
Pesquisa de Sangue Oculto Nas Fezes
Tem por base os efeitos catalíticos dos compostos do heme sobre a oxidação de substâncias orgânicas como a benzina, guáiaco e outras.
Dos produtos de degradação da hemoglobina, somente a hematina possui atividade de peroxidase, como também, a mioglobina e algumas enzimas vegetais.
Técnica:
Espalhar pequena quantidade de fezes sobre o papel de filtro limpo e colocar duas gotas de água oxigenada sobre o esfregaço. Adicionar duas gotas de solução de benzidina.
Observar imediatamente a cor.
Leitura:
A reação de benzidina é sensível, mas as gorduras podem torná-la positiva.
Nenhuma mudança de cor: **Negativo**
Cor esverdeada: **Traços**
Cor verde claro: **+**
Cor vede escuro: **++**
Cor verde azulado: **+++**
Azul intenso: **++++**

Métodos de Coloração Derivados de Ziehl – Neelsen (Pesquisa de Coccídeos)
Coloração da Amostra

1. Preparar o esfregaço com fezes frescas ou preservadas.
2. Deixar secar à temperatura ambiente.
3. Fixar com álcool metílico por 5 minutos e deixar secar à temperatura ambiente.
4. Corar com o corante de Kinyoun (a frio) durante 1 hora.
5. Lavar com água corrente.
6. Diferenciar com solução aquosa de ácido sulfúrico a 2%.
7. Lavar com água corrente.
8. Corar o fundo com solução de verde de malaquita a 5% por 8 minutos.
9. Lavar com água corrente e secar.

1. Reação de Benzidina
O princípio da técnica baseia-se na decomposição da água oxigenada (peróxido de hidrogênio) pela atividade da peroxidase do sangue. O oxigênio liberado oxida a benzidina, formando um composto de cor azul ou verde. Se presentes, remover as gorduras das fezes com éter, pela possibilidade de resultados falso-positivos.
A metodologia consiste em espalhar uma pequena quantidade de fezes sobre um papel de filtro de boa qualidade, gotejando 2 ou 3 gotas de água oxigenada sobre o mesmo. Adicionar igual volume de solução de benzidina, observando o desenvolvimento de cor.

Interpretação do Exame
- Sem desenvolvimento de cor: reação negativa;
- Coloração esverdeada: traços de sangue;
- Coloração verde-clara: +;
- Coloração verde-escura: ++;
- Coloração verde-azulada: +++;
- Coloração azul: ++++.

Reagentes
Peróxido de hidrogênio a 3%
Solução de benzidina
Ácido acético glacial 25 ml

130742

Benzidina em pó (especial para sangue) 5 g

Deixar em repouso por uma noite e filtrar; acondicionar em frasco âmbar. É importante limpeza rigorosa da vidraria, pois resíduos de detergentes podem falsear os resultados.

2. Reação de Meyer-Johannesen
O princípio desta técnica baseia-se na redução da fenolftaleína pelo zinco a anidrido ftálico, que, oxidado pela água oxigenada, desprende oxigênio pela ação do sangue, transformando-se novamente em fenolftaleína, assumindo uma coloração avermelhada no meio alcalino.
A metodologia consiste em realizar uma suspensão de fezes de aproximadamente 5%; transferir 5 ml da suspensão para um tubo de ensaio e adicionar 1 ml de reativo de Meyer-Johannesen. Inverter várias vezes e acrescentar 3 a 4 gotas de água oxigenada.

SES 3161 FLS

Interpretação do exame
A positividade da reação é considerada quando uma coloração vermelha é desenvolvida imediatamente após a realização do ensaio.

Reagentes
Peróxido de hidrogênio a 3%
Solução de Meyer-Johannesen
Fenolftaleína 2 g
Hidróxido de potássio anidro 20 g
Água destilada q.s.p. 100 ml

Aquecer os reativos até a fervura, acrescentando de 10 a 30 g de zinco em pó até descoloração completa. Filtrar e acondicionar em frasco âmbar, com um pouco de zinco em pó, no fundo do frasco.

3. Reativo de Guáiaco
O princípio desta técnica baseia-se na oxidação do complexo guáiaco e desenvolvimento de um composto de coloração azul.
A metodologia consiste em realizar um esfregaço das fezes em um papel de filtro, gotejando 2 a 3 gotas de ácido acético glacial e 2 a 3 gotas de uma solução preparada recentemente de álcool etílico, saturado com goma guáiaco em pó. Adicionar igual quantidade de peróxido de hidrogênio a 3%. Misturar com um bastão de vidro e observar o desenvolvimento de coloração ao fim de cinco minutos. É conveniente realizar paralelamente um controle negativo e outro positivo para validar os exames dos pacientes.

Interpretação do exame
A positividade da reação é considerada quando uma coloração azulada é desenvolvida. Uma coloração esverdeada é indicativa de reação negativa.

Reagentes
Peróxido de hidrogênio a 3%
Solução de guáiaco
Álcool etílico a 95%
Goma guáiaco em pó

Pulverizar e agitar até saturação; preparar somente no momento do uso.

100743

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão: SES 3162
Conservantes		No: Data:

Procedimento

Solução de Lugol

Solução de lugol: Lugol 2,0 g
Iodeto de Potássio - KI 4,0 g
Água destilada Completar para 100 ml
Indicado para corar cistos de protozoários ou matar larvas de helmintos para exame microscópico

Conservantes de fezes:

MIF

MIF (Mertiolato, Iodo e Formaldeído) Glicerina	5 ml
Formaldeído (40%)	25 ml
Mertiolato (ou mercurocromo) 0,1%	200 ml
Água destilada	200 ml
Solução de lugol	43 ml
Total	473 ml

São também iniciais de um conservante utilizado com as mesmas finalidades do SAF

SAF

SAF (Acetato de Sódio, Ácido Acético e Formaldeído) Acetato de Sódio	15 g
Ácido Acético	20 ml
Formadeído (40%)	40 ml
Água destilada	925 ml
Total	1.000 ml

Muito útil para fezes formadas e diarréicas, conservando bem cisto e os trofozoítos

VERDE MALAQUITA

glicerina	100ml
Água destilada	100ml
Verde de Malaquita a 3%	1 ml

Conserva e clareia as fezes a serem examinadas

SOLUÇÃO DE SULFATO DE ZINCO

Volume 500 ml

Sulfato de Zinco	165g
Água destilada	500ml

Dissolver gradativamente o sulfato de zinco em água destilada quente. Densidade aproximada 1,180 (cerca de 35%)

4.5 UROANÁLISE

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Laboratório**	Emissão 3163
Análise física, química e microscópica da urina		No: Data:

Procedimento

O exame de urina compreende: análise física, análise química (quantitativo e quantitativo), análise bacteriológica e observações microscópicas.

Exame físico: volume, cor, aspecto, odor, densidade de Ph.

Exame químico: pesquisa de proteínas, hemoglobina, mioglobina, urobilinogênio, bilirrubina, glicose, corpos cetônicos, sais biliares, etc.

MÉTODO OU CONSTITUINTES URINÁRIOS	SIGNIFICADO
Densidade	Prova de função renal
Cor/aspecto	Sangue
Albumina	Doença renal
Açúcar/acetona	Diabetes
Hemoglobina	Sangue
MICROSCÓPIO	
Hemácias	Tumor, cálculos, glomerulonefrite
Leucócitos	Infecção
Cilindros	Doenças renais
Cristais	Cálculos
Células epiteliais escamosas	Índice de contaminação

Cor que a urina pode assumir em diversas condições:

COR	CAUSA PROVAVEL
Citrina e ambar	Urocromo (normal
Alaranjada	Urina concentrada
Laranja intensa	Riboflavina-nitofurantoina, cenoura, beterraba
Laranja brilhante	Pyriduim, piramido
Esverdeada	Bilirrubina-biliverdina, Acriflavina nitrofuronas, amipitri´tina
Vinho ou castanho-avermelhado	Hemoglobina uroprofirinas, mioglobina beterraba
Castanho e negra	Melanina, ácido homogentísico, metildopa, envenenamento por fenol, melanoma
Quase incolor	Urina muito diluída
Vermelha	Fenofitaleina (urina alcalina), sangue, rifocina
Verde ou azul	Azul-de-metileno, infecção por pseudômonas
Flurorescência amarelo esverdeada	Flavonas de laguma preparações vitamínicas, (complexo B)
Leitosa	Quilúria
Leitosa opalescenl	Lipidúria, piúria
Castanho escuro	Altas doses de levedura

Odor da urina em diversas situações:

CAUSA	ODOR
Acetonúria	Lembra o da maçã
Alcaptonuria	Lembra cloroformio
Aspargo	De enxofre

Bacilos coliformes	Fecalóide
Cancer de bexiga	Fétido, nauseabundo
Pneumaturia	Fecal

O exame de urina é um dos procedimentos laboratoriais mais solicitados pelos médicos das mais variadas especialidades. Esse exame pode fornecer informações úteis que possibilitam auxiliar o diagnóstico de eventuais problemas nos rins e em vias urinárias, tais como processos **irritativos, inflamatórios, infecciosos**, bem como alguns distúrbios metabólicos como, por exemplo, **diabetes e acidose** e outros distúrbios como hemólise e hepatite.

Coleta:
Para a realização do exame de rotina, preferencialmente, deve-se utilizar amostra recente, sem adição de nenhum conservante, no volume mínimo de 12mL, coletada após o paciente permanecer um período de 2 horas sem urinar. Se possível, a amostra deve ser mantida à temperatura ambiente mas, em circunstâncias nas quais o exame não pude ser realizado em 3h, a amostra deve ser refrigerada. Em nenhuma situação deverá ser congelada, uma vez que este procedimento destruirá os componentes celulares presentes. Para este tipo de exame, a urina deverá ser colhida após assepsia local, desprezando-se o primeiro jato. Não há, geralmente, necessidade de coletar a amostra em tempos ou condições específicas mas deve-se ter em mente que algumas características da urina se modificam, significativamente, ao longo do dia, na dependência do jejum, da dieta, da atividade física e do uso de determinados medicamentos.Estas modificações devem ser consideradas quando da interpretação dos resultados.

O exame de urina de rotina é constituído por três fases: análise física, análise química e análise do sedimento.I- Análise Física: compreende a observação do aspecto, da cor e da densidade.a) Aspecto- A urina normal possui um aspecto claro, transparente. Turvações podem aparecer quando ocorrerem formações de **uratos amorfos** em urinas ácidas ou **fosfatos amorfos** em urinas alcalinas (temperatura ambiente baixa).
A urina pode se apresentar mais **escura**,⇨ **maior concentração ou mais clara**, ⇨ diluição.

Cor- A cor da urina normal varia do amarelo ao âmbar e é devida à presença de um pigmento chamado **urocromo**. Cor **rosada, vermelha ou castanha** ⇨ **sangue**, cor **âmbar escuro** ⇨ **urobilina ou bilirrubina**, ⇨ **amarelo-vivo, verdes ou mesmo azuis** ⇨ **medicamentos**, **Cor marrom-escuro** ⇨ **porfirinas, melanina ou ácido homogentísico**. Adicionalmente, a urina ainda pode assumir diferentes colorações dependendo da ingestão de alimentos corantes e drogas.

Densidade- O uso da densidade como índice de avaliação parcial da integridade renal é baseado no conceito de que o túbulo renal normal é capaz de modular o volume de líquido a ser reabsorvido a partir do filtrado glomerular, poupando ou não água, na dependência das necessidades imediatas do organismo.**Assim sendo, os valores da densidade urinária no indivíduo normal dependem, basicamente, do equilibrio entre a ingestão hídrica e as perdas**.
A administração de grandes volumes propiciam densidades baixas, enquanto a restrição ou perdas extra-renais acentuadas podem proporcionar densidades altas." **Em amostras isoladas sem controle hídrico prévio, a determinação da densidade tem valor limitado** ".A densidade pode ser medida por **densímetro, refratômetro ou por fita reagente**.
Osmolalidade ⇨crioxopia.

Análise Química: inclui a determinação do **pH**, pesquisa e, eventualmente, **dosagem de proteínas e glicose, pesquisa e avaliação semi-quantitativa de corpos cetônicos, de bilirrubinas e de urobilinogênio**. As pesquisas e as quantificações podem ser realizadas com fitas reativas e leitura direta pelo técnico ou por equipamentos automatizados. O uso das fitas reagentes possibilita, além de uma avaliação mais rápida de algumas das característicasfísicas e químicas da urina, a inclusão da pesquisa de outras substâncias, tais como **esterases (leucócitos), peroxidase (hemácias) e nitritos (bactérias)**.

pH- Os rins são importantes órgãos reguladores do equilíbrio ácido-básico do organismo. A regulação se dá pela secreção de hidrogênio e de ácidos orgânicos fracos e pela reabsorção de bicarbonato do ultra-filtrado pelos túbus contornados.A determinação do pH urinário pode auxiliar no diagnóstico de distúrbios **eletrolíticos sistêmicos de origem metabólica ou respiratória e no acompanhamento de tratamentos que exijam que a urina se mantenha num determinado pH.**
No exame de rotina, a determinação do pH pode ser substituída pela discriminação da reação (ácida, alcalina ou ligeiramente ácida) com uso de indicadores apropriados. Caso seja necessária a determinação mais exata do pH, pode-se utilizar tiras reagentes ou pHmetro. Esta determinação deve ser feita sempre em amostra recente.

Recebimento de amostras e identificação

- Na recepção de amostra de urina, os recipientes devem ser etiquetados e identificados no corpo do frasco imediatamente, com o número do registro;
- O responsável pelo recolhimento das amostras de urina deverá recolher as mesmas na recepção seguidas vezes, em intervalos não superiores a 20 minutos, até o termino do atendimento.

Procedimentos das Amostras

- Preparação para análise:
    1. No laboratório, as amostras devidamente etiquetadas e identificadas deverão ser colocadas em ordem crescente de número de registro, sobre a bancada, assim como seus respectivos mapas de trabalho;
    2. Estender sobre a área de trabalho duas a três folhas de papel toalha;

- Exame físico-químico:
    1. As amostras para o exame físico-químico devem ser analisadas em grupos de dez no máximo, respeitando a ordem do número de registro;
    2. Verificar o volume aproximado da amostra (recipiente descartável = 60ml), a coloração e o aspecto, conforme os padrões abaixo definidos, fazendo as devidas anotações no mapa de trabalho.

- Padrões de coloração normal: amarelo palha, amarelo claro, amarelo citrino e âmbar;
- Colorações anormais: verde, azul-esverdeado, rosa e acastanhado;
- Padrões de aspecto: límpido, discretamente turvo ou turvo;
- Fazer a correlação entre aspecto da amostra observado no recipiente e sua respectiva análise microscópica;

    3. Dispor na geladeira os tubos cônicos de centrifuga e identificar o número do registro;
    4. Homogeneizar cada amostra e em seguida transferir para os tubos cônicos da centrifuga 12ml, de modo que, no final, os tubos a centrifugar contenham o mesmo volume (estejam equilibrados);
    5. Mergulhar a tira reativa completa e rapidamente removendo o excesso de urina tocando-a levemente sobre as folhas de papel absorvente dispostas sobre a bancada. Deixá-la sobre o recipiente na posição horizontal com a parte reativa para cima;
    6. Ao término do teste do último recipiente de cada bateria de teste, voltar ao primeiro e comparar a cor desenvolvida na tira reativa testada com a tabela de cores do frasco (respeitando-se o tempo previsto pra a reação da fita, aproximadamente 2 minutos), com boa iluminação;
    7. Anotar os resultados obtidos no mapa de trabalho seguindo a seqüência da tira, de baixo para cima, de acordo com os padrões abaixo definidos:

- Glicose – ausente, traços , +, ++,+++, ++++;
- Bilirrubina – ausente, +, ++, +++;
- Cetonas – ausente, traços, +, ++, +++, ++++;
- Densidade: anotar o valor referido;
- Hemoglobina ausente – vestígios, presença, +, ++, +++, ++++;
- pH – anotar o valor referido;
- Proteínas – ausente, traços, +, ++, +++, ++++;
- Urobilinogênio – vestígios, +, ++, +++;
- Nitrito – ausente ou positivo;
- Leucócitos – ausente, traços, +, ++, +++, ++++.

Testes confirmatórios:

- Caso as tiras reativas apresentem positividade para glicose e proteína, deverão ser efetuados testes confirmatórios, conforme segue abaixo:
  Glicose ou substâncias redutoras – reação de Benedict: em um tubo de ensaio, colocar 5 gotas – de urina e adicionar, 2,5 ml do reativo de Benedict, aquecer ata a ebulição. Se a urina contiver glicose ou substâncias redutoras, aparecerá coloração que varia, desde verde até o vermelho tijolo – anotar no mapa de trabalho Glicosúria confirmada pelo método Benedict;

- Proteínas – teste de precipitação – albumina – reação de Heller: em um tubo de ensaio, colocar 2,0 ml de urina e adicionar 0,5 ml de ácido nítrico concentrado, introduzindo a pipeta no fundo do tubo. Na reação positiva, aparecerá um anel branco na superfície de separação dos dois líquidos. Anotar no mapa de trabalho Proteinúria confirmada pela reação de Heller;

3166

Cuidados com as tiras reativas

- Guarda-las no recipiente fornecido pelo fabricante, bem fechado e com substancia dessecante, em lugar fresco, mas não refrigerado;
- Proteger as tiras da umidade, calor, luz, substancia química e vapores voláteis;
- Ao abrir o novo frasco de tiras, verificar a validade e anotar a data da abertura e usa-las somente dentro do período de seis meses;

Análise Microscópica da Urina

- Todo material necessário para uroanálise está em compartimento dos armários exclusivos e identificados – deixar ao alcance lâminas, lamínulas, tubos cônicos de centrífuga e gaze;
- Examinar as amostras enquanto recentes, pois os elementos figurados se desintegram rapidamente;
- Analisar, microscopicamente as urinas em grupos de dez respeitando a ordem dos números de registro.

Preparação de amostras

- Dispor em uma galeria os tubos cônicos de centrifuga e identificar com o número do registro;
- Homogeneizar a amostra e transferir para o tubo da centrifuga 12ml, de modo que, ao final, os tubos da centrifuga contenham o mesmo volume (estejam equilibrados);
- Centrifugar as amostras por 5 minutos a 1.500 rpm (coloque no ponto 3 da centrífuga);
- Retirar os tubos e transferi-los, em ordem numérica para uma galeria;
- Descartar o sobrenadante invertendo os tubos delicadamente na pia com água corrente, de modo a deixar uma pequena quantida de urina (aproximadamente 0,5ml) e devolve-los à galeria na mesma ordem;
- Ressuspender o sedimento por leve agitação (toque no fundo do tubo);
- Limpar as lâminas e lamínulas com gaze seca e acrescentar uma gota do ressuspendido na lâmina, cobrindo-a com a lamínula. A gota não deve transbordar a lamínula. Não é permitido enxugar o excesso de urina que, porventura, tenha transbordado. Neste caso repetir a operação.

Análise Microscópica do Sedimento Urinário

- A maneira de se examinar o sedimento no microscópio deve ser padronizada, quanto a quantidade de campos observados e critérios adotados para os resultados, a fim de que os resultados semelhantes sejam obtidos mesmo quando o exame for executado por diferentes analistas;
- Ao microscópio (utiliza-lo sem luvas), diminuir a intensidade da luz e baixar o condensador (alguns elementos figurados têm o mesmo índice de refrigência da urina e só são vistos com pouca luz constante de focalização);
- Em objetiva 10x, percorrer as bordas da lamínula por 10 campos de pequeno aumento (CPA) e buscar uma visão geral do sedimento, percorrendo alguns campos no centro da lamínula (os cilindros se localizam preferencialmente nas bordas). Passar para grande aumento, se necessário;
- Caso sejam observados cilindros, o resultado a ser transcrito para o mapa de trabalho deve ser a média dos campos observados e deverá ser expresso conforme os padrões definidos;
- Registrar no mapa de trabalho a média de cilindros encontrados em dez campos de pequeno aumento identificando qual(is) o(os) tipo(s) encontrado(s) – cilindros granulosos (finos ou largos), hemáticos, leucocitários, hialinos e céreos;
- Passar para objetiva 40x (campos de grande aumento – CGA);
- Percorrer a extensão da lamínula, observando um mínimo de 10 campos de grande aumento (CGA) e anotar os resultados obtidos em conformidade com as instruções nos próximos itens;
- Para hemácias e leucócitos, os resultados deverão ser expressos em números absolutos, respeitando a média de 10 campos de grande aumento observados, conforme exemplo: hemácias ou leucócitos por CGA. Caso seja observado número pequeno de hemácias e leucócitos em toda a extensão da lâmina, liberar o resultado como raros(as);
- Valores médios acima de 40 por campo devem ser transcritos como "incontáveis";

- Para células epiteliais, os resultados receberão o seguinte tratamento:
    1. Raros(as) – se vistos de 1 a 3 elementos por campo de grande aumento (CGA);
    2. Alguns(as) – se vistos de 4 a 10 elementos podr CGA;
    3. Numerosos – se vistos acima de 10 elementos por CGA;

- Os resultados para bactérias será:
    1. Raras – se estimadas até 10
    2. Algumas – se estimadas entre 11 e 30
    3. Numerosas – se estimada acima de 30

- Para material amorfo, cristais e leveduras, informar a presença e relatar a quantidade, conforme segue abaixo:
    1. Raros(as) – se vistos de 1 a 3 elementos por CGA;
    2. Alguns(as) – se vistos de 4 a 10 elementos por CGA;
    3. Freqüentes – se vistos acima de 10 elementos por CGA

- Para parasitas intestinais, Trichomonas Vaginalis, filamentos de muco e espermatozóides (somente em urina de homens) devem ser informados no laudo apenas a sua presença;
- Os tipos de cristais observados (urina ácida – ácido úrico, uratos amorfos, oxalato de cálcio –urina alcalina – fosfato triplo, fosfatos amorfos, fosfato de cálcio, carbonatos de cálcio – e cristais de medicamentos) devem ser referidos e citados no mapa de trabalho seguindo a classificação: "Raros cristais de oxalato de cálcio por CGA";
- Ao final do exame, o analista deverá transcrever os achados no mapa de trabalho identificando-se apondo seu nome na extremidade superior direita ao mapa de trabalho. Caso haja dificuldade para identificar os elementos figurados da urina, pode ser utilizado o corante de eosina, colocando uma gota do corante no sedimento antes de ser homogeneizado;
- Ao final da análise, limpar o microscópio com gaze seca. Retirar os pinos da tomada e cobri-los adequadamente com a capa;
- Levar os tubos usados até a pia de lavagem;
- Limpar a área de trabalho com desinfetante.

Validação dos Resultados

O cruzamento de dados entre os exames físico, químico e microscópico da urina é indispensável para que o sumário de urina seja realizado dentro de um eficiente controle de qualidade. Permite também um diagnostico presuntivo da patologia que pode estar associado a determinadas caracteristicas encontradas no sumário de urina e dá segurança ao analista quando da liberação dos resultados.

Tabela de Correlações

COR	ASPECTO	QUÍMICA	MICROSCOPIA	PATOLOGIA ASSOCIADA
Acastanhada	Espuma amarela	Bilirrubina (+) (*)	-x-	Hepatite, colestase
Vermelha	Turvo	Hemoglobina (+)	Hemácias presentes por CGA	Glomenrulonefrite, lesão vascular
Vermelha	límpido	Hemoglobina (+)	Hemácias ausentes	Doença hemolítica, infecções
Normal	turvo	Nitrito, densidade elevada, proteína (+) pH	Bacteriúria e piúria	Infecção do trato urinário
Normal	turvo	Densidade elevada, glicose (+), proteínas (+) ou (-)	Normal ou presença de leveduras	Diabetes Melintus
Normal	Turvo	pH elevado	Cristalúria com presença de fosfatos triplos e fosfatos amorfos	I, -x-, I
Normal	Turvo	pH ácido	Cristalúria com	-x-

			presença de uratos amorfos, ácido úrico e oxalato de cálcio	

3168

Observação: o sinal (+) usado na tabela indica apenas a positividade, não tendo relação de positividade fraca (uma cruz).

Exame Físico

- Coloração: a cor da urina varia a quase ausência, até acastanhada devido a reações metabólicas, atividade física, alimentação e variações patológicas. A tabela abaixo exemplifica:

COLORAÇÃO	ASSOCIAÇÃO
Amarelo pálido	Elevação da densidade e glicose na urina
Âmbar	Desidratação, febre e queimaduras
Laranja	Bilirrubina, (espuma amarela ingestão de cenoura, vitamina A, piridina)
Amarelo esverdeado	Bilirrubina, ingestão de ruibarbo
Verde	Infecção por pseudômonas
Azul-esverdeada	Ingestão de amitriptilina, azul-de-metileno, fenol
Rosa/vermelha	Hemácias, hemoglobina, ingestão de beterraba, ruibarbo
Acastanhada	Hemácias oxidadas (meta-hemoglobina), melanina, ingestão de metildopa ou metronidazol

- A densidade urinaria é influenciada pela quantidade de soluto e/ou pelo numero de partículas presentes e pelo tamanho delas. Pode ser medida através do urodensimetro, refratômetro e através de reação na fita (neste caso, faz parte do exame químico da urina). A densidade das amostras colhidas ao acaso varia de 1.001 até 1035 a depender do estado de hidratação do individuo, sua alimentação, realização de exercícios. A maioria delas situa-se entre 1.015 e 1.025. no entanto, a densidade pode estar aumentada pela presença de elementos figurados ou células na urina, que deverão estar correlacionadas com o exame microscópico de sedimento urinário.

Exame Químico

- As tiras reagentes são a técnica mais amplamente usada na detecção de substâncias químicas na urina. Os testes são realizados mergulhando rapidamente as tiras em uma amostra de urina recente, homogeneizada. As mudanças de cor das almofadas de reagentes devem ser comparadas visualmente com a cor da escala fornecida junto com as tiras.
- **pH** - pH é a medida do grau de acidez ou alcalinidade da urina. Um pH abaixo de 7 indica urina ácida. Acima disto indica urina alcalina. Normalmente a urina é acida.
- **Proteínas** - A condição na qual uma quantidade de proteínas na urina está aumentada é chamada proteinúria. Esse é um importante indicador de doença renal, mas também pode ser causado por outras condições, como infecção do trato urinário. A zona reativa para albumina contém um tampão e um indicador amarelo (octabromofenol sulfoftaleína) que em presença da albumina vira para verde azulado. Esta área é menos sensível para outras proteínas de baixo peso molecular (como proteínas de Bence-Jones). As amostras que não atingirem a intensidade de cor de 30 mg/dl devem ser consideradas como normais. As intensidades de cor que se forma nas reações correspondem em mg/dl às seguintes concentrações: neg., 30, 100, 500.
- **Glicose** - A presença de glicose detectável na urina é chamada glicosúria, o que indica que a glicose sanguinea ultrapassou o limiar renal. A intensidade da cor formada é proporcional à concentração de glicose. A análise da glicose é realizada enzimaticamente com a glicose-oxidase (GOD), peroxidase (POD) e um cromógeno. A intensidade de cor formada na reação depende da concentração de glicose existente. Esta área reativa não é sensível a outros açúcares. Valores até 30 mg/dl são considerados normais. A área reativa começa a dar resultados positivos acima de 50 mg/dl. As variações cromáticas indicam as seguintes concentrações de glicose: 0 (normal), 50 (+), 150 (++), 500 (+++), 1000 (++++) mg/dl.
- **Cetona** - Quando o organismo metaboliza gorduras de forma incompleta, são excretadas cetonas na urina, uma condição chamada cetonúria. A cetonúria pode estar presente em diabetes sem controle, desnutrição ou jejum prolongado. O ácido acetoacético reage com a tira de forma mais

sensível que a acetona. São indicados valores superiores a 5 mg de ácido acetoacético ou de 50 mg de acetona/dl de urina. Uma cetonúria fisiológica (+/- 2 mg/dl) não é indicada. As colorações obtidas indicam as seguintes concentraçòes de ácido acetoacético em mg/dl: 0 (neg), 25 (+), 100 (++), 300 (+++). Esta área reativa contém glicina e nitroprusiato de sódio em tampão alcalino. A presença de metilcetonas produz nas áreas reativas uma coloração violeta.

- **Bilirrubinas** - A bilirrubina é um produto da degradação da hemoglobina. Quando está presente na urina, pode ser um indicativo de doença hepática, obstrução do conduto biliar ou hepatite. Sangue (hemoglobina) - A presença de sangue na urina pode indicar infecção do trato urinário ou sangramento nos rins. A bilirrubina é detectada através de uma reação de acoplamento com 2,4-diclorobenzeno-diazônio-tetrafluorborato. Esta reação produz na área reativa uma coloração rósea. A cor amarela indica uma reação negativa. O teste detecta valores superiores à 0,5 mg/dl de urina e as intensidades de cor que se formam na reação indicam as seguintes concentrações em mg/dl: 0 (neg), 1 (+), 2 (++), 4 (+++).
- **Urobilinogênio** - é um produto da degradação da bilirrubina. Ele pode estar aumentado em doenças hepáticas ou doença hemolítica. O princípio da reação para urobilinogênio é semelhante à bilirrubina. A substância usada para a reação é o 3,2'-dinistro-4-fluoro-4'-diazônio-difenil-tetrafluorborato, e também produz uma coloração rosea na área reativa correspondente. Concentrações acima de 1 mg/dl de urina são dosadas nesta área reativa, já que 1 mg/dl é considerado como o limite superior do normal. Valores superiores estão dentro da faixa patológica. As zonas cromáticas correspondem às seguintes concentrações de urobilinogênio: normal, 2, 4, 8, 12 mg/dl.
- **Nitrito** - As bactérias Gram negativas produzem enzimas que convertem os nitratos urinários em nitritos. O teste positivo de nitrito é indicativo de possível infecção bacteriana do trato urinário. Nesta área a tira reativa está impregnada com uma amina (ácido p-arsenilico), um acoplador (naftil-etilenodiamina) e um tampão. O nitrito reage com a amina, forma um composto diazóico o qual liga-se co acoplador produzindo uma coloração rósea. Esta área reflete valores a partir de 0,05 à 0,1 mg nitrito/dl urina, através de uma coloração fracamente rosa, correspondendo a aproximadamente 100.000 bactérias/ml urina, não diagnosticando o número considerado normal (10.000/ml).
- **Leucócitos** - a presença de leucócitos na urina pode indicar infecção ou inflamação. Leucócitos granulócitos na urina contêm esterases que hidrolisa um ácido do éster indozylcarbônico; então reage com o sal diazonium formando uma cor púrpura. O teste não é afetado por eritrócitos acima de 10.000/microl ou por bactérias comuns na urina. Não se deve utilizar frascos de coleta que tenham sido recipientes de materiais oxidantes e de formaldeídos. Em 90% de urinas testadas deram positivas concentrações com +/- 20 leucócitos/microl. Uma cor rosa pode ser considerada clinicamente significante.
- **Ácido ascórbico**: O fundamento analítico do ácido ascórbico é a descoloração do reativo de Tillmann (2,6 dicloro-fenolindofenol). Em presença de ácido ascórbico a cor da área reativa muda para uma coloração cinza-azulada ou laranja. A dosagem começa com um valor mínimo de 5 mg/dl e as colorações obtidas após a reação indicam as seguintes concentrações em mg/dl: 0 (neg), 10 (+), 20 (++).
- **Sangue**: A zona reativa para sangue contém um tampão, um peróxido orgânico e um cromógeno. Pela ação de peroxidase da hemoglobina e da mioglobina ocorre uma mudança de cor no campo da reação, de amarelo para verde. Essa zona reativa indica valores desde +/- 5 eritrócitos/ microl de urina o que corresponde aproximadamente 0,015 mg de hemoglobina ou mioglobina/dl de urina. As variações cromáticas puntiformes da zona reativa indicam a presença de eritrócitos intactos na urina. Hematúrias fisiológicas de até 3 eritrócitos/microl de urina não são detectadas. As variações cromáticas correspondem às seguintes concentrações de hemoglobinas em mg/dl: 0 (neg); 0,03 (+); 0,2 (++); 1,0 (+++).

Significado Clínico

BILIRRUBINA: A bilirrubina é o produto do catabolismo da hemoglobina liberada pela lise fisiológica dos glóbulos vermelhos. É carregada pela albumina do sangue para o fígado, onde é conjugada com o ácido glicurônico pelos hepatócitos. Daí ela passa ao intestino, onde é reduzida à urobilinogênio, sendo uma parte reabsorvida e outra excretada pelas fezes. Em consequência dessa circulação enterohepática o urobilinogênio aparece na circulação sangüínea em níveis baixos. Na urina de pessoas normais o urobilinogênio é excretado em baixas quantidades e a bilirrubina não é detectável. Em alguns casos patológicos onde houve excesso de produção de bilirrubina (icterícia hemolítica), obstruções extra-hepáticas na circulação biliar (carcinoma de cabeça de pâncreas, litíase biliar), danos hepatocelulares, hepatites, etc., poderemos ter aumento de excreção de urobilinogênio bem como do aparecimento da bilirrubina na urina, cuja quantidade vai depender do grau de disfunção ou danos causados.

CORPOS CETÔNICOS: O corpo humano normalmente metaboliza toda a gordura em CO2 e H20. Porém quando houver distúrbios no metabolismo dos carboidratos o organismo passa a metabolizar os ácidos graxos em grande quantidade liberando para a circulação produtos desse metabolismo que são os corpos cetônicos (ácido acetoacético, acetona e ácido hidroxibutírico), os quais são eliminados na urina, onde normalmente não são encontrados.

SANGUE: A detecção de sangue na urina é um sério sintoma que pode indicar várias doenças como tumor renal ou de bexiga, nefrolitíases, nefrites glomerulonefrites, cistite hemorrágica, etc.

VALOR DE pH: Serve como um campo adicional de segurança, pois na identificação de proteinúria ajuda a detectar interferências causadas pela urina alcalina. Além disso, em casos repetitivos de valores alcalinos, pode indicar a presença de uma infecção renal.

NITRITO: Nas infecções renais a maioria das bactérias patogênicas como E. Coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus, etc., reduzem nitrito à nitrato. O achado do nitrito, então, mostra indiretamente uma infecção no trato urinário, que se tratada precocemente evita a proliferação da infecção para os rins. Essa infecção dos rins pode levar a uma destruição progressiva do tecido renal, com insuficiência crônica, pielonefrites, etc. Os testes identificam esses processos em estágios precoces do ponto de vista terapêutico disponível. Hoje em dia o diagnóstico precoce é a melhor maneira de assegurar a cura.

LEUCÓCITOS: Urinas normais não produzem cor. Alguns resultados positivos são encontrados em mulheres com algumas infecção vaginal. Infecções renais, uretrais, prostáticas ou infecções produzidas por gonococcus também podem originar resultados positivos.

DOENÇAS RENAIS

Resultados de urinálises anormais podem ser vistos em desordens do trato urinário ou quando doenças em outras partes do corpo afetam a função renal ou composição da urina.
A urina armazenada na bexiga é normalmente estéril. As infecções do trato urinário (ITU) mais comuns ocorrem na uretra. Se deixadas sem tratamento, a infecção pode ascender à bexiga, causando cistite. Em casos severos, o rim pode ficar envolvido. Pielonefrite é uma inflamação da pélvis renal, usualmente causadas por bactérias. As doenças renais podem resultar em acúmulo de produtos tóxicos no sangue, como uréia, ácido úrico e creatinina. Um rim sadio é suficiente para as funções vitais. Isto faz possível que uma pessoa viva possa doar um rim para transplante para um paciente com doença renal incurável. Algumas doenças que podem causar resultados de urinálises anormais incluem diabetes mellitus, hipertensão, arterioslcerose e doenças auto-imunes, como lúpus eritematoso.. Muitos testes podem ser feitos na urina, alguns são simples e rápidos enquanto outros são complexos e demorados.

Exame microscópico do sedimento urinário

Componentes do sedimento Urinário

1. CÉLULAS SANGÜINEAS : Hemácias e leucócitos. A presença de grande quantidade de hemácias na urina é chamada de hematúria. A presença de raras hemácias é considerado normal. A presença de grande quantidade de leucócitos na urina é chamada de piúria. Até 8 piócitos por campo é considerado normal. A presença de hemácias em grande quantidade na urina pode acontecer em infecções do trato urinário, traumatismos, hemorragias de diversas origens, alguns tipos de câncer , estados inflamatórios e doenças renais. A presença de grande quantidade de leucócitos na urina pode acontecer em infecções do trato urinário, inflamações de diversas origens, doenças renais, alguns tipos de câncer, alguns tipos de DST e outras.
2. CÉLULAS EPITELIAIS : As células epiteliais são constantemente descamadas do revestimento interno do trato urinário. As células do epitélio vaginal e uretral aparecem grandes, planas , com núcleo distinto e grande citoplasma. Células menos comuns no sedimento urinário são as da bexiga e túbulo renal. As do túbulo renal podem ser indicadoras de doença renal.
3. MICROORGANISMOS : Os microorganismos que podem ser encontrados no sedimento urinário são principalmente: bactérias, leveduras e protozoários.
· Bactérias - podem aparecer todos os constituintes da morfologia bacteriana.
· Leveduras - São de tamanho menor que as hemácias, porém são muito similares a estas. As leveduras são ovóides e podem ser observadas em brotação ou cadeia (hifas). A mais comumente encontrada no sedimento urinário é a Candida albicans.

· Protozoários - Os protozoários do tipo Trichomonas são os mais comumente encontrados no sedimento urinário. È um protozoário flagelado transmitido sexualmente que provoca infecção do trato urinário e pode levar à infecção de vias superiores quando não tratada. Existem 2 tipos principais de Trichomonas: vaginalis e hominis. Porém devido à extrema semelhança entre estes dois tipos, não é possível distingui-las ao microscópio, por isto utilizamos o termo "presença de Trichomonas sp".
· Espermatozóides - São ocasionalmente observados em amostras de urina. São facilmente reconhecidos devido à sua morfologia característica. Somente devem ser mencionados em urinas masculinas, caso contrário, não mencionar a presença.
5. CILINDROS : são formados quando a proteína se acumula e precipita nos túbulos renais e são levados pela urina. A presença de cilindros na urina pode indicar doença renal. Os cilindros são classificados conforme o material incluso neles.
6. CRISTAIS : uma grande variedade de cristais pode ser encontrada na urina. A formação de cristais é influenciada pelo pH , densidade e temperatura da urina. Ainda que a maioria dos cristais não tenha significado clínico, existem alguns cristais que aparecem na urina por causa de alguma desordem metabólica.
· CRISTAIS DE URINA ÁCIDA (NORMAL) - Uratos amorfos, ácido úrico, oxalato de cálcio.
· CRISTAIS DE URINA ALCALINA (NORMAL) - fosfatos amorfos,. Fosfato triplo, carbonato de cálcio.
· CRISTAIS DE URINA ANORMAL - Cistina, leucina , tirosina, colesterol e sulfonamidas.
7. OUTRAS SUBSTÂNCIAS NA URINA : Filamentos de muco (do revestimento do sistema urinário) e substâncias classificadas como artefatos ou contaminantes (fibras, fios de cabelo, grãos de amido, pó de talco e gotículas de óleo) podem às vezes aparecer no sedimento urinário.

PREPARANDO A URINA PARA A MICROSCOPIA

Para obter o sedimento da urina é preciso colocar em tubo cônico ou tubo apropriado para urina cerca de 10mL de urina previamente homogeneizada. Centrifugar a uma velocidade de 1.500 a 2.000 rpm durante 5 minutos. O sobrenadante deve ser então desprezado, pois utilizamos para a análise somente o sedimento.

VALORES DE REFERÊNCIA

· Hemácias raras
· Leucócitos de 0 a 8/campo
· Células epiteliais até 6/campo (maior quantidade nas mulheres)
· Cilindros Hialinos ocasionais
· Bactérias raras
· Muco escasso a (+)
· Cristais dependendo do tipo e da quantidade.

Tipos de cilindro:

Cilindro hialino: ate 1 a cada 2 campos, pode ser normal, formado por "gel de proteína". Grande quantidade aparece na glomerulonefrite, pielonefrite, doença renal crônica, ICC.

Cilindro hemático: contem hemácias em seu interior, significa sangramento no interior do nefron que ocorre em G.N e lesão de túbulos ou capilares renais. Cilindros leucocitários: contem leucócitos em seu interior, significa infecção e/ou inflamação no interior do nefron. Ex: GN e pielo.

Cilindros epiteliais: contem células epiteliais renais.

Cilindros granulosos finos e grosseiros: contem grânulos, provenientes de restos leucocitários, bactérias, etc.

Cilindros cereos: estagio avançado do cilindro hialino, devido a grande liberação de proteína, inclusive em placas. Refringentes e rígidos.

Cilindros adiposos: contem corpos adiposos ovais, provenientes da decomposição dos cilindros celulares de células que contem corpos adiposos, devido a absorção de lipídeos pelos túbulos. Muito refringentes com gotículas de gordura.

Cilindro largos: formados nos tubos coletores, são mais largos, significa uma diminuição do fluxo urinário. Mau prognostico "cilindro da insuficiência renal".

Bactérias
A urina não deve conter bactérias, sua presença em urina recém emitidas e colhidas com assepsia, significa infecção. É importante sua relação com os leucócitos e outros elementos da urina tipo I.

Leveduras
Normalmente é a cândida albicans, comum em diabéticos e moniliase vaginal (por contaminação).

Parasitos
Aparecem por contaminação fecal (oxiurus) ou vaginal (trichomonas).

Muco
Material protéico proveniente de glândulas e celulas do trato, aparecem em "filamentos de muco". Sem grande importância clinica, em excesso, pode significar processo irritativo.

Cristais
São formados por precipitações dos sais da urina por alterações na concentração, na temperatura e no ph da urina. Podem formar cálculos renais. A refrigeração da urina precipita a formação de cristais. São divididos em 2 grupos: a) cristais de urina acida e neutra. B) cristais de urina alcalina.

Cristais de urina acida: AC úrico = comum, refrigeração, gota. Urato amorfo. Urato de sódio. Oxalato de cálcio (vit C). cistina = cistinuria. Leucina (doença hepática cirrose). Tirosina. Colesterol.

Cristais de urina alcalina: fosfato triplo. Fosfato amorfo. Carbonato de cálcio. Biurato de amônio. Bilirrubina.

5. ANEXOS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.1
		Emissão 31/3
Recomendações Gerais para o Funcionamento do Laboratório		No: Data:

1. NORMAS DE COLHEITA DE AMOSTRAS.

1.1. "A colheita da amostra constitui a primeira fase da análise do produto".

1.2. Dentro do conceito de que a análise começa com a colheita da amostra, o serviço de colheita deve estar bem integrado com o laboratório, devendo haver sincronismo entre a remessa e a capacidade do laboratório em executar as análises.

1.3. As amostras para exames físico-químicos deverão ser enviadas separadas daquelas destinadas a exame microbiológico.

1.4. Sempre que possível, tais amostras devem ser enviadas em sua embalagem original, para evitar modificações em suas características originais. Quando tal procedimento for inviável, em função do volume mínimo disponível para colheita, aceitar-se-á o fracionamento pela pessoa que a efetuar, desde que o mesmo seja realizado em condições adequadas, cabendo nesse caso, ao fracionador da amostra, toda a responsabilidade pela modificação das características iniciais do produto.

1.5. As amostras para exames físico-químico deverão ser acondicionadas em recipientes limpos e íntegros (sem perfurações, rachaduras, etc.) na quantidade mínima de 500 (quinhentos) gramas. Quando o peso unitário não atingir o mínimo aqui estabelecido, deverão ser colhidas tantas unidades quantas necessárias para se obter aquele quantitativo. Neste caso, cuidados especiais são necessários para que todas as unidades pertençam ao mesmo lote, partida, data de fabricação, etc., a fim de serem mantidas as características de homogeneidade da amostra.

1.6. Em casos especiais, a amostra poderá ser acompanhada de relatório adicional, contendo informações que possam auxiliar o analista na condução do seu trabalho.

1.7. Somente serão aceitas pelo laboratório as amostras que vierem acompanhadas de indicação precisa do (s) tipo (s) de exame (s) a ser (em) realizados.

1.8. Depois de colhidas, as amostras deverão ser acondicionadas adequadamente, para evitar qualquer alteração nas mesmas até sua chegada ao laboratório. Assim, as amostras de produtos facilmente alteráveis deverão ser acondicionadas em recipientes isotérmicos, e acompanhadas de gelo ou outra substância refrigerante, cuidando-se sempre para que não haja contatos deste com a amostra.

1.9. Providências especiais deverão ser tomadas para que o tempo decorrido entre a colheita da amostra e sua chegada ao laboratório seja o mais breve possível, recomendando-se que seja evitada a utilização de mecanismos que impliquem em estocagem intermediária entre o ponto de colheita e o laboratório.

1.10. Somente serão aceitas para análise, amostras que houverem sido acondicionadas em embalagem lacrada pela pessoa que efetuou a colheita, sugerindo-se, para tal, a utilização de lacre ou outro tipo de fechamento hermético, que não possa ser violado sem que se torne evidente. Tal providência se faz necessária para evitar a substituição ou adulteração da amostra entre o ponto de colheita e o laboratório, com reflexos no resultado da análise.

1.11. Todas as amostras que chegarem ao laboratório em condições diferentes das aqui preconizadas, serão recusadas, cabendo ao laboratório notificar, à pessoa que realizou a colheita, as razões da não aceitação.

2. NORMAS TÉCNICAS DE FUNCIONAMENTO DOS LABORATÓRIOS

2.1. LIMPEZA

2.1.1. Todo material de laboratório deve ser impecavelmente limpo, para que não haja influência de resíduos das análises anteriores nas posteriores. Esses resíduos devem ser solúveis em água, ácidos, bases, solventes orgânicos ou em mistura sulfocrômica.

2.1.2. Nunca usar um recipiente ou aparelho qualquer duas vezes, sem lavá-lo antes, mesmo que ele venha a conter a mesma substância.

2.1.3. É conveniente sempre usar escova, para a limpeza perfeita do material.

Depois de limpos, devem ser enxaguados com água corrente, 3 a 4 vezes, depois com água destilada, também 3 a 4 vezes e secados em estufa.

2.1.4. Depois de limpos e secos devem ser guardados nos respectivos lugares, evitando sempre o contato manual quando são vidros de análises. Os materiais depois de limpos devem ser tampado com algodão para

evitar que poeiras penetrem dentro dos frascos prejudicando as análises.
2.1.5. Na limpeza de materiais de vidro difíceis de serem limpos com solventes orgânicos, usa-se mistura sulfocrômica que limpa o resíduo por oxidação. A mistura sulfocrômica é preparada com bicromato de potássio e ácido sulfúrico, da seguinte maneira: Dissolve-se 100 g de bicromato de potássio em quantidade mínima de água e completa-se o volume até 1000ml com ácido sulfúrico concentrado. Deve-se conservar a solução em vidro escuro, provido de rolha esmerilhada. Deve-se limpar o material com a mistura sulfocrômica e em seguida enxaguar com água várias vezes, depois passar água destilada e secar em estufa. Na falta de mistura sulfocrômica usa-se HCℓ concentrado. Devido à sua alta reatividade, na manipulação e preparo da mistura sulfocrômica devem ser observados:
a) O uso de luvas de borracha.
b) Dissolver o bicromato em água e depois adicionar o ácido, cuidadosamente, para evitar respingar, sob contínua agitação.
c) Não fazer esta agitação â velocidade elevada; deve ser sempre lenta para evitar espargimento.
d) A solução quando nova ou ativa tem cor castanho avermelhado, com o tempo e uso torna-se esverdeada, devendo ser substituída.
e) Para jogar a mistura fora, deve-se abrir a torneira da pia antes de derramá-la e então despejá-la aos poucos e espaçadamente.
2.1.6. Para limpeza de materiais de vidro de diâmetro pequeno, tais como pipetas, pode-se encher uma proveta grande (1000ml) e colocar as pipetas dentro,
com o bico para cima, no fundo da proveta deve-se colocar uma esponja de nylon para amortecer a batida com o fundo da proveta.
2.1.7. O laboratório deve estar sempre limpo, evitando-se acúmulo de vidros e outros objetos de uso sobre as mesas e pias.
2.1.8. As amostras devem ser guardadas em armários próprios, arrumadas de tal modo que se torne fácil a localização de qualquer uma delas em determinado momento.
2.1.9. As gavetas devem ser constantemente arrumadas evitando-se acúmulo
de materiais desnecessários e fora de uso que deverão ser encaminhados à oficina ou almoxarifado.
2.1.10. As pastas individuais de resultados analíticos devem ficar em lugar próprio, de fácil localização para evitar-se que se extraviem, sendo de inteira responsabilidade do analista ao qual pertence.

2.2. REGRAS DE SEGURANÇA
2.2.1. Não trabalhar com material imperfeito, principalmente vidros que tenham arestas cortantes. Todo material quebrado deverá ser desprezado.
2.2.2. Sempre adicione ácidos à água, nunca água à ácidos.
2.2.3. Não retornar os reagentes aos vidros primitivos, mesmo que não tenham sido usados, coloque os sólidos em um recipiente especial para refugos químicos. Os líquidos, quando não forem inflamáveis, podem ser despejados na pia, com bastante água corrente.
2.2.4. Lubrificar os tubos de vidro, termômetros etc..., antes de inseri-los em uma rolha. Proteger as mãos com luvas apropriadas ou enrolar a peça de vidro em uma toalha, nesta operação.
2.2.5. Ter muita cautela quando for testar um produto químico por odor; não coloque o produto ou frasco diretamente sob o nariz.
2.2.6. Utilizar a capela sempre que for trabalhar uma reação que liberte fumos venenosos ou irritantes.
2.2.7. Nunca deixe sem atenção qualquer operação onde haja aquecimento ou que reaja violentamente.
2.2.8. Improvisações são o primeiro passo a um acidente. Use material adequado.
2.2.9. Feche com cuidado as torneiras de gás, evitando o seu escape.
2.2.10. Não deixar sobre a mesa, vidro quente, pois podem pegá-lo
inadvertidamente.
2.2.11. Não trabalhar.com inflamáveis perto dos bicos de gases acesos ou resistências elétricas ligadas.
2.2.12. Nunca trabalhar ou aquecer tubos de ensaio com a abertura dirigida contra si ou outrem. Dirija-o para dentro da capela.
2.2.13. Não aquecer reagentes em sistemas fechados.
2.2.14. Nunca fumar dentro de um laboratório.
2.2.15. Ligar o exaustor toda vez que houver escape de vapores ou gases no laboratório.
2.2.16. Antes de proceder, uma reação da qual não saiba totalmente os resultados, faça uma, em escala, na capela.
2.2.17. Ter completa consciência da localização do chuveiro de emergência, lavadores de olhos e extintores, sabendo como usá-los corretamente.
2.2.18. Não pipetar líquidos cáusticos ou venenosos com a boca. Usar aparelhos apropriados.
2.2.19. Em qualquer momento esteja consciente do que estiver fazendo.
2.2.20. Após trabalhar com material tóxico, devemos limpar esmeradamente as mãos, o local de trabalho e os materiais.

2.3. ACIDENTES

2.3.1. Qualquer acidente deve ser comunicado ao responsável pelo laboratório.
2.3.2. Corte ou ferimento mesmo leve, deve ser desinfetado e coberto.
2.3.3. Queimaduras com fogo ou material quente deve ser tratado com pomada apropriada (Picrato de Butesin) ou Ácido Pícrico.
2.3.4. Queimaduras com ácido devem ser lavadas com muita água e em seguida com solução de Bicarbonato de Sódio.
2.3.5. Queimaduras! com bases, devem ser lavadas com muita água, e em seguida com uma solução de 2% de ácido bórico ou acético.
2.3.6. Queimaduras com fenol devem ser lavadas com muito álcool.
2.3.7. Intoxicação com ácidos, tomar bastante leite e consultar um médico.
2.3.8. Intoxicação com sais, idem ao item anterior.
2.3.9. Intoxicação com gases ou vapores, respirar ar puro e consultar um médico.
2.3.10. Nunca devemos perder a calma dentro de um laboratório.

2.4. CUIDADOS GERAIS DE LABORATORIOS

Para evitar acidentes, devemos observar as seguintes instruções:
2.4.1. Manter sempre limpo o local de trabalho, evitando obstáculos inúteis que possam dificultar as análises.
2.4.2. Nunca esquecer líquidos inflamáveis diretamente na chama do Bico de Bunsen; use para isso chapas elétricas.
2.4.3. Os recipientes contendo líquidos, quando se inflamam devem ser cobertos com vidros de relógio, cápsula de porcelana ou outro objeto qualquer, para que seja impedida a entrada de ar, apagando-se deste modo o fogo.
2.4.4. É inútil jogar água em fogo produzido por líquidos inflamáveis que não são solúveis em água. Apague o fogo com extintores.
2.4.5. Nunca use extintores de líquidos em circuitos elétricos, use sempre o extintor de CO2.
2.4.6. Nunca feche hermeticamente os aparelhos ou recipientes onde há o desprendimento de gases.
2.4.7. Quando trabalharmos com papel de filtro de análise quantitativa devemos limpar as mãos muito bem, para evitarmos erros de análises.

2.5. CUIDADOS COM A BALANÇA

2.5.1. As balanças analíticas nunca devem ficar em uma posição tal, que sofram a influência de vibrações e correntes de ar.
2.5.2. Só podemos destravar a balança para verificar de passagem, quando a porta da mesma estiver fechada, para evitar a ação das variações externas (ventos, respiração do operador, etc).
2.5.3. Para destravar uma balança, é necessário operar com o máximo cuidado, evitando assim atritos e pancadas nos pratos da balança, que podem provocar diferença na sensibilidade.
2.5.4. Todos os materiais colocados na balança para serem pesados devem ser previamente tarados, evitando sempre o contato manual; para isso existem pinças especiais.
2.5.5. Todas as anotações de pesagem devem ser feitas no rascunho para evitar erros de cálculos.

2.6. CUIDADOS QUE O ANALISTA DEVE TOMAR PARA OBTENÇÃO DE RESULTADOS MAIS PRECISOS

2.6.1. As amostras e sub-amostras devem ser representativas do lote do alimento que será controlado porque o resultado analítico depende da quantidade de amostragem.
Portanto, a coleta, sub-divisão e homogeneização da amostra deve ser rigorosamente cuidadosa.
2.6.2. Os métodos não trabalhados anteriormente pelo laboratório devem ser testados antes de adotados na rotina.
2.6.3. A repetibilidade do resultado da análise deve ser comprovada mediante trocas de amostras com laboratórios que já tenham experiência com a análise e freqüentes repetições da análise em uma amostra considerada padrão.

2.7. CUIDADOS PESSOAIS

Algumas desta normas são de extrema relevância e devem ser plenamente definidas:
- UNIFORMES: obrigatoriamente protegido com avental de mangas longas, fechado na frente e longo (abaixo dos joelhos).
- CABELOS: permanentemente presos na sua totalidade. Em áreas de controle biológico, o uso do gorro é obrigatório (Laboratório de Cultura, Biologia Molecular, Produção de Componentes Lábeis Sangüíneos, Laboratório de Microbiologia, Isolamento Reverso, Centro Cirúrgico, etc.).
- SAPATOS: exclusivamente fechados . Não deve ser permitido o uso de sandálias dentro de áreas hospitalar e laboratorial.
- JÓIAS E BIJUTERIAS: deve-se usar o mínimo possível. Não se deve usar anéis que contenham reentrâncias, tais como incrustações de pequenos brilhantes ou pedras, assim como não se deve usar pulseiras e colares que possam tocar superfícies de trabalho e/ou pacientes, vidrarias, etc.

- MAQUIAGEM E PERFUME: a maquiagem é uma grande fonte de partículas na área laboratorial e hospitalar, partículas estas que significam perigo ! As maquiagens liberam milhares destas partículas, na maior parte aderentes, pois contêm glicerina, mica, titânio, entre outras coisas. Entre as maquiagens, o excesso de batom e rímel significam, sem dúvidas, um dos maiores problemas, assim como laquê. Os perfumes devem ser evitados em ambientes técnicos por inúmeros motivos: são poluentes ambientais, muitos pacientes têm intolerância a odores, em função de seu estado de saúde e outros em função dos medicamentos que fazem (quimioterapia e radioterapia), e podem impregnar ambientes fechados que contenham filtros em ar condicionado, agravando o estado de saúde de muitos alérgicos.
- UNHAS: devem ser curtas e bem cuidadas. Não podem ultrapassar a "ponta dos dedos". Preferencialmente sem conter esmalte, principalmente nas áreas de isolamento reverso e laboratórios de Cultura Celular. O esmalte libera partículas por micro - fraturas.

O acesso ao laboratório é limitado ou restrito ao pessoal técnico. Não permita a circulação de pacientes ou de quadros administrativos, que não advertidos dos riscos biológicos, podem se contaminar.

Os trabalhos da área técnica devem estar corretamente uniformizados sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção individual - EPIs, no sentido de prevenir a contaminação da pele e da indumentária.

- ROUPAS PROTETORAS: avental exclusivamente de manga longa, permanentemente fechado. Deve ser usado no interior do laboratório, e deve permanecer no vestuário técnico, não devendo ser usado em áreas públicas como: bares, lanchonetes, banco, etc.
- ÓCULOS: devem ser usados para todas as áreas as atividades de risco, como manipulação de produtos biológicos potencialmente contaminados, produtos químicos, além daquelas que portam risco de radiação e/ ou iluminação (uso de óculos especiais em presença de lâmpada U.V.).
- MÁSCARAS: devem ser usadas sempre que manipuladas substâncias químicas como alto teor de evaporação (além de serem manipuladas em capelas de exaustão), e em áreas de alta contaminação com produtos biológicos. As máscaras podem e devem ser usadas também no sentido de não contaminarmos o ambiente (isolamento reverso, centro cirúrgico, etc.).
- LUVAS: obrigatórias na manipulação de qualquer material biológico, e com determinados produtos químicos.

2.8. CONCLUSÃO

Todo e qualquer trabalho a ser desenvolvido dentro de um laboratório apresenta riscos, seja pela ação dos produtos químicos, ou por chama, eletricidade como também pela imprudência do próprio analista, que podem resultar em danos materiais ou acidentes pessoais.

Os conselhos e técnicas aqui apresentados têm a finalidade de alertar aos laboratoristas sobre os perigos que podem encontrar em certas analises e algumas maneiras de evitá-los.

Prevenir acidentes! é o dever de cada um; trabalhe com calma, cautela, dedicação e bom senso, seguindo sempre os conselhos aqui citados.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.2
		Emissão
Principais vidrarias de laboratório		No: Data:

PRINCIPAIS VIDRARIAS DE LABORATÓRIO

Béker - é um recipiente de boca larga, paredes laterais retas, que tem um bico para derramar líquidos. São úteis na estimativa de volume de soluções, na mistura de soluções ou aquecimento com o auxílio de tela de amianto. Não serve para fazer medições exatas e sim volumes aproximados.

Erlenmeyer - tem fundo chato e lados inclinados que gradualmente se aproximam no diâmetro, de modo que a abertura do topo é semelhante à uma garrafa. È usado para conter líquidos, misturar soluções ou medir volumes não exatos.

Balão volumétrico - É um frasco em forma de pêra, usado para fazer medições exatas. Os balões volumétricos são fabricados de acordo com padrões rígidos para conter exatamente um certo volume a uma certa temperatura.

Tubos de ensaio - Os tubos de ensaio tem uma grande variedade de tamanhos e formas e são usados em muitas técnicas de laboratório. Servem como recipientes de sangue, urina ou sôro e muitas vezes as análises são feitas no próprio tubo.

Proveta - Uma proveta é um cilindro graduado, de paredes lisas e retas, com uma base estendida para dar estabilidade. São usadas para fazer medidas não exatas.

Pipetas - São usadas no laboratório para medir e transferir líquidos. Os dois tipos básicos de pipetas são as volumétricas e as graduadas. As volumétricas como o próprio nome diz mede um único volume preciso. As graduadas medem mais de um volume precisos.

Pipeta de Westergreen - Pipeta exclusiva para V.H.S segundo westergreen (2 horas)

Pipeta de Thoma - Para diluir sangue total para contagem de leucócitos, hemácias e plaquetas. Hoje em dia devido à automatização quase não são utilizadas, porém nunca se tornarão obsoletas.

Tubo de Wintrobe - Possui duas utilidades básicas. Para fazer V.H.S segundo Wintrobe e para fazer o macro-hematócrito. Possui duas escalas, uma crescente e uma decrescente, para se fazer as leituras nos próprios tubos. Ainda é bastante utilizado.

Placa de Petri - Para acondicionar meios de cultura em bacteriologia.

Placa escavada - Para realizar V.D.R.L

Existem muitas outras vidrarias, mas nem todas são utilizadas atualmente em laboratório devido ao surgimento da automação em várias áreas do laboratório clínico.

ROTINA DESENVOLVIDA NOS EAS QUE REUTILIZAM VIDRARIAS DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

COMO PROCEDER:

· Manter o(s) balde(s) com SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO A 2,0% no(s) laboratório(s);
· A equipe do laboratório colocará as vidrarias DESTAMPADAS nessa solução;
· Trocar o balde após completar sua capacidade de recebimento;
· Levar o balde para expurgo ou local próprio para lavagem;
· Trocar a SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO A 2,0% do balde e deixar o material nessa solução por 30 minutos, certificando-se de que todas as vidrarias estão imersas na solução.

Após esse de espera, escorrer CUIDADOSAMENTE na pia e imergi-las em SOLUÇÃO DE DETERGENTE

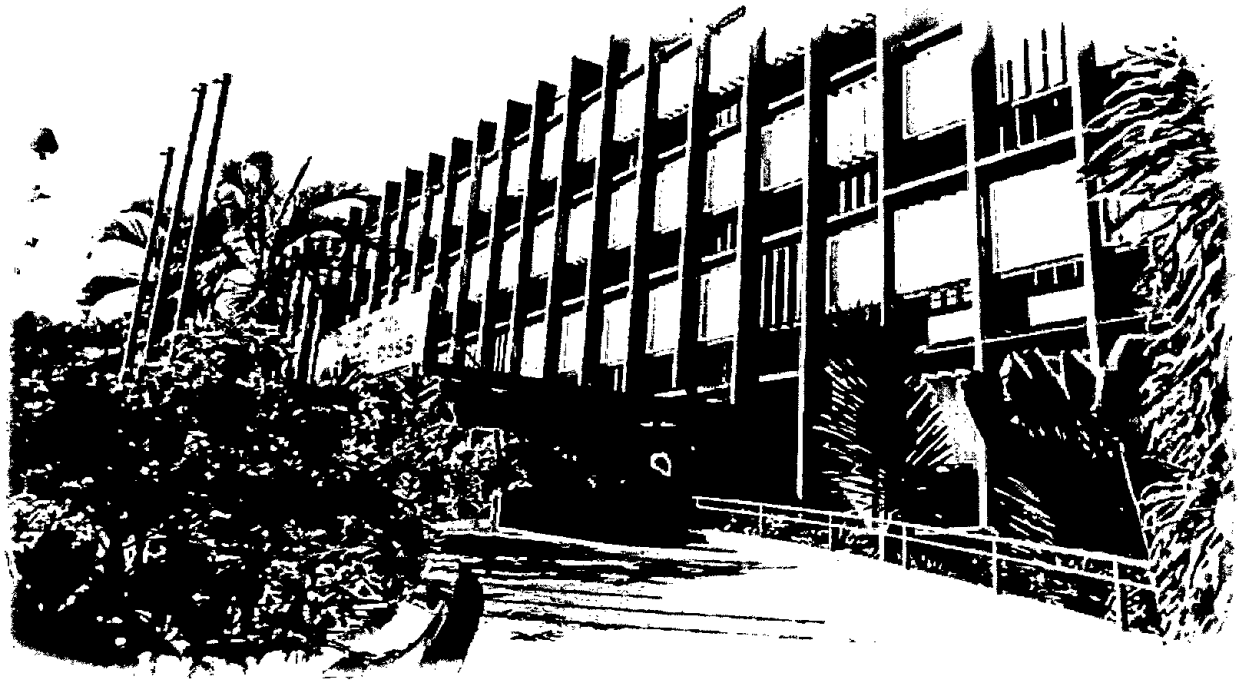
NEUTRO;
- Proceder a lavagem utilizando escova ou esponja, enxaguando abundantemente;
- Lavagem terminal com água destilada;
- Deixar escorrer na bandeja ou local próprio (secagem natural);
- A equipe do laboratório é que realiza o recolhimento e tratamento final

ATENÇÃO:
Os baldes utilizados nesta rotina não são os mesmos que aqueles utilizados na "técnica dos dois baldes". Estes devem ser exclusivos do setor e devidamente identificados como MATERIAL PERIGOSO.
Caso algum resíduo resista a todo esse processo, deixar de molho com SOLUÇÃO DE DETERGENTE NEUTRO e repetir o processo anterior, utilizando sempre o Equipamento de Proteção.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3180
Fls.
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Volume 2

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
7181
Fls
2

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

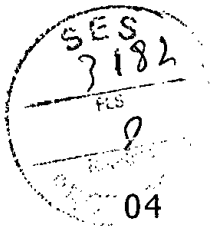
Manual de Normas e Rotinas do Refeitório

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

036752

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO REFEITÓRIO 05

3. ROTINAS DO REFEITÓRIO 06

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços do Refeitório, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

SES 3184

2. NORMAS DO REFEITÓRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Refeitório**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Refeitório**		Revisão
		Nº: / Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

O refeitório funciona de acordo com os horários abaixo:

- Desjejum – das 06:30h às 08h (a partir das 06:30h para distribuição do desjejum e até 07:45h quando encerra a distribuição normal);
- Almoço – das 11:30h às 14h (com intervalo de 20 minutos);
- Jantar – das 19h às 20h;
- Ceia – das 22h às 23h.

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (funcionários, acompanhantes, visitantes, prestadores de serviços, médicos, etc.) que precisarem dos serviços do Refeitório.

Normas

- Todas as reservas para refeições deverão ser feitas até 10 minutos antes de encerrar o horário das refeições;
- A tolerância para as reservas de refeições solicitadas para o desjejum será de 15 minutos, encerrando às 08h;
- O refeitório deverá permanecer fechado para higienização, após a distribuição das refeições;
- O desjejum será servido a todos os funcionários do plantão e aos que se deslocam para Salvador;
- O almoço será servido a todos os funcionários que estão de plantão (8h, 12h e 24h);
- O jantar será servido a todos os funcionários que estão de plantão 24h;
- A ceia será servida a todos os funcionários que estão de 12h no noturno e aos que estão de plantão.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DO REFEITÓRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Refeitório**	POP.1 Emissão
Tarefa: Distribuição do desjejum		Revisão No: Data:

Executante
Copeira

Resultados esperados
Agilizar a distribuição do desjejum para os funcionários.

Recursos Necessários
Mesas, cadeiras, cubas, balcão térmico, pratos e talheres.

Atividades
- Abri o refeitório para o desjejum às 06:30h;
- Encerrar a distribuição do desjejum às 08h;
- Fechar o refeitório para higienização.

Cuidados
- Abrir o refeitório no horário previsto para não atrasar os funcionários que estão no plantão;
- Respeitar os 15 minutos de tolerância para as pessoas que fizeram reserva de desjejum.

Ações em caso de não conformidade
- Se o número de funcionários para o desjejum for muito grande, solicitar ajuda ao auxiliar de cozinha na distribuição das refeições;
- Se algum retardatário chegar no horário de fechar o refeitório, somente permitir a entrada com a autorização da chefia imediata.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES 3186

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Refeitório**	POP.2
		Emissão
Tarefa: Preparação do refeitório para a distribuição do almoço		Revisão
		No: / Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Assegurar que o refeitório estará devidamente higienizado e organizado para a distribuição do almoço dos funcionários.

Recursos Necessários
Balcão térmico, cubas, galheteiros, refresqueira, paliteiros, saleiros, farinheiros, pratos, talheres e copos.

Atividades
- Higienizar as cubas do balcão térmico;
- Higienizar todas as mesas e cadeiras do refeitório;
- Recolher o lixo do desjejum;
- Ligar o balcão térmico às 10h;
- Arrumar as cubas no balcão térmico;
- Organizar as mesas do refeitório distribuindo sobre elas os utensílios necessários.

Cuidados
- Atenção na organização do refeitório para que não falte nada aos funcionários;
- Não esquecer de ligar o balcão térmico às 10h.

Ações em caso de não conformidade
- Se o número de funcionários para o almoço for muito grande, solicitar ajuda ao auxiliar de cozinha na distribuição das refeições;
- Caso o balcão térmico e/ou a refresqueira apresentarem algum problema, informar imediatamente a chefia imediata para que as providências sejam tomadas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Refeitório**	POP.3 SES 3181 Emissão
Tarefa: Distribuição do almoço para os funcionários		Revisão
		No: Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Agilizar a distribuição do almoço para os funcionários.

Recursos Necessários
Balcão térmico, cubas, galheteiros, refresqueira, paliteiros, saleiros, farinheiros, pratos, talheres e copos.

Atividades
- Abri o refeitório para o almoço às 11:30h ;
- Encerrar a distribuição do almoço às 14h;
- Fechar o refeitório para higienização.

Cuidados
- Abrir o refeitório no horário previsto para não atrasar os funcionários que estão no plantão;
- Respeitar os 15 minutos de tolerância para as pessoas que fizeram reserva de almoço.

Ações em caso de não conformidade
- Se o número de funcionários para o almoço for muito grande, solicitar ajuda ao auxiliar de cozinha na distribuição das refeições;
- Se algum retardatário chegar no horário de fechar o refeitório, somente permitir a entrada com a autorização da chefia imediata.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Refeitório**	POP.4
		Emissão
Tarefa: Preparação do refeitório para a distribuição do jantar		Revisão
		No: Data:

SES 3182

Executante Copeira.
Resultados esperados Assegurar que o refeitório estará devidamente higienizado e organizado para a distribuição do jantar aos funcionários.
Recursos Necessários Balcão térmico, cubas, galheteiros, paliteiros, saleiros, pratos, talheres e copos.
Atividades • Higienizar as cubas e o balcão térmico; • Higienizar todas as mesas e cadeiras do refeitório; • Recolher o lixo do almoço; • Organizar as mesas do refeitório distribuindo sobre elas os utensílios necessários.
Cuidados Atenção na organização do refeitório para que não falte nada aos funcionários na distribuição do jantar.
Ações em caso de não conformidade Caso o balcão térmico e/ou a refresqueira apresentarem algum problema, informar imediatamente a chefia imediata para que as providências sejam tomadas.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Refeitório**	POP.3 Emissão: 3189
Tarefa: Distribuição do jantar para os funcionários		Revisão No: Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Agilizar a distribuição do jantar para os funcionários.

Recursos Necessários
Balcão térmico, cubas, galheteiros, paliteiros, saleiros, pratos, talheres e copos.

Atividades
- Abri o refeitório para o almoço às 19h;
- Encerrar a distribuição do desjejum às 20h;
- Fechar o refeitório para higienização.

Cuidados
- Abrir o refeitório no horário previsto para não atrasar os funcionários que estão no plantão;
- Respeitar os 15 minutos de tolerância para as pessoas que fizeram reserva de jantar.

Ações em caso de não conformidade
Se algum retardatário chegar no horário de fechar o refeitório, somente permitir a entrada com a autorização da chefia imediata.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Refeitório**	POP.4
		Emissão: SES 3190
Tarefa: Preparação do refeitório para a distribuição da ceia		Revisão
		No: Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Assegurar que o refeitório estará devidamente higienizado e organizado para a distribuição da ceia aos funcionários.

Recursos Necessários
Balcão térmico, cubas, galheteiros, paliteiros, saleiros, pratos, talheres e copos.

Atividades
- Higienizar as cubas e o balcão térmico;
- Higienizar todas as mesas e cadeiras do refeitório;
- Recolher o lixo do jantar;
- Organizar as mesas do refeitório distribuindo sobre elas os utensílios necessários.

Cuidados
Atenção na organização do refeitório para que não falte nada aos funcionários na distribuição da ceia.

Ações em caso de não conformidade
Caso o balcão térmico apresente algum problema, informar imediatamente a chefia imediata para que as providências sejam tomadas.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Refeitório**	POP.3 Emissão
Tarefa: Distribuição da ceia para os funcionários		Revisão No: Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Agilizar a distribuição da ceia para os funcionários.

Recursos Necessários
Balcão térmico, cubas, galheteiros, paliteiros, saleiros, pratos, talheres e copos.

Atividades
- Abri o refeitório para a ceia às 22h;
- Encerrar a distribuição do desjejum às 23h;
- Fechar o refeitório para higienização.

Cuidados
- Abrir o refeitório no horário previsto para não atrasar os funcionários que estão no plantão;
- Respeitar os 15 minutos de tolerância para as pessoas que fizeram reserva para a ceia.

Ações em caso de não conformidade
Se algum retardatário chegar no horário de fechar o refeitório, somente permitir a entrada com a autorização da chefia imediata.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Refeitório**	POP.4 Emissão
Tarefa: Higienização do refeitório após a ceia		Revisão No: Data:

Executante
Copeira.

Resultados esperados
Assegurar que o refeitório estará devidamente higienizado e organizado para a distribuição do desjejum dos funcionários na manhã seguinte.

Recursos Necessários
Balcão térmico, cubas, galheteiros, paliteiros, saleiros, pratos, xícaras, talheres e copos.

Atividades
- Higienizar as cubas e o balcão térmico;
- Higienizar todas as mesas e cadeiras do refeitório;
- Recolher o lixo da ceia;
- Organizar as mesas do refeitório distribuindo sobre elas os utensílios necessários.

Cuidados
Atenção na organização do refeitório para que não falte nada aos funcionários na distribuição desjejum na manhã seguinte.

Ações em caso de não conformidade
Caso o balcão térmico apresente algum problema, informar imediatamente a chefia imediata para que as providências sejam tomadas.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3194

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas e Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva do Serviço de Ambulância

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO SERVIÇO DE AMBULÂNCIA 05

3. ROTINAS DO SERVIÇO DE AMBULÂNCIA 06

4. MANUTENÇÃO PREVENTIVA DA AMBULÂNCIA 08

5. MANUTENÇÃO CORRETIVA DA AMBULÂNCIA 09

6. ANEXOS 10

6.1 CONTROLE DE CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA CHECK-LIST DIÁRIO 10

6.2 CONTROLE DE MANUTENÇÃO CORRETIVA 12

1. INTRODUÇÃO

SES 3196

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Manutenção Preventiva e Corretiva do serviço de transporte hospitalar, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

1008772

02. NORMAS DO SERVIÇO DE AMBULÂNCIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Serviço de Ambulância**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Serviço de Ambulância**		Revisão
		No: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
24 horas em regime de sobre-aviso.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários que necessitam utilizar os serviços de transporte pela ambulância.

Normas
Motorista:

- Apresentar-se para a jornada de trabalho no horário estabelecido pelo hospital;
- O motorista deverá estar sempre disponível e comunicável para atender prontamente as necessidades do hospital;
- Zelar pelos veículos, mantendo-os limpos e em perfeito estado de utilização;
- Usar obrigatoriamente o cinto de segurança quando estiver em trânsito;
- Dirigir com cuidado e cautela, obedecendo às leis do trânsito;
- Manter a carteira de motorista sempre atualizada;
- É proibido dirigir o veículo sem portar documentação pessoal e do veículo;
- É proibido transportar acompanhantes de pacientes no banco da frente do veículo;
- É proibido fumar dentro das dependências do veículo;
- É proibido atender celular quando estiver dirigindo;
- Manter as duas mãos no volante enquanto dirige, conforme as leis do trânsito.

Enfermeiro:

- Testar diariamente todos os equipamentos médico-hospitalares das ambulâncias;
- Verificar diariamente todos os materiais e medicamentos necessários ao transporte do paciente;
- Designar um profissional da área de enfermagem para acompanhar o paciente durante o transporte do mesmo, sempre que houver uma solicitação médica.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

03. ROTINAS DO SERVIÇO DE AMBULÂNCIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Serviço de Ambulância	POP.1 Emissão
Tarefa: Checar a ambulância antes de sair para transportar paciente		Revisão No: Data:

Executante
Motorista.

Resultados esperados
Garantir a segurança de todos os que utilizam o serviço de ambulância.

Recursos Necessários
Chaves da ambulância, documentos do veículo e carteira de motorista.

Atividades
- Receber as chaves da ambulância do motorista que está saindo do plantão;
- Verificar o nível de óleo do Carter;
- Verificar o nível da água de refrigeração;
- Verificar o funcionamento das lâmpadas e do giroflex;
- Verificar a pressão e o estado de conservação dos pneus;
- Verificar o nível de óleo de freio;
- Verificar se todos os documentos do veículo e do motorista estão em ordem e dentro da ambulância.

Cuidados
- Atenção ao verificar os níveis de óleo do Carter, água de refrigeração, pressão dos pneus e óleo de freio, a fim de evitar transtornos e acidentes de trânsito.
- Atenção ao conferir a documentação do veículo e a sua própria, evitando transtornos no trânsito.

Ações em caso de não conformidade
- Se verificar que algum dos itens checados na ambulância apresenta deficiência, procurar o posto de combustível mais próximo e efetuar os ajustes necessários, antes de sair em serviço;
- Se ocorrer algum transtorno e/ou acidente durante o percurso no trânsito, procurar comunicar-se imediatamente com a Chefia do serviço de Ambulância.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Serviço de Ambulância	POP.2 Emissão 3199
Tarefa: Checar os equipamentos da ambulância antes de sair para transportar paciente		Revisão 05 No: Data:

Executante
Enfermeiro.

Resultados esperados
Garantir que o paciente seja devidamente assistido durante o transporte com a ambulância.

Recursos Necessários
Todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares necessários para assistir ao paciente durante o transporte do mesmo.

Atividades
- Verificar se os equipamentos estão em perfeito funcionamento;
- Verificar se o estoque de medicamentos e material médico-hospitalar da ambulância está abastecido.

Cuidados
Atenção ao verificar os equipamentos e estoque da ambulância, para que o paciente não corra risco de vida durante o transporte do mesmo.

Ações em caso de não conformidade
- Se verificar que algum equipamento não está funcionando, efetuar a substituição do mesmo, antes da ambulância sair;
- Comunicar a chefia imediata sobre o defeito do equipamento, solicitando que o mesmo seja consertado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

04. MANUTENÇÃO PREVENTIVA DA AMBULÂNCIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Serviço de Ambulância**	POP.3 FLS
		Emissão
Tarefa: Checagem preventiva da ambulância		Revisão
		No: Data:

Executante
Motorista.

Resultados esperados
Garantir a preservação do veículo e a segurança de todos os que utilizam o serviço de ambulância.

Recursos Necessários
Fichas de controle de Manutenção Preventiva da ambulância e caneta.

Atividades
- Verificar diariamente a calibragem dos pneus;
- Limpar diariamente o interior da ambulância;
- Lavar e lubrificar quinzenalmente a parte debaixo do veículo;
- Levar o veículo trimestralmente para oficina credenciada a fim de ser revisada a parte elétrica e mecânica da ambulância;
- Observar as recomendações do fabricante do veículo, quanto às revisões e quilometragens;
- Registrar todas as informações nas fichas de controle de manutenção preventiva da ambulância.

Cuidados
- Não esquecer a calibração dos pneus antes de iniciar o transporte, pois é importante para a segurança de todos;
- Manter o interior da ambulância sempre limpo para deixar o ambiente mais agradável e saudável.

Ações em caso de não conformidade
- Se a ambulância apresentar algum problema mais sério, informar a chefia imediata e levar o veículo a uma oficina mecânica credenciada à instituição para as providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

05. MANUTENÇÃO CORRETIVA DA AMBULÂNCIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Serviço de Ambulância	POP.4 Emissão
Tarefa: Checagem corretiva da ambulância		Revisão No: Data:

Executante Motorista.
Resultados esperados Garantir a preservação do veículo e a segurança de todos os que utilizam o serviço de ambulância.
Recursos Necessários Fichas de controle de Manutenção Corretiva da ambulância e caneta.
Atividades • Verificar se o veículo apresenta alguma alteração mecânica e/ou elétrica; • Informar à chefia imediata para providências quanto às alterações apresentadas pelo veículo.
Cuidados Estar sempre atento a qualquer anormalidade que o veículo venha a apresentar, visando à preservação do mesmo e a segurança de todos que utilizam os serviços da ambulância.
Ações em caso de não conformidade Levar o veículo a oficina mecânica para que os consertos necessários sejam realizados, após autorização da chefia imediata.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

06. ANEXOS

6.1 CONTROLE DE CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA CHECK-LIST DIÁRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO** Serviço de Ambulância	AN. 1 Emissão
Ficha de Controle de Cronograma de Manutenção Preventiva – Check-list diário		Revisão No: Data:

MANUTENÇÃO PREVENTIVA				
DATA	**PNEUS**	**ÓLEO**	**LIMPEZA**	**ASS. RESPONSÁVEL**

MANUTENÇÃO PREVENTIVA		
DATA	**LAVAGEM EMBR.**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO** Serviço de Ambulância	AN. 2 Emissão
Ficha de Controle de Cronograma de Manutenção Preventiva – Check-list diário		Revisão No: Data:

MANUTENÇÃO PREVENTIVA				
DATA	**REVISÃO ELÉTRICA**	**LOCAL**	**GARANTIA**	**ASS. RESPONSÁVEL**

MANUTENÇÃO PREVENTIVA				
DATA	**REVISÃO MECÂNICA**	**LOCAL**	**GARANTIA**	**ASS. RESPONSÁVEL**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

6.2 CONTORLE DE MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO** **Serviço de Ambulância**	AN. 3 Emissão SES Revisão 3204
Ficha de Controle de Manutenção Corretiva		No: Data:

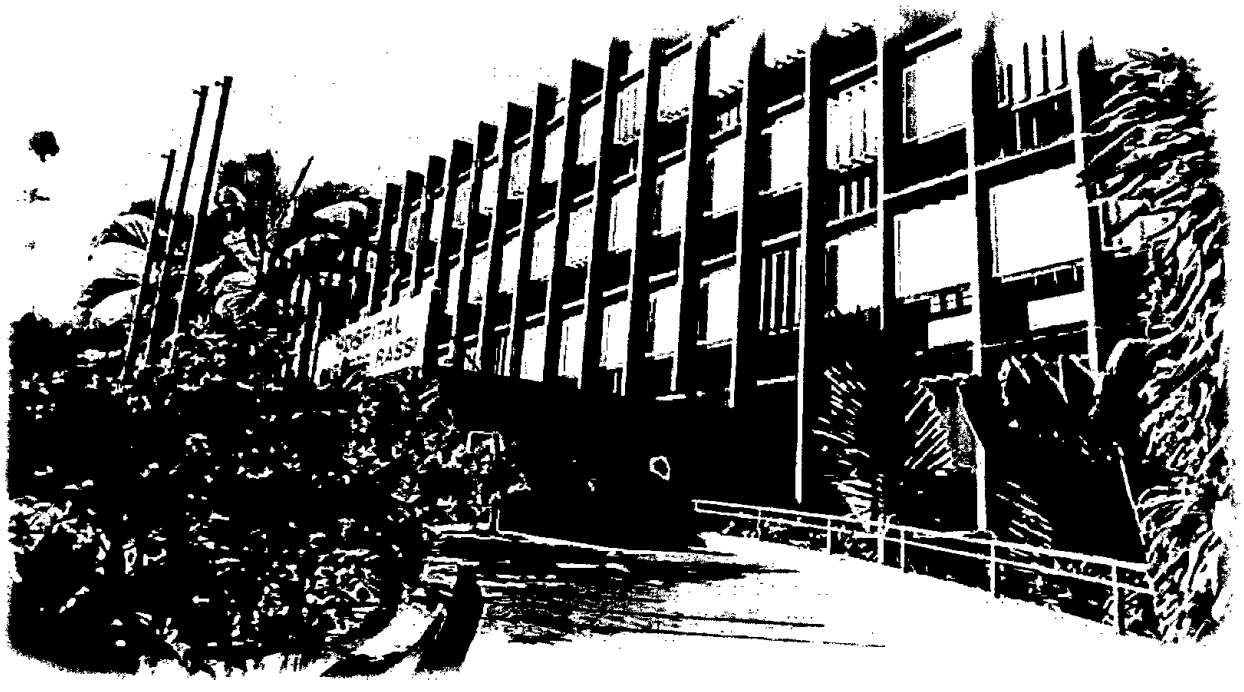
MANUTENÇÃO CORRETIVA							
DATA	**ALTERAÇÃO**	**OFICINA**	**NOME FUNCIONÁRIO**	**TELEFONE**	**CONSERTO**	**GARANTIA**	**RECEBIDO POR: ASS. FUNC.**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3205

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



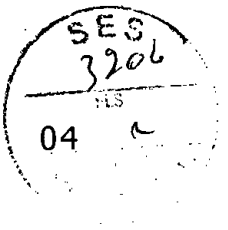
ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas e Cronograma de Manutenção Preventiva e Corretiva do Sistema de Armazenamento de Gases Medicinais

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO SISTEMA DE ARMAZENAMENTO DE GASES MEDICINAIS 05

3. ROTINAS DO SISTEMA DE ARMAZENAMENTO DE GASES MEDICINAIS 06

4. CRONOGRAMAS 10

4.1. MANUTENÇÃO PREVENTIVA 10

4.2. MANUTENÇÃO CORRETIVA 12

5. CONTROLE DE GASES MEDICINAIS 13

6. ANEXOS 14

6.1 FICHA DE CONTROLE DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA 14

6.2 FICHA DE CONTROLE DE MANUTENÇÃO CORRETIVA 15

6.3 MODELO DE FICHA DE CONTROLE DE CONSUMO DIÁRIO DE GASES MEDICINAIS 16

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Manutenção Preventiva e Corretiva de Armazenamento de Gases Medicinais, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO SISTEMA DE ARMAZENAMENTO DE GASES MEDICINAIS

SES 3208

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	EO.1 Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**		Revisão	
		Nº:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários que necessitam utilizar gases medicinais.

Normas

- É proibido fumar no local de armazenamento dos gases medicinais;
- Manter a casa de armazenagem de gases limpa e sem a presença de óleos e graxas;
- Limpar a casa de armazenagem de gases, após a execução dos trabalhos;
- Verificar se as ferramentas estão limpas antes de executar qualquer serviço dentro da casa de armazenagem de gases;
- É proibido alimenta-se dentro da casa de armazenagem de gases;
- É proibido guardar alimentos dentro da casa de armazenagem de gases;
- É obrigatório o uso do EPI correto e limpo (sem qualquer presença de sujidade ou lubrificantes) antes e durante a execução dos serviços dentro da casa de armazenagem de gases;
- Evitar choques de ferramentas com as partes metálicas do sistema de armazenamento de gases;
- Usar somente sabão neutro quando for realizar testes para detecção de vazamentos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DO SISTEMA DE ARMAZENAMENTO DE GASES MEDICINAIS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.1 SES Emissão 3209
Tarefa: Checagem diária do sistema de armazenagem de oxigênio		Revisão: No: / Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de armazenagem de oxigênio esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar a pressão dos cilindros de oxigênio;
- Verificar qual é a bateria dos cilindros de oxigênio que está sendo utilizada;
- Substituir a bateria de cilindros de oxigênio quando a pressão estiver abaixo de 2 Bar;
- Registrar no livro de ocorrência a troca da bateria de cilindros;

Cuidados
- Atenção ao verificar a pressão dos cilindros de oxigênio, observando se a mesma está dentro do nível satisfatório;
- Agilidade em acionar a empresa fornecedora de cilindros de oxigênio, para que o mesmo não falte.

Ações em caso de não conformidade
- Solicitar imediatamente a empresa fornecedora a substituição da bateria de cilindros quando esta estiver vazia;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.2 Emissão SES 3210
Tarefa: Checagem diária do sistema de armazenagem de óxido Nitroso		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de armazenagem de óxido nitroso esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar a pressão do cilindro de óxido nitroso;
- Verificar qual cilindro de óxido nitroso que está sendo utilizado;
- Substituir o cilindro de óxido nitroso quando a pressão estiver abaixo de 2 Bar;
- Registrar no livro de ocorrência a troca da bateria de cilindros.

Cuidados
- Atenção ao verificar a pressão do cilindro de óxido nitroso, observando se a mesma está dentro do nível satisfatório;
- Agilidade em acionar a empresa fornecedora de cilindro de óxido nitroso, para que o mesmo não falte.

Ações em caso de não conformidade
- Solicitar imediatamente a empresa fornecedora a substituição do cilindro de óxido nitroso quando este estiver vazio;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.3 Emissão: SES 3211
Tarefa: Checagem diária do sistema de armazenagem de ar comprimido		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de armazenagem de ar comprimido esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência, caneta, telefone e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades
- Verificar a pressão tanque pulmão do ar comprimido medicinal e dos cilindros de emergência;
- Drenar o tanque pulmão do ar comprimido medicinal;
- Verificar o funcionamento dos compressores;

Cuidados
- Atenção ao verificar a pressão do tanque pulmão do ar comprimido, observando se a mesma está dentro do nível satisfatório;
- Agilidade em acionar a empresa fornecedora de cilindro de ar comprimido, para que o mesmo não falte;
- Revezar semanalmente a utilização dos compressores.

Ações em caso de não conformidade
- Solicitar imediatamente a empresa fornecedora a substituição dos cilindros de emergência caso estes se encontrem com pressão abaixo de 5 Kg;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.4 Emissão SES 3212
Tarefa: Checagem do sistema de distribuição de gases medicinais		Revisão 2
		No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Assegurar que o sistema de distribuição de gases medicinais esteja em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Telefone e ferramentas inerentes ao serviço.

Atividades

- Verificar a pressão do sistema de distribuição de gases;
- Verificar a pressão dos cilindros de gases;
- Verificar a existência de vazamentos nos fluxômetros;
- Verificar se as válvulas dos cilindros reserva estão bloqueadas corretamente;
- Verificar se existe vazamento nos painéis centrais de distribuição de gases;
- Verificar se existem vazamentos nos manyfoldes das centrais de distribuição de gases;
- Verificar o estado de conservação das mangueiras de distribuição de gases.

Cuidados
Ter bastante atenção nas verificações de funcionamento e estado de todos os componentes do sistema de distribuição de gases medicinais.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar com urgência uma revisão da válvula de pressão do sistema de distribuição de gases caso, após verificar a pressão dos cilindros, a pressão do sistema estiver abaixo de 2 Bar;
- Solicitar com urgência o conserto de todo e qualquer vazamento apresentado nos componentes do sistema de distribuição de gases;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

04. CRONOGRAMAS

4.1. MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.5
		Emissão 3213
Tarefa: Executar cronograma de manutenção preventiva – diariamente		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Garantir que o cronograma de manutenção preventiva será cumprido rigorosamente.

Recursos Necessários
Fichas de controle de manutenção preventiva, caneta, prancheta

Atividades
- Verificar diariamente todas as válvulas de retenção dos pontos de consumo dos gases medicinais;
- Verificar diariamente as conexões do sistema de distribuição de gases;
- Registrar na ficha de controle de manutenção preventiva, o dia e a hora de checagem das válvulas de retenção dos pontos de consumo e das conexões do sistema de distribuição dos gases.

Cuidados
Atenção ao verificar as válvulas de retenção dos pontos de consumo e conexões do sistema de distribuição dos gases, para evitar transtornos inesperados.

Ações em caso de não conformidade
- Se alguma válvula apresentar problemas e/ou conexão do sistema de distribuição, trocá-las imediatamente;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.6 Emissão SES 3214
Tarefa: Executar cronograma de manutenção preventiva - trimestral		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Garantir que o cronograma de manutenção preventiva será cumprido rigorosamente.

Recursos Necessários
Fichas de controle de manutenção preventiva, caneta, prancheta

Atividades
- Revisar todos os painéis das centrais de distribuição de gases;
- Registrar na ficha de controle de manutenção preventiva, o dia e a hora de checagem dos painéis de distribuição de gases.

Cuidados
Atenção ao verificar os painéis de distribuição dos gases, para evitar transtornos inesperados.

Ações em caso de não conformidade
- Se algum painel do sistema de distribuição apresentar defeito, solicitar a imediata substituição do mesmo;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4.2. MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.7 Emissão 3215
Tarefa: Executar de manutenção corretiva		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Manutenção.

Resultados esperados
Garantir que o cronograma de manutenção corretiva será cumprido rigorosamente.

Recursos Necessários
Fichas de controle de manutenção preventiva, caneta, prancheta

Atividades

- Identificar diariamente falhas e/ou problemas nas válvulas de retenção dos pontos de consumo dos gases medicinais;
- Identificar diariamente falhas e/ou problemas nas conexões do sistema de distribuição de gases;
- Registrar na ficha de controle de manutenção corretiva, o dia e a hora de checagem das válvulas de retenção dos pontos de consumo e das conexões do sistema de distribuição dos gases.

Cuidados
Atenção ao verificar as válvulas de retenção dos pontos de consumo e conexões do sistema de distribuição dos gases, para evitar transtornos inesperados.

Ações em caso de não conformidade

- Se alguma válvula apresentar problemas e/ou conexão do sistema de distribuição, trocá-las imediatamente;
- Solicitar com urgência a presença do fornecedor se surgir problemas com as centrais de distribuição de gases;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

05. CONTROLE DE GASES MEDICINAIS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	POP.8 Emissão
Tarefa: Controle de consumo diário de gases medicinais		Revisão No: Data:

Executante Auxiliar de controle de gases.
Resultados esperados Otimizar o uso dos gases medicinais através de um controle eficiente e eficaz.
Recursos Necessários Ficha de controle de consumo diário de gases e caneta.
Atividades • Registrar diariamente na ficha de controle de consumo diário de gases a leitura do dia.
Cuidados Atenção na hora de registrar os valores de consumo, verificando se não existe algum problema.
Ações em caso de não conformidade Se verificar que está existindo um consumo diário de gases acima do previsto, comunicar imediatamente ao Coordenador de Manutenção para que as providências sejam tomadas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

06. ANEXOS

6.1 FICHA DE CONTROLE DE EXECUÇÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	AN. 1 Emissão	
Ficha de Controle de Cronograma de Manutenção Preventiva		Revisão	
		No:	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**CONTROLE DE EXECUÇÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA – VÁLVULAS E CÂMERAS**			**ANO**
DATA	**HORA**	**VÁLVULAS**	**CÂMERAS**	**OBSERVAÇÃO**	**VISTO**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**CONTROLE EXECUÇÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA - PAINÉIS**		**ANO**
DATA	**HORA**	**PAINÉIS**	**OBSERVAÇÃO**	**VISTO**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

6.2 FICHA DE CONTROLE DE MANUTENÇÃO CORRETIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	AN. 2
		Emissão
Ficha de Controle de Manutenção Corretiva		Revisão 0
		No: Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FICHA DE CONTROLE DE MANUTENÇÃO CORRETIVA**			**ANO**
DATA	**HORA**	**VÁLVULAS**	**CONEXÕES**	**OBSERVAÇÃO**	**VISTO**

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FICHA DE CONTROLE DE MANUTENÇÃO CORRETIVA**		**ANO**
DATA	**HORA**	**PAINÉIS**	**OBSERVAÇÃO**	**VISTO**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

6.3 MODELO DE FICHA DE CONTROLE DE CONSUMO DIÁRIO DE GASES MEDICINAIS

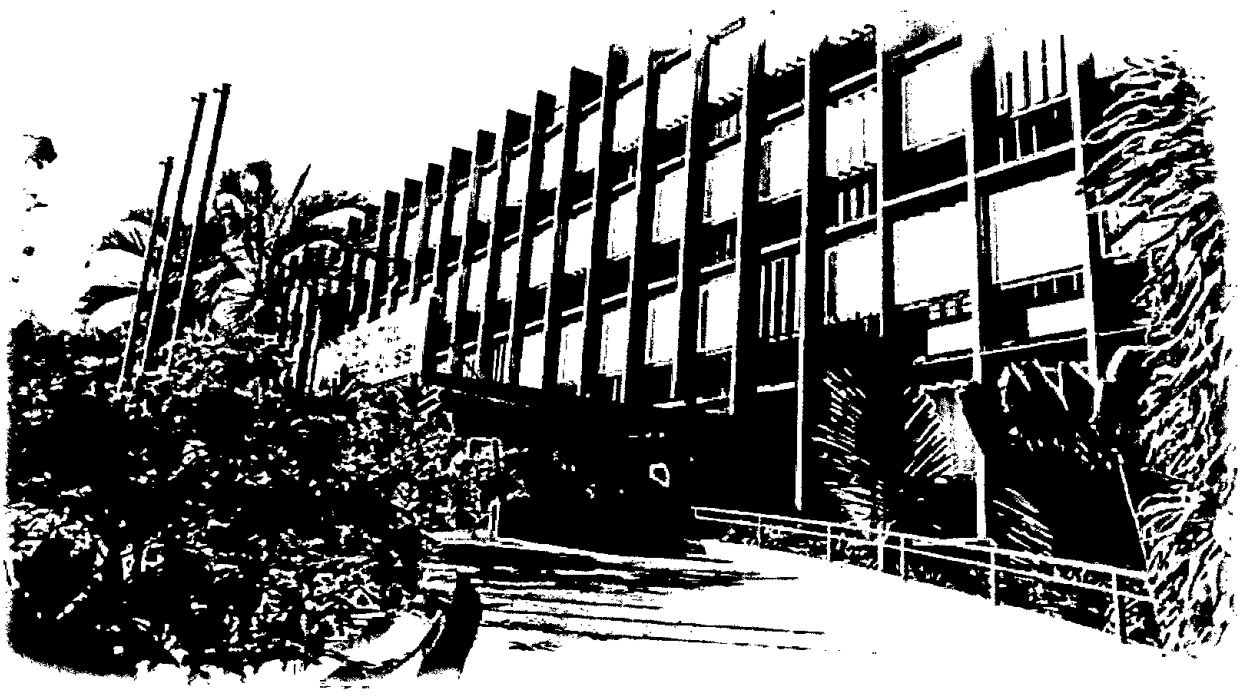
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO Sistema de Armazenagem de Gases Medicinais**	AN. 3
		Emissão
Ficha de Controle de Consumo Diário de Gases Medicinais		Revisão
		No: / Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FICHA DE CONTROLE DE CONSUMO DIÁRIO DE GASES MEDICINAIS**			**ANO**	
DATA	**HORA**	**TIPO DE GÁS**	**LEITURA**	**CONSUMO**	**RESPONSÁVEL P/LEITURA**

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



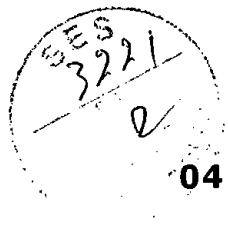
ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Normas e Rotinas do Serviço de Esterilização

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DE FUNCIONAMENTO DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO – CME 05

3. NORMAS PARA SELEÇÃO DE EMBALAGENS NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO – CME 07

4. ROTINAS DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO - CME 08

5. FLUXOGRAMAS – CME 51

6. ANEXOS –CME 59

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços da Central de Materiais e Esterilização, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Central de Materiais e Esterilização**	EO.1 Emissão 3223 2 Revisão Nº: Data:
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Central de Materiais e Esterilização		

Horário de funcionamento da área/serviço
Diariamente das 07h às 19h, inclusive feriados e finais de semana.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários do hospital (pacientes, médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que necessitam dos serviços da Central de Materiais e Esterilização.

Normas

- Todos os funcionários da CME deverão adotar as medidas de precaução padrão (medidas de barreira – higiene básica das mãos) para evitar a contaminação a partir de sangue, secreções e excreções;
- Somente poderão acessar as dependências da CME, os funcionários higienizados e devidamente paramentados;
- A porta que dá acesso as dependências da CME deverá ser mantida fechada, exceto nos horários de troca de material sujo;
- O profissional escalado para plantão na área suja será o responsável pelo controle de entrada/saída de pessoal e entrada de materiais;
- A programação cirúrgica deverá ser entregue na CME até as 12:30h do dia anterior às cirurgias, para que os materiais cirúrgicos possam ser preparados com antecedência;
- A CME deverá encaminhar para o centro cirúrgico os materiais, conforme segue:
    1. Na tarde anterior a cirurgia, <u>para cirurgias do período matutino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;
    2. Na manhã da cirurgia, <u>para cirurgias no período vespertino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;
- É de responsabilidade da enfermeira do centro cirúrgico informar a enfermeira da CME toda e qualquer alteração na programação cirúrgica, tais como: suspensão de cirurgias, urgências, emergências, mudança de porte, mudança de procedimento e necessidade de outros materiais;
- Todo e qualquer material proveniente de outra instituição e/ou uso particular deverá ser entregue na CME para processamento, com 48 horas de antecedência da data prevista da cirurgia:
    1. Cirurgias programadas na segunda-feira – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser até sexta-feira;
    2. Cirurgias programadas me feriados – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser na véspera;

- Todo material que estiver destinado a ser processado por óxido de etileno deverá ser encaminhado para a CME;
- Todos os materiais processados com óxido de etileno deverão ter suas notas fiscais e materiais, conferidas e assinadas pela enfermeira da CME e encaminhadas para a Diretoria Administrativa;
- A enfermeira da CME ou funcionária designada para tal será responsável pela inspeção de entrada/saída de material e/ou equipamento externo ou de uso particular;
- A entrada/saída de todo e qualquer material e/ou equipamento externo deverá ser feita sob protocolo;
- Todo e qualquer material e/ou equipamento externo ou de uso particular deverá ter um impresso com os itens do produto;
- Toda e qualquer visita à CME deverá ser agendada previamente, através de comunicado formal, com a enfermeira da unidade ou secretária;
- Todo e qualquer material sujo deverá ser encaminhado para CME em caixas fechadas e com tampa com cuidado de proteção;
- Todo e qualquer material sujo que der entrada na CME deverá ser inspecionado e protocolado pela auxiliar de enfermagem e auxiliar da recepção de área suja;

- Todo e qualquer material que tenha a sua integridade e/ou funcionalidade alterada deverá ser devolvido para a CME mediante protocolo;
- O transporte de material esterilizado para as unidades deverá ser feito dentro de recipientes fechados com tampa;
- Todo e qualquer material estéril a óxido de etileno, proveniente de empresa ou de uso particular, deve ser encaminhado previamente para a CME, para avaliação pela enfermeira e disponibilizado para o setor de origem;
- Toda e qualquer intercorrência que aconteça na CME deverá ser comunicada imediatamente a enfermeira da unidade, para que sejam tomadas as providencias necessárias. Na ausência da enfermeira, a comunicação deverá ser feita à secretária ou ao funcionário designado por ela para este fim;
- Ao final do expediente, o funcionário designado deverá fazer a revisão da CME (referente à parte elétrica e limpeza;
- É de responsabilidade do funcionário da CME zelar por toda a estrutura física e equipamentos da mesma;
- Todos os danos causados por mau uso deverão ser ressarcidos pelo funcionário da CME;
- É de responsabilidade da CME devolver todo material e/ou equipamento processado de forma íntegra;
- Somente a enfermeira da CME poderá autorizar a entrega e/ou recebimento de material/equipamento fora dos horários pré-estabelecidos;
- Mensalmente deverá ser realizada uma reunião com todos os funcionários da CME, sendo obrigatória a participação de todos;
- O empréstimo de todo e qualquer material/equipamento somente poderá ser feito após autorização da diretoria do HMD;
- Os materiais/equipamentos que não pertençam a instituição somente poderão ser processados na CME após autorização da diretoria do HMD;
- Periodicamente deverão ser realizados cursos de atualização para os funcionários da CME, sendo obrigatória a presença de todos;
- O horário de distribuição de material estéril é das 08h às 12h;
- É obrigatório o uso de protetor auricular quando o funcionário for usar ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Central de Materiais e Esterilização**	EO.2
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas para a seleção de embalagens na Central de Materiais e Esterilização**		Revisão
		Nº: Data:

Normas

- A seleção de embalagens para a CME deve obedecer aos critérios abaixo relacionados:
  1. Ser apropriada para o tipo de material, o método de esterilização utilizado e suportar as condições físicas do processo;
  2. Prover integridade adequada de selagem e ser à prova de violação;
  3. Ser barreira microbiana;
  4. Fornecer barreira adequada a líquidos;
  5. Permitir remoção de ar adequada;
  6. Permitir a penetração e remoção de agente esterilizante;
  7. Proteger o conteúdo da embalagem de danos físicos;
  8. Resistir a rasgos e perfurações;
  9. Ser livre de furos e micro-furos;
  10. Não conter ingrediente tóxico, alvejantes ópticos, corante ou amido;
  11. Ter imprimido o indicador químico específico para cada tipo de esterilização;
  12. Evitar liberação de fibras ou partículas;
  13. Não oferecer dificuldades à abertura do pacote;
  14. Ter uma relação custo/benefício positiva;
  15. Ser facilmente encontrada no mercado;
- O sistema de embalagens deve ser usado de acordo com as instruções escritas pelo fabricante e ter registro no Ministério da Saúde.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.1 Emissão 3224
Tarefa: Transporte de material sujo		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material sujo seja transportado de forma correta, evitando o perigo de contaminação.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas, máscaras, carro de transporte de material sujo fechado e com tampa, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI's corretos (máscara e luvas);
- Dispor o material sujo dentro do carro de transporte;
- Protocolar em livro próprio os materiais que estão sendo encaminhados para a CME;
- Conferir junto com o responsável pelo recebimento de material sujo, os materiais que estão sendo entregues;
- Retornar para o setor de origem com o livro de protocolo.

Cuidados

- Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;
- Nunca transportar material sujo sem o uso correto dos EPI's;
- Nunca transportar material sujo em carro que não seja específico para esta função.

Ações em caso de não conformidade

- Se o carro de transportar o material sujo apresentar problemas, comunicar a chefia da CME para que providencie o conserto e/ou a substituição do mesmo;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.2 Emissão 3/2/96
Tarefa: Recepção de material sujo pela <u>área suja</u>		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material sujo seja recebido de forma correta, evitando o perigo de contaminação.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar os EPI's corretos (óculos, avental, máscara com filtro químico, luvas de látex cano longo);
- Conferir o material sujo que está recebendo, atentando para o quantitativo, condições gerais e funcionalidade;
- Assinar o protocolo após conferência do material sujo;
- Distribuir o material/artigo para lavagem mecânica ou manual;
- Verificar se existe a necessidade de lubrificação e/ou desoxidação do material/artigo, após o termino da lavagem;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos;
- Reiniciar o processo de lavagem do material/artigo, caso verifique que a limpeza não atingiu os padrões exigidos pelas normas;
- Encaminhar o material/artigo limpo para a área de preparo.

Cuidados

- Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;
- Nunca manusear material/artigo sujo sem estar usando os EPI's corretos;
- Muita atenção ao conferir o material que está sendo recebido;
- Muita atenção na verificação do material/artigo após a lavagem, verificando se a mesma atingiu os padrões exigidos.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, anotar no protocolo de recebimento e registrar no livro de ocorrência da CME;
  Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.3 Emissão
Tarefa: Recepção e esterilização de material lavado autoclavável		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material processado na autoclave seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de Kevlar, máscara e propé), papel manta (próprio para envolver o material/artigo que vai para a autoclave), etiqueta e caneta.

Atividades
- Receber os matérias/artigos limpos;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos recebidos;
- Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;
- Dispor o material/artigo em invólucro apropriado antes de colocá-los na autoclave;
- Identificar o material/artigo conforme a rotina (data, lote, validade, processo que foi submetido e assinatura do responsável;
- Monitorar cada lote ou carga no processo de esterilização;
- Utilizar luvas de Kevlar quando for retirar da autoclave os materiais/artigos processados;
- Encaminhar, com técnica adequada, o material/artigo estéril para a sala de acondicionamento, utilizando máscara e propé.

Cuidados
- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos limpos recebidos;
- Nunca se esquecer de envolver o material/artigo que será processado na autoclave no papel manta;
- Nunca se esquecer de usar as luvas de Kevlar quando for retirar os materiais/artigos esterilizados;
- Nunca se esquecer de identificar o material/artigo conforme a rotina utilizada;
- Nunca se esquecer de utilizar os EPI's corretos quando for encaminhar os materiais/artigos estéreis para a sala de acondicionamento.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.4 SES Emissão 3221
Tarefa: Recepção e esterilização de material lavado em solução		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material processado em solução seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, máscara com filtro químico, óculos, avental, protetor auricular), compressa estéril, ar comprimido, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Receber os materiais limpos;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos recebidos;
- Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;
- Imergir o material/artigo em solução própria para esterilização, respeitando o tempo necessário de exposição dos mesmos;
- Utilizar pinça mestra quando imergir os materiais/artigos dentro da solução;
- Retirar o material/artigo de forma asséptica;
- Secar o material com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular);
- Acondicionar o material/artigo em invólucro apropriado;
- Devolver o material/artigo processado ao setor de origem, mediante protocolo.

Cuidados

- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos limpos recebidos;
- Nunca se esquecer de usar a pinça mestra quando for imergir os materiais/artigos dentro da solução;
- Respeitar o tempo necessário para a exposição dos materiais/artigo dentro da solução;
- Nunca se esquecer de utilizar o papel invólucro correto quando o material/artigo estiver seco.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.5 Emissão 3230
Tarefa: Recepção de materiais esterilizados na sala de acondicionamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o matéria/artigo processado/esterilizado está acondicionado dentro das normas e exigências sanitárias.

Recursos Necessários
EPI's (propé, máscara e gorro), livro de protocolo, livro de ocorrência e caneta.

Atividades
- Colocar EPI's para receber os materiais/artigos esterilizados;
- Dispor os materiais/artigos conforme as normas e exigências sanitárias;
- Manipular os materiais/artigos esterilizados, o mínimo possível;
- Controlar e registrar a temperatura da sala de acondicionamento de materiais esterilizados;

Cuidados
- Nunca colocar os materiais/artigos uns sobre os outros;
- Ter bastante atenção com os materiais/artigos delicados e perfuro-cortantes;
- Ter bastante atenção para não perfurar o invólucro dos materiais (grau – cirúrgico);
- Devolver ou emprestar materiais/artigos somente após autorização da chefia da CME e mediante protocolo.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber que algum material/artigo está com o invólucro perfurado, devolver para a área de processamento;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber que a temperatura da sala de acondicionamento não está dentro dos padrões, comunicar a enfermeira chefe da CME para que a mesma tome providências;
- Se no manuseio de material/artigo perfuro-cortante esterilizado, o profissional se machucar, comunicar a chefia da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.6 Emissão: 32?
Tarefa: Recebimento de material/artigo médico-hospitalar		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material/artigo hospitalar seja recebido da forma correta.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's, ficha de conferência de material e caneta.

Atividades
- Higienizar as mãos;
- Colocar EPI's (luvas de procedimento e avental);
- Receber os materiais/artigos médico-hospitalares;
- Conferir os materiais/artigos quanto à integridade, quantidade e funcionalidade dos mesmos;
- Registrar em impresso/protocolo o recebimento dos materiais/artigos, após conferência;
- Registrar em impresso própria a ausência de algum material/artigo;
- Solicitar a assinatura do responsável pela entrega dos materiais/artigos.

Cuidados
- Não receber os materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos recebidos;
- Não se esquecer de registrar a ausência de algum material/artigo.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.7
		Emissão
Tarefa: Limpeza de motores e serras		Revisão
		No: / Data:

Executante Auxiliar de enfermagem.
Resultados esperados Assegurar que os motores e serras serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.
Recursos Necessários Água, sabão, toalha papel, detergente enzimático, EPI's (luvas, avental, máscara), recipiente para colocar o detergente.
Atividades • Higienizar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha; • Colocar os EPI's (luvas, avental e máscara); • Desconectar cada acessório: motor, peça de mão, protetor de boca, broca, serra e lâmina; • Imergir totalmente os acessórios em um recipiente com detergente enzimático, exceto a peça do motor; • Verificar a qualidade da limpeza.
Cuidados • Não iniciar a limpeza dos acessórios sem estar utilizando os EPI's; • Não se esquecer de desconectar os acessórios; • Nunca imergir o motor no detergente enzimático; • Refazer a limpeza dos acessórios se os mesmo apresentarem ainda alguma sujidade.
Ações em caso de não conformidade • Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; • Se perceber alguma avaria nos acessórios, comunicar a enfermeira chefe da CME; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.8 Emissão SES 3233
Tarefa: Limpeza de equipamentos pneumáticos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os equipamentos pneumáticos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas de látex, avental e óculos), compressa limpa, lubrificante mineral, tecido claro e escovas.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas de látex, avental e óculos);
- Conectar o chicote na peça de mão do aparelho;
- Enxaguar com água corrente, removendo o excesso de sujidade, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo;
- Lavar todos os acessórios, tais como, lâminas, brocas e chicotes manualmente, utilizando escovas próprias para essa finalidade;
- Enxaguar abundantemente os acessórios em água corrente, evitando a entrada de água no chicote;
- Secar os acessórios com compressa limpa;
- Verificar se os acessórios estão totalmente limpos;
- Organizar os acessórios e encaminhá-los para a sala de preparo;
- Submeter os acessórios a um método de limpeza que seja eficaz e conserve os mesmos;
- Separar os instrumentos cirúrgicos, sempre que possível;
- Abrir as pinças e desconectar os componentes desmontáveis;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos pneumáticos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Atenção quando for enxaguar o aparelho, deixando sempre a ponta do mesmo para baixo;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a

dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

SES 3234

Ações em caso de não conformidade
- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.9 Emissão
Tarefa: Limpeza de equipamentos elétricos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os equipamentos elétricos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental e óculos) tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e óculos);
- Iniciar o processo de limpeza utilizando um tecido macio limpo, embebido com detergente enzimático para retirar a sujidade;
- Usar um tecido limpo úmido até que retire todo o detergente do aparelho;
- Conferir a limpeza realizada, verificando a existência de resíduo de sujidade e a presença de danos no aparelho;
- Encaminhar equipamento para a área de preparo;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.
- Inspecionar a qualidade da limpeza;
- Validar o processo de limpeza dos equipamentos/materiais/artigos.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos elétricos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.10 Emissão SES 32
Tarefa: Limpeza de materiais/artigos específicos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental e óculos) tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e óculos);
- Lavar peça por peça, fazendo fricção, utilizando escova apropriada no corpo, nas articulações e na cremalheira da pinça, seguindo a direção das ranhuras;
- Lavar manualmente os instrumentos cirúrgicos delicados;
- Submeter os materiais/artigos a um método de limpeza que seja eficaz e conserve o material;
- Separar os materiais cirúrgicos, sempre que possível;
- Abrir as pinças e desconectar componentes desmontáveis;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada *com álcool* a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor;
- Inspecionar a qualidade da limpeza;
- Validar o processo de limpeza dos equipamentos/materiais/artigos.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

SES
3238

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.11 Emissão
Tarefa: Limpeza de materiais de assistência respiratória		Revisão 3 2 19 No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais de assistência respiratória serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental impermeável, abafador de ruídos e óculos), compressa estéril, ar comprimido, solução enzimática e recipiente para a solução

Atividades
- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental impermeável e óculos);
- Desconectar as válvulas, diafragmas, pequenos copos de reservatório;
- Imergir totalmente o artigo em um recipiente contendo solução enzimática a fim de evitar perdas;
- Imergir totalmente os artigos (traquéias, ambús, máscaras) em um recipiente contendo solução enzimática;
- Lavar os artigos;
- Enxaguar bem os artigos;
- Secar os artigos com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular), antes de proceder à desinfecção ou esterilização dos mesmos;
- Inspecionar a qualidade da limpeza realizada;
- Encaminhar para o processo de esterilização ou desinfecção, conforme o tipo de artigo.

Cuidados
- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Atenção ao desconectar os artigos para que não haja perdas;
- Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;
- Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.12 Emissão SES 3240
Tarefa: Limpeza dos artigos tubulares		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os artigos tubulares serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas de látex, avental, protetor auricular e óculos), seringa, recipiente para solução enzimática, ar comprimido, hipoclorito de sódio a 1%, solução enzimática ou lavadora ultra-sônica.

Atividades
- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental impermeável e óculos);
- Lavar os artigos tubulares o mais rápido possível para assegurar uma limpeza eficiente;
- Aspirar água abundantemente para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;
- Submergir as tubulações, garantido que o ar possa sair do lúmen;
- Observar a entrada de água por todo o lúmen ou forçar a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa;
- Imergir os artigos em recipiente contendo solução enzimática ou na lavadora ultra-sônica;
- Secar com ar comprimido (usar o protetor auricular);
- Encaminhar os artigos para o processo de esterilização por óxido de etileno ou autoclave à vapor;
- Realizar a desinfecção química com hipoclorito de sódio a 1%, obedecendo à técnica estabelecida.

Cuidados
- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Nunca esquecer da aspirar com água abundante para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;
- Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;
- Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.13 Emissão 3241
Tarefa: Utilização do protetor auricular		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o protetor auricular será higienizado e usado corretamente.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, álcool a 70%, saco plástico.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Higienizar o protetor auricular com uma compressa limpa, embebida em álcool a 70% no início da jornada de trabalho;
- Manter o protetor auricular em local visível, próximo à saída do ar comprimido;
- Guardar o protetor auricular dentro de um saco plástico, após a jornada de trabalho.

Cuidados
- Nunca esquecer de higienizar as mãos antes usar o protetor auricular;
- Nunca esquecer de higienizar o protetor auricular no início da jornada de trabalho;
- Usar sempre o protetor auricular quando utilizar ar comprimido medicinal ou equipamentos ruidosos;
- Manter o protetor auricular próximo da saída de ar comprimido.
- Não esquecer de guardar em um saco plástico o protetor auricular, após a jornada de trabalho.

Ações em caso de não conformidade
- Nos casos de perdas ou danos ao protetor auricular, comunicar imediatamente a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.14
		Emissão
Tarefa: Secagem de artigos/materiais médico-hospitalares		Revisão
		No: Data:

SES 3242

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos médico-hospitalares sejam secos com a técnica correta, permitindo o aumento de vida útil dos artigos/materiais, sobretudo, àqueles que possuem articulações, ranhuras e cremalheiras.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, protetor auricular, pistola de ar comprimido.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Enxugar as mãos com uma compressa limpa;
- Colocar o protetor auricular;
- Inspecionar os materiais/artigos quanto à limpeza realizada, integridade e funcionalidade dos mesmos;
- Realizar a secagem dos materiais/artigos com a pistola de ar comprimido;
- Encaminhar os materiais/artigos para a área de preparo.

Cuidados
- Sempre higienizar as mãos antes de iniciar a secagem dos materiais/artigos médico-hospitalares;
- Ter bastante atenção quando for inspecionar a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos médico-hospitalares;
- Nunca esquecer de usar o protetor auricular quando for utilizar o ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.

Ações em caso de não conformidade
- Se o protetor auricular apresentar avaria, comunicar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição do mesmo;
- Se a pistola de ar comprimido apresentar problemas/defeitos, informar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie o conserto desta;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.15 Emissão
Tarefa: Lubrificação de materiais/artigos médico-hospitalares		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos médico-hospitalares sejam lubrificados da forma correta, permitindo o aumento de vida útil destes.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (avental impermeável, óculos, luvas), lubrificante, recipiente limpo, compressa limpa e papel invólucro apropriado.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão e, secá-las com papel toalha;
- Colocar os EPI's (avental impermeável, óculos e luvas);
- Diluir o lubrificante conforme indicação do fabricante e colocá-lo dentro do recipiente limpo;
- Imergir os materiais/artigos abertos dentro da solução deixando-os permanecer durante o tempo indicado pelo fabricante;
- Retirar os materiais/artigos e colocá-los sobre uma compressa limpa;
- Esperar que os materiais/artigos sequem;
- Acondicionar os materiais/artigos em papel apropriado.

Cuidados
- Atenção ao diluir o lubrificante para que seja feito, conforme indicações do fabricante;
- Atenção ao imergir com os materiais/artigos na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;
- Somente envolver os materiais/artigos em papel apropriado, após a secagem total dos mesmos.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a lubrificação do materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar algum produto necessário para a execução da tarefa de lubrificar os materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.16 Emissão SES 3244
Tarefa: Utilização de ar comprimido		Revisão 9
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o ar comprimido medicinal será utilizado dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular), malhar tubular estéril e pistola.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;
- Colocar os EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular);
- Colocar a malha tubular estéril na pistola de ar comprimido;
- Pressionar a pistola e iniciar o processo de secagem dos materiais/artigos;
- Retirar a malha tubular da pistola após o término da secagem.

Cuidados
Somente iniciar o processo de secagem após higienizar as mãos, colocar os EPI'S e colocar a malha tubular na pistola de ar comprimido.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a secagem do materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.17
		Emissão:
Tarefa: Desinfecção de materiais/artigos		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos serão desinfetados, conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, protetor auricular, gorro, máscara, avental impermeável e óculos de proteção), recipiente de plástico rígido ou vidro com tampa, compressa limpa, cuba metálica, solução desinfetante, água estéril, papel manta, pistola de ar comprimido e álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar os EPI's necessários (luvas de borracha, gorro, máscara, óculos de proteção e avental impermeável) antes de iniciar o processo de desinfecção dos materiais/artigos;
- Colocar na tampa do recipiente (vidro ou plástico rígido) a identificação do processo realizado (nome da solução desinfetante, data da manipulação, validade e responsável);
- Lavar os materiais/artigos e secá-los antes de submergi-los na solução desinfetante;
- Colocar a solução desinfetante em quantidade suficiente no recipiente apropriado e identificado;
- Imergir os materiais/artigos dentro da solução desinfetante, de forma que fiquem envolvidos completamente;
- Preencher com solução desinfetante os materiais/artigos que contenham áreas ocas;
- Deixar os materiais/artigos imersos em solução desinfetante, conforme as instruções do fabricante (utilizar um timer);
- Enxaguar abundantemente com água estéril os materiais/artigos que foram submetidos à solução desinfetante química;
- Colocar os materiais/artigos desinfetados sobre compressas limpas, cuidando para que não haja recontaminação dos mesmos;
- Colocar protetor auricular e iniciar o processo de secagem com a pistola de ar comprimido medicinal;
- Proceder à secagem rigorosa dos materiais/artigos antes de guardar, evitando surgimento e/ou crescimento de fungos;
- Fazer a revisão de todo o material/artigo desinfetado e seco;
- Acondicionar os materiais/artigos em recipientes e/ou invólucros apropriados;
- Lavar o recipiente da solução e desinfetá-lo com álcool a 70%;
- Guardar o recipiente em local apropriado.

Cuidados
- Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;
- Colocar os EPI's antes da realização de processo (desinfecção e secagem);
- Colocar os materiais/artigos dentro de cuba metálica, sobre compressa limpa, se for necessário, evitando o desgaste dos mesmos;
- Preencher com solução desinfetante os materiais/artigos que contenham áreas ocas;
- Adotar métodos de validação e monitoração dos processos de desinfecção;
- Controlar a qualidade dos processos de desinfecção;
- Atenção ao imergir com os materiais/artigos na solução, para que os mesmos fiquem expostos

conforme o tempo especificado pelo fabricante;
- Somente envolver os materiais/artigos em papel e/ou recipiente apropriado, após a secagem total dos mesmos;
- Desinfetar o recipiente da solução após lavagem, com álcool a 70%;
- Realizar a limpeza do recipiente onde fica a solução desinfetante, desprezando a solução após o termino do processo se verificar que a mesma contém sujidade, alteração na saturação ou de acordo com a recomendação do fabricante.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a desinfecção dos materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar algum produto para a execução correta das tarefas, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição;
- Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.18 Emissão
Tarefa: Utilização e limpeza da máscara facial		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a máscara facial será usada corretamente e que a sua limpeza será feita conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão, antes de utilizar a máscara;
- Adaptar a máscara à face de forma que não haja vazamento;
- Limpar a máscara com uma compressa limpa e úmida após o uso da mesma, no final de cada procedimento;
- Guardar a máscara após uso e limpeza em armário fechado, próximo a área de manipulação.

Cuidados
- Usar a máscara sempre que manusear soluções voláteis;
- Usar a máscara sempre que manipular glutaraldeído a 2%;
- Realizar a troca do filtro da máscara conforme orientações do fabricante;
- Manter a máscara em armário fechado, próximo à área de manipulação.

Ações em caso de não conformidade
- Solicitar a enfermeira da CME que providencie nova máscara e/ou a troca do filtro da mesma se perceber que a mesma está apresentando vazamentos, mesmo quando bem ajustada à face;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.19 Emissão SES 3248
Tarefa: Limpeza e desinfecção do analisador de O2 (assistência respiratória)		Revisão 0 No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar a mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas para iniciar o processo de limpeza do analisador de O2;
- Limpar o analisador de O2;
- Desinfetar o analisador de O2 com álcool a 70%;
- Realizar a operação por três vezes seguidas;
- Deixar secar naturalmente e guardar.

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2;
- Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.20
		Emissão 3249
Tarefa: Limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio (assistência respiratória)		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, compressa limpa, solução detergente enzimática, álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza do cabo de laringoscópio;
- Limpar o cabo com uma compressa limpa embebida em solução detergente enzimática;
- Remover a solução detergente enzimática com uma compressa limpa úmida;
- Deixar o cabo secar e proceder a desinfecção com álcool a 70%;

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio;
- Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.21 Emissão 3250 2
Tarefa: Limpeza da lâmina do laringoscópio (assistência respiratória)		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, solução detergente enzimática, glutaraldeído a 2% e/ou álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da lâmina do laringoscópio;
- Desconectar a lâmpada e limpá-la;
- Lavar a lâmina em água corrente e detergente enzimático;
- Imergir a lâmina em solução de glutaraldeído a 2% por 30 minutos;
- Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não se esquecer de desconectar a lâmpada do laringoscópio antes de iniciar a limpeza e desinfecção da lâmina do mesmo;
- Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da lâmina do laringoscópio.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta de solução de glutaraldeído a 2% realizar a desinfecção da lâmina com uma compressa limpa embebida em álcool a 70%, repetindo a operação por 3 vezes seguidas;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.22 Emissão 3291
Tarefa: Limpeza da máscara (assistência respiratória)		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da máscara de assistência respiratória;
- Lavar a máscara em água corrente;
- Envolver a máscara em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;
- Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da máscara de assistência respiratória;
- Na desinfecção da máscara com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar a mesma na solução por uma hora e sem enxágüe.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção da máscara, colocar a mesma numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.23 SES 3252 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção de ambús, nebulizadores, cânulas de Guedel e inladores		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais sejam limpos e desinfetados conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza dos materiais;
- Lavar os materiais em água corrente;
- Envolver os materiais em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;
- Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção dos materiais;
- Na desinfecção dos materiais com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar os mesmos em solução por uma hora e sem enxágüe.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção dos materiais, colocar os mesmos numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.24 Emissão
Tarefa: Empacotamento de materiais/artigos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos sejam empacotados conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, embalagem, caixas/pacotes (25x20x20), embalagem dupla, etiquetas, fita adesiva, papel grau cirúrgico e canetas.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar se as condições de higienização, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos antes de empacotá-los;
- Selecionar a embalagem adequada ao material/artigo e conforme o tipo processo de esterilização que o mesmo será submetido;
- Observar o peso máximo que as caixas/pacotes devem ter (até 5Kg) e tamanho (25x20x20 cm);
- Observar se a embalagem dupla (quando for o caso de usá-la) não está apresentando dobras internas e se a mesma se ajusta perfeitamente à parte externa;
- Identificar, através de etiqueta, a embalagem com as seguintes informações: descrição do conteúdo interno, método de esterilização, controle do lote, data da esterilização, data da validade e responsável técnico;
- Colocar a etiqueta de identificação no papel de grau cirúrgico na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem;
- Inspecionar a integridade da selagem da embalagem;
- Remover o ar interno da embalagem de papel grau cirúrgico, antes de colocá-la na câmara de esterilização.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Atenção ao escolher a embalagem, levando sempre em conta o tipo de processo de esterilização que será utilizado;
- Atenção para que o peso máximo da caixa/pacote não exceda a 5 Kg e tamanho de 25x20x20;
- Atenção as dobraduras da embalagem para que não apresentem dobras internas, ficando perfeitamente ajustada à parte externa da mesma;
- Atenção na identificação da embalagem, colocando todas as informações necessárias;
- Jamais escrever sobre a embalagem e sim sobre fita ou em etiqueta, utilizando canetas apropriadas para essa tarefa;
- Observar a existência de ar no interior da embalagem, pois no processo de esterilização a expansão do ar interno pode provocar a abertura do pacote;
- Observar a integridade selagem antes de colocá-la na câmara de esterilização;
- Adaptar técnicas de empacotamento de materiais/artigos.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de alguns produtos necessários a realização da tarefa, comunicar imediatamente e enfermeira da CME para que a mesma providencie;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

SES 3254

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.25 Emissão
Tarefa: Uso de fita adesiva indicadora		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que o material/artigo foi submetido corretamente ao processo de esterilização.

Recursos Necessários
Água, sabão, fita adesiva indicadora.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar no pacote/embalagem do material/artigo que será esterilizadora a fita adesiva indicadora, respeitando o tamanho de 5 cm;
- Observar, após o processo de esterilização, se a fita indicadora apresentou alguma alteração na sua coloração.

Cuidados
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Atentar para o tamanho da fita adesiva indicadora, que deverá ser no mínimo de 5 cm (3 listras);
- Atentar para a coloração da fita indicadora, verificando se a mesma alterou a cor, após o processo de esterilização.

Ações em caso de não conformidade
- Se a fita adesiva indicadora apresentar alguma alteração na sua coloração, realizar novamente todo o processo de esterilização do pacote/embalagem contendo o artigo/material;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.26
		Emissão
Tarefa: Esterilização de próteses		Revisão
		No: / Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que as próteses sejam esterilizadas conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, teste bacteriológico.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Realizar teste bacteriológico e aguardar o resultado;
- Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;
- Esterilizar a prótese;
- Repetir o teste bacteriológico da autoclave;
- Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;
- Liberar a autoclave para outras esterilizações.

Cuidados
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não realizar esterilização da prótese antes de fazer o teste bacteriológico da autoclave;
- Atentar para esterilizar somente a prótese, sem qualquer outro artigo e/ou material;
- Repetir teste bacteriológico após a esterilização da prótese para então, liberar a autoclave para novas esterilizações.

Ações em caso de não conformidade
- Se o resultado do teste bacteriológico não estiver dentro dos padrões exigidos, informar a enfermeira da CME para que ela tome as providências para calibração da autoclave;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.27 Emissão
Tarefa: Montagem da carga da autoclave		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a carga de materiais/artigos a serem esterilizados na autoclave está dentro dos padrões sanitários exigidos, assim como as orientações do fabricante da mesma.

Recursos Necessários
Água, sabão, autoclave.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Selecionar os materiais/artigos médico-hospitalares a serem esterilizados;
- Colocar os instrumentais metálicos (pinças e tesouras) abertos e destravados dentro das caixas metálicas (que devem ter superfícies perfuradas para facilitar a penetração do vapor e saída do condensado);
- Verificar se a válvula está fechada;
- Verificar a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg;
- Verificar se a pressão de ar comprimido está entre 3 e 4 Kg;
- Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;
- Colocar os materiais/artigos médico-hospitalares dentro da autoclave;
- Ligar a chave geral;
- Selecionar o ciclo de esterilização conforme o material/artigo:
    1. Apertar tecla 1 para ciclos a 134°C (materiais/artigos de densidade, instrumental e utensílios de inox e/ou resistentes à temperatura);
    2. Apertar tecla 2 para ciclos a 121°C (materiais/artigos termolábeis e borrachas);
    3. Apertar tecla 3 para esterilização de líquidos em frascos abertos a 121°C;
- Fechar a porta da autoclave, segurando levemente a porta;
- Apertar o botão verde para iniciar o ciclo de esterilização;
- Acionar o botão partida/parada para iniciar o processo de esterilização.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Ao selecionar os materiais/artigos para esterilização na autoclave, evitar a utilização de cargas mistas (embalagens com utensílios e instrumentais com pacotes de material têxtil);
- Utilizar somente 80% da capacidade da autoclave para facilitar a circulação do vapor;
- Atentar para a esterilização de instrumentais metálicos (pinças e tesouras) mantendo-os abertos e destravados dentro de caixas metálicas com tampas de superfície perfurada (ideal 50% da superfície com furos e de pequenas dimensões);
- Verificar se a válvula está fechada e a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg, antes de ligar a autoclave;
- Verificar se a pressão de ar comprimido se encontra entre 3 e 4 Kg;

- Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;
- Dispor os lap's verticalmente dentro da autoclave para facilitar a penetração do vapor;
- Dispor as bacias e tampos metálicos na posição vertical com a abertura voltada para baixo, evitando a retenção de condensação;
- Não colocar os materiais/artigos uns sobre os outros, pois dificulta a penetração do vapor e retirada da umidade no final do ciclo de esterilização;
- Atentar para que os artigos/materiais fiquem encostados às laterais e fundo da câmara da autoclave;
-

Ações em caso de não conformidade

- Se a autoclave apresentar problemas em qualquer um dos processos antes de iniciar a esterilização dos materiais/artigos, informar a enfermeira da CME tome as providencias cabíveis;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.28 Emissão
Tarefa: Desmontagem da carga esterilizada da autoclave		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir a segurança do funcionário que irá retirar os materiais/artigos esterilizados na autoclave, evitando acidentes de trabalho e danos ao aparelho.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luva Kevlar de cano longo), carro de transporte de material esterilizado.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas antes de iniciar a retirada do material esterilizado de dentro da câmara da autoclave;
- Acionar o botão do painel para abrir a porta;
- Retirar a carga da autoclave após a completa normalização da pressão interna da câmara;
- Colocar a carga esterilizada dentro do carro de transporte;
- Encaminhar o material/artigo esterilizado para a área de estocagem.

Cuidados
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Somente iniciar o processo de retirada dos materiais/artigos esterilizados utilizando o EPI (luva de Klevar de cano longo);
- Observar o alarme acústico contínuo que a autoclave emite ao término do ciclo de esterilização;
- Observar a lâmpada acesa no painel externo do aparelho que é indicadora do final ciclo de esterilização;
- Aguardar a completa normalização da pressão interna da câmara da autoclave, quando ocorrerá a abertura da porta.

Ações em caso de não conformidade
- Todo e qualquer problema detectado antes e durante o processo de esterilização relativo à autoclave, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto do aparelho;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.29 Emissão
Tarefa: Armazenagem e distribuição dos materiais/artigos esterilizados		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos esterilizados sejam armazenados e distribuídos, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar se os materiais/artigos esterilizados apresentam alguma alteração (rasgados, furados, comprimidos, torcidos ou úmidos);
- Estocar os materiais/artigos estéreis;
- Verificar prazo de validade dos materiais/artigos esterilizados, antes da distribuição dos mesmos;
- Distribuir os materiais/artigos esterilizados obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização;
- Controlar o registro de distribuição de materiais/artigos esterilizados;
- Limpar diariamente os carros e/ou caixas de transporte dos materiais/artigos esterilizados.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Somente manusear as embalagens/pacotes esterilizadas quando estes estiverem frios;
- Estocar os materiais/artigos esterilizados em área de acesso restrito, separados de artigos não estéreis, em ambiente ventilado e com controle da temperatura ambiente (entre 18°C e 22°C) e umidade relativa (entre 30 – 60%);
- Proteger os materiais/artigos esterilizados de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte dos mesmos;
- Considerar como contaminados todas as embalagens/pacotes que caírem no chão ou que apresentem rasgos, furos, comprimidos, torcidos ou úmidos, após a esterilização;
- Estocar os materiais/artigos estéreis a uma distância de 20-25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;
- Estocar os materiais/artigos de modo a não comprimir, torcer ou perfurar para não comprometer a esterilização dos mesmos;
- Realizar inventário periódico dos materiais/artigos estocados;
- Guardar e distribuir os materiais/artigos do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes esterilizados;
- Estocar os materiais/artigos em uma área que tenha segurança patrimonial contra extravios;
- Realizar inspeção periódica dos materiais/artigos estocados, observando se apresentam alguma degradação visível;
- Verificar sempre o prazo de validade dos materiais/artigos estocados;

- Estabelecer condições ideais de empacotamento;
- Nunca utilizar materiais/artigos que apresentem as seguintes alterações: papel grau cirúrgico amassado, invólucros com umidade e/ou manchas, invólucros (não tecido) com desprendimento de partículas suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade e, campos de tecidos que estejam cerzidos e com camada fina;
- Propiciar condições ideais de armazenamento para as embalagens/pacotes;
- Manter um controle de distribuição dos materiais/artigos esterilizados;
- Limpar diariamente os carros/caixas de transporte de material/artigo esterilizados;

SES 3261

Ações em caso de não conformidade

- Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo de estocagem e controle de distribuição dos materiais/artigos esterilizados, informar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.30 Emissão 3262
Tarefa: Transporte de material/artigo estéril		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material/artigo estéril seja transportado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, carro e/ou caixas de transporte, livro de protocolo e caneta.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Conferir os materiais/artigos que estão sendo recebidos;
- Assinar o livro de protocolo, após conferência dos materiais/artigos esterilizados;
- Acondicionar os materiais/artigos estéreis nos carros e/ou caixas de transporte específicos;
- Receber as caixas de transporte devidamente limpas.

Cuidados
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Manusear os pacotes/embalagens esterilizados quando estes estiverem frios;
- Proteger os materiais/artigos esterilizados de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.31 Emissão
Tarefa: Utilização da incubadora Attest rápido		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar, através de testes realizados na incubadora, que o aparelho de autoclave, realizar processos de esterilização, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, indicadores biológicos, etiqueta, caneta, tubetes/ampolas, pacote-teste, ficha de controle de qualidade de esterilização.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Separar as ampolas dos indicadores biológicos que serão utilizados no controle;
- Escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;
- Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;
- Ligar o aparelho 1 hora antes de iniciar o processo com o tubete;
- Colocar o tubete no centro do pacote-teste com a tampa aberta dentro do pacote que será esterilizado;
- Retirar o tubete do pacote-teste, após o término do processo de esterilização e esperar esfriar;
- Tampar todos os tubetes, inclusive o não processado (será o parâmetro do teste);
- Quebrar todos os tubetes, inclusive o não processado;
- Calibrar o aparelho ligado colocando o tubete processado na parte frontal do aparelho, apertando delicadamente e, ao mesmo tempo, pressionar o botão vermelho existente na parte traseira da incubadora 9ª luz irá parar de piscar e acenderá a luz vermelha (+) e depois a luz verde (-);
- Colocar os tubetes processados e o não processado para incubar dentro de um dos 14 espaços existentes na incubadora, após a realização da calibração;
- Realizar a leitura com todos os tubetes na parte frontal do aparelho, onde acenderá a luz vermelha (+) ou verde (-), após a 1.ª hora, 2.ª hora e 3.ª hora de incubação, que será o resultado oficial do teste;
- Registrar em impresso próprio os parâmetros do ciclo de esterilização, colocando as etiquetas dos tubetes, próprias para este fim;
- Desprezar os tubetes em recipiente de perfuro-cortante.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- O teste deverá ser realizado o mais próximo da realidade;
- Não se esquecer de escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;
- Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;
- Não se esquecer de ligar o aparelho com o tubete 1 hora antes de iniciar o processo teste;
- Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;
- A leitura do processo teste só deverá ser feita após o cumprimento de todas as etapas necessárias;

- Não se esquecer de registrar em impresso próprio o resultado do teste;
- Realizar semanalmente o controle de qualidade da esterilização, após a manutenção preventiva/corretiva e esterilização de próteses.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que o resultado do controle de qualidade da esterilização está fora dos padrões exigidos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite providências para o conserto da autoclave;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.32
		Emissão
Tarefa: Calibração da incubadora Attest rápido		Revisão A
		No: / Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a calibração da incubadora seja feita, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, umidificador biológico e incubadora.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Comprimir a tampa do frasco do umidificador biológico;
- Introduzir o frasco do umidificador biológico específico, pressionando-o contra a parede de forma a quebrar a ampola de vidro;
- Deixar o frasco no cruscher (orifício específico) por i minuto;
- Introduzir o frasco do umidificador biológico no orifício da leitura, pressionando-o para baixo;
- Esperar a luz verde ou amarela acender;
- Pressionar e soltar o botão de calibração localizado na parte posterior da incubadora.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não se esquecer de ligar o aparelho com 1 hora antes de realizar a calibração da incubadora;
- Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;
- Deixar o frasco no cruscher por 1 minuto;

Ações em caso de não conformidade

- Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo calibração da incubadora, informar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.33
		Emissão: SES 3264
Tarefa: Utilização da seladora		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o uso da seladora será feito da forma correte e conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, caneta apropriada, etiqueta, papel grau cirúrgico e seladora.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Ligar a seladora à tomada e logo após, ligar a chave geral do painel;
- Observar se as luzes do painel já estão indicando que o equipamento já está pronto para ser utilizado;
- Observar a integridade do papel grau cirúrgico;
- Verificar a integridade da selagem observando a existência de rugas e áreas queimadas, regulando o equipamento conforme a necessidade;
- Selar um dos lados da embalagem, antes de colocar os materiais/artigos dentro dela;
- Selar o outro lado da embalagem com uma margem de 3 cm da borda para permitir uma abertura asséptica;
- Avaliar, após a selagem, a integridade da mesma nas laterais, topo e fundo da embalagem;

Identificar o material/artigo por meio manuscrito ou através de etiquetas, na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Só iniciar o uso da seladora após a confirmação das luzes do painel do aparelho estiver indicando a utilização;
- Observar a integridade do papel grau cirúrgico;
- Estar atento a integridade da selagem (existência de rugas e/ou queimaduras);
- Observar a margem de segurança para realização da selagem (3 cm da borda);
- Atentar para selar o papel grau cirúrgico de acordo com o tamanho e quantidade dos materiais/artigos;
- Acondicionar os materiais/artigos com pontas perfurantes em embalagem dupla;
- Sempre avaliar a integridade da selagem da embalagem;
- Nunca se esquecer de identificar (manuscrito ou etiqueta) as embalagens (parte inferior, na área da selagem).

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que a selagem não está dentro dos padrões sanitários exigidos, repetir o processo até manter a embalagem íntegra;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.34 Emissão
Tarefa: Limpeza diária da autoclave		Revisão 2
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a limpeza da autoclave seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha e óculos), pano limpo, solução específica para limpeza da autoclave, compressa limpa e sabão neutro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;
- Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;
- Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;
- Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;
- Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;
- Aguardar a câmara esfriar;
- Colocar os EPI's (óculos e luvas de borracha);
- Passar pano limpo embebido em solução específica para limpeza da autoclave, prestando atenção às áreas que apresentem sujidade ou corrosão, friccionando o local com mais intensidade;
- Aguardar a ação do produto;
- Retirar todo o excesso do produto com uma compressa limpa e úmida;
- Limpar externamente as paredes da autoclave com sabão neutro, sempre no sentido do fundo para frente.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- A limpeza da autoclave deverá ser realizada ao término da jornada de trabalho;
- Antes de iniciar a limpeza da autoclave atentar para:
    1. Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;
    2. Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;
    3. Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;
    4. Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;
    5. Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;
    6. Aguardar a câmara esfriar;
- Friccionar com intensidade os locais que apresentam mais sujidade e corrosão.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.35 Emissão
Tarefa: Desinfecção da CME		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a higieniza e desinfecção da CME seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (avental impermeável e luvas de borracha), carro de limpeza, sacos de lixo, baldes, rodo, pano de piso e soluções necessárias a higienização.

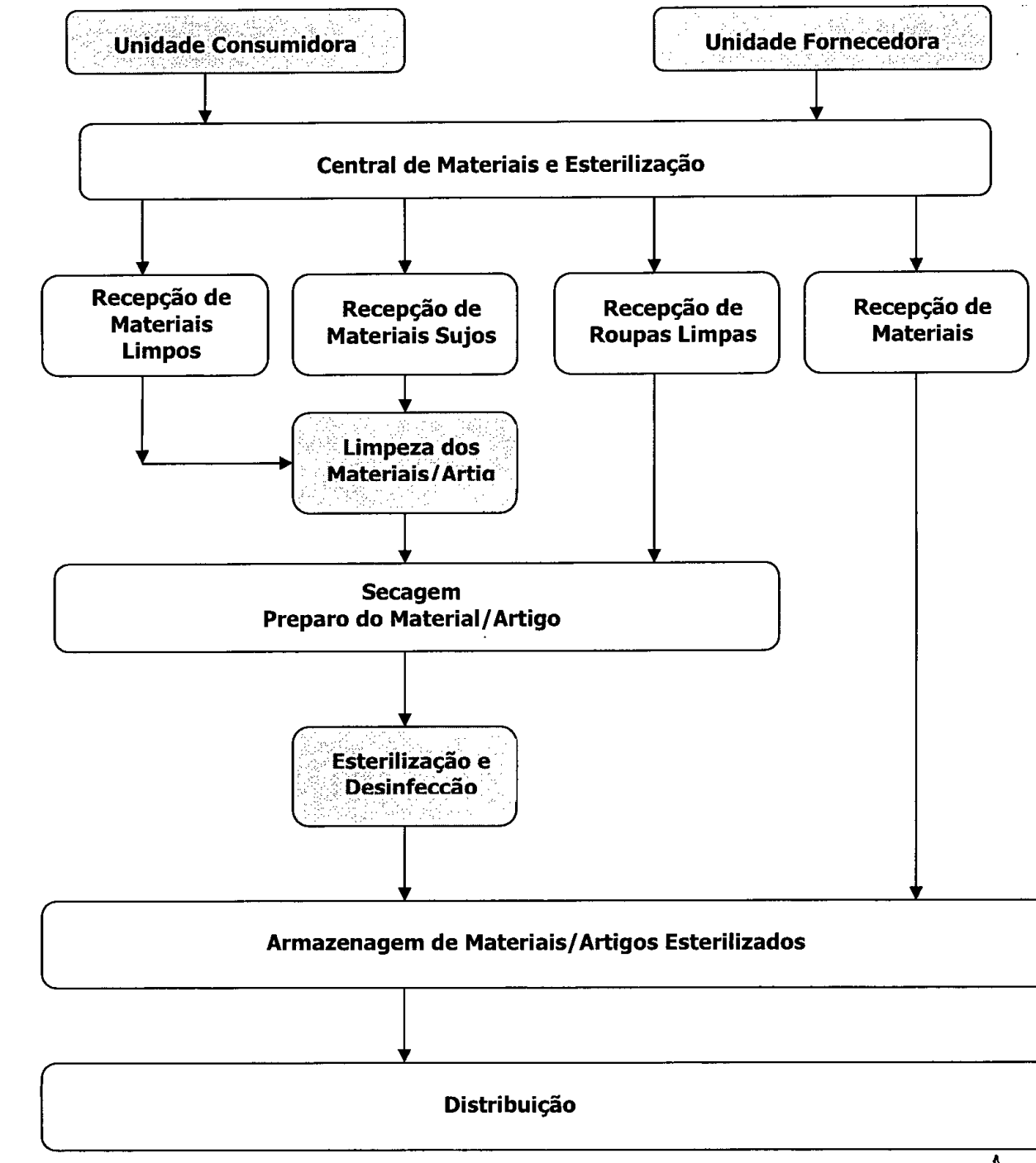
Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Preparar o carro de limpeza com os materiais e equipamentos necessários à limpeza e desinfecção da CME;
- Colocar os EPI's (avental impermeável e luvas de borracha);
- Preparar as soluções de limpeza nos baldes, conforme os padrões sanitários exigidos;
- Recolher os sacos de lixo, fechá-los e colocá-los no saco coletor do carro de limpeza;
- Higienizar toda a parede da área de lavagem com rodo envolvido com um pano de piso embebido com solução adequada;
- Lavar o carro de transporte de material sujo;
- Higienizar o piso, utilizando o rodo envolvido com pano de piso embebido com solução adequada;
- Higienizar o banheiro;
- Higienizar a copa, sala da coordenação de enfermagem, área de circulação interna, armários, janelas e pisos;
- Guardar todos os materiais e equipamentos utilizados.

Cuidados
- Não se esquecer de utilizar corretamente os EPI's;
- Preparar as soluções para higienização e desinfecção conforme os padrões sanitários exigidos;
- Não se esquecer de realizar diariamente a desinfecção da CME.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

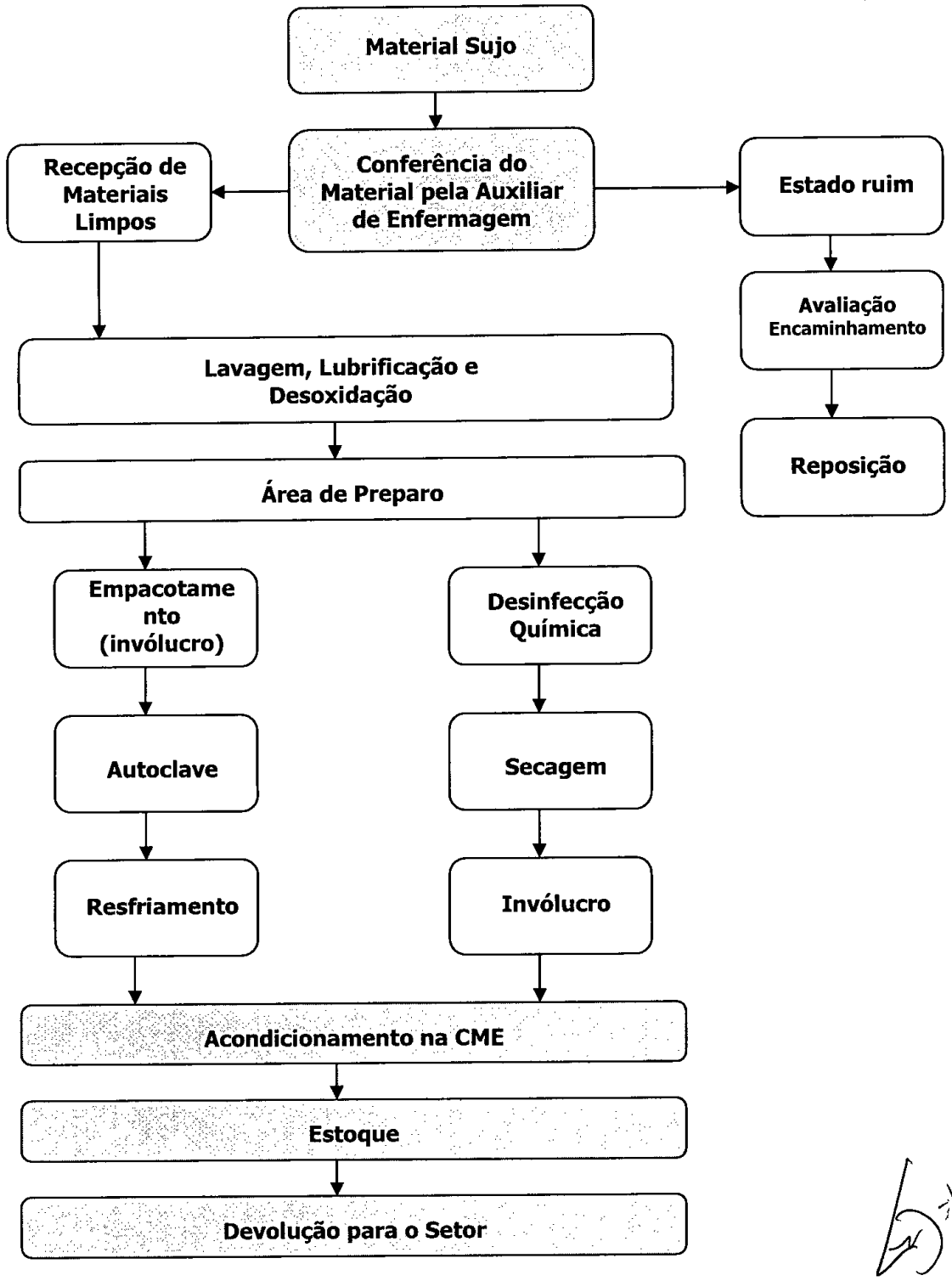
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA** **Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.1 Emissão
Materiais/Artigos Médico-hospitalares processados na CME		Revisão Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

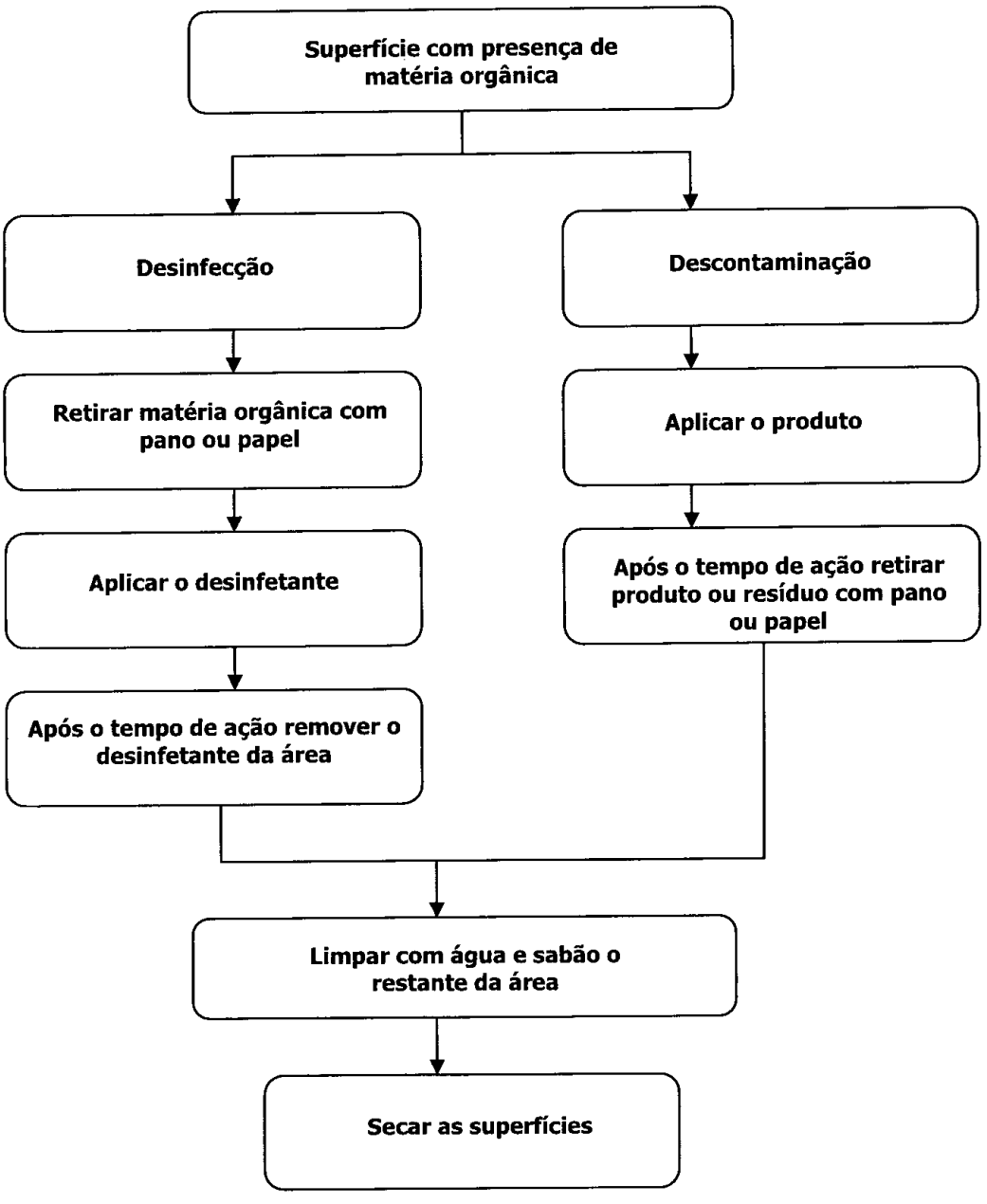
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA** **Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.2 Emissão
Encaminhamento de Material Sujo para a CME		Revisão Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA** **Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.3
		Emissão
Fluxograma dos Passos Seqüenciais do Processamento de Artigos e Superfícies		Revisão
		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

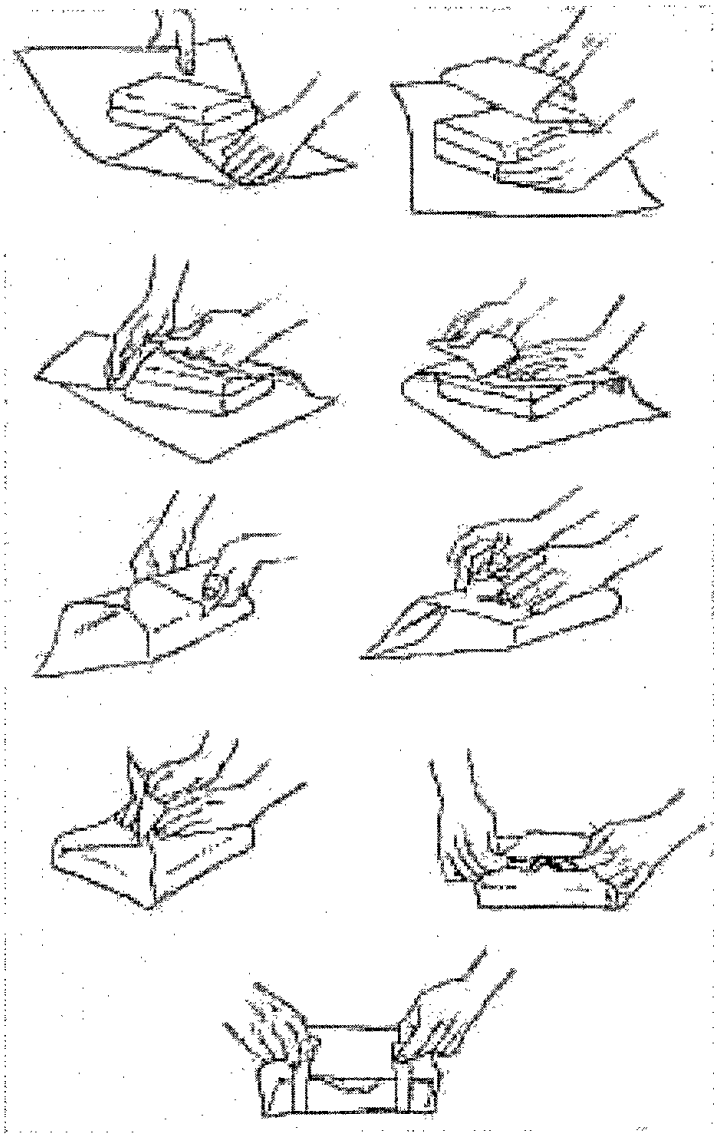
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.1 Emissão SES 3272
Medidas de Barreira: Higiene Básica das Mãos		Revisão 2 Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

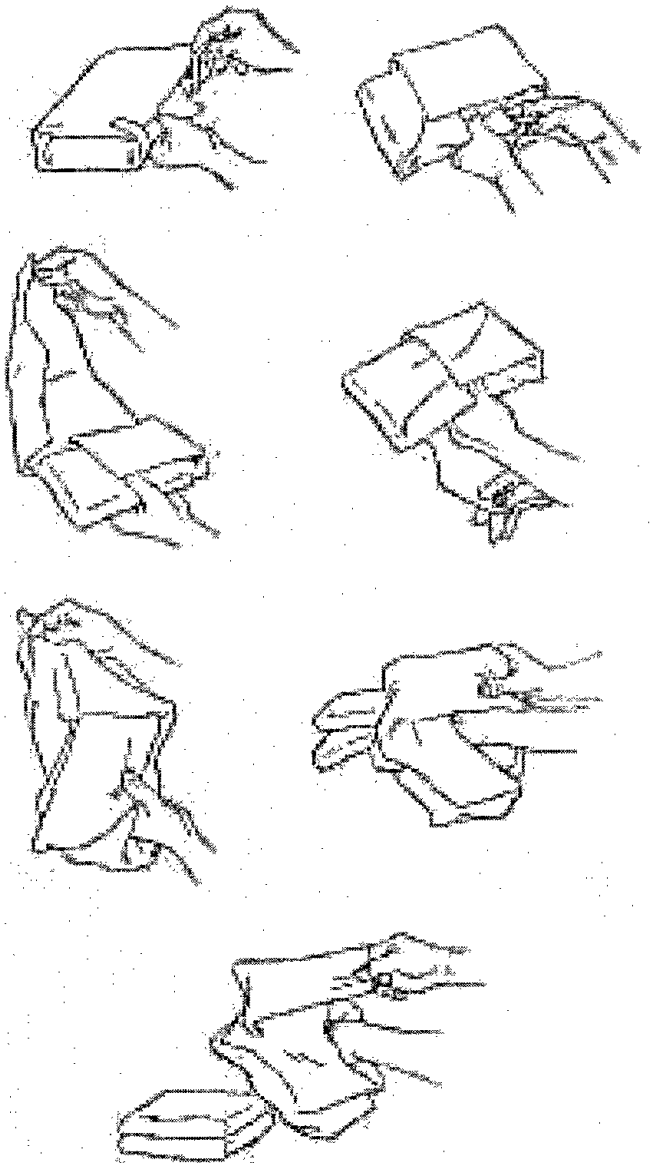
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.2 Emissão
Técnica de Empacotamento de material		Revisão
		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

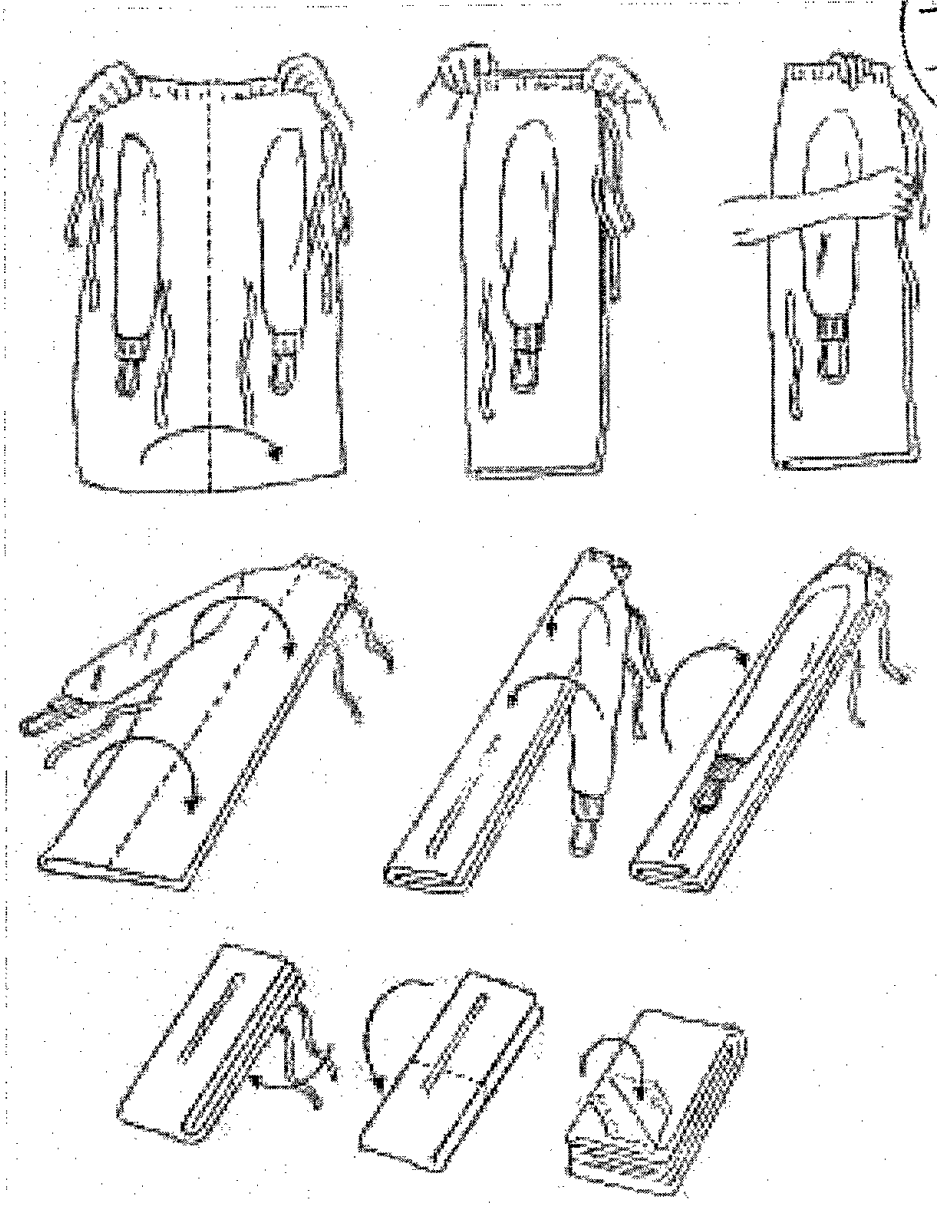
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.3
		Emissão
Técnica de Abertura de Material Estéril		Revisão
		Nº: / Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.4	
		Emissão	
Técnica de Dobradura de Avental Cirúrgico		Revisão	
		Nº:	Data:

SES
3245
FLS. 7
RUBRICA
PROTOCOLO

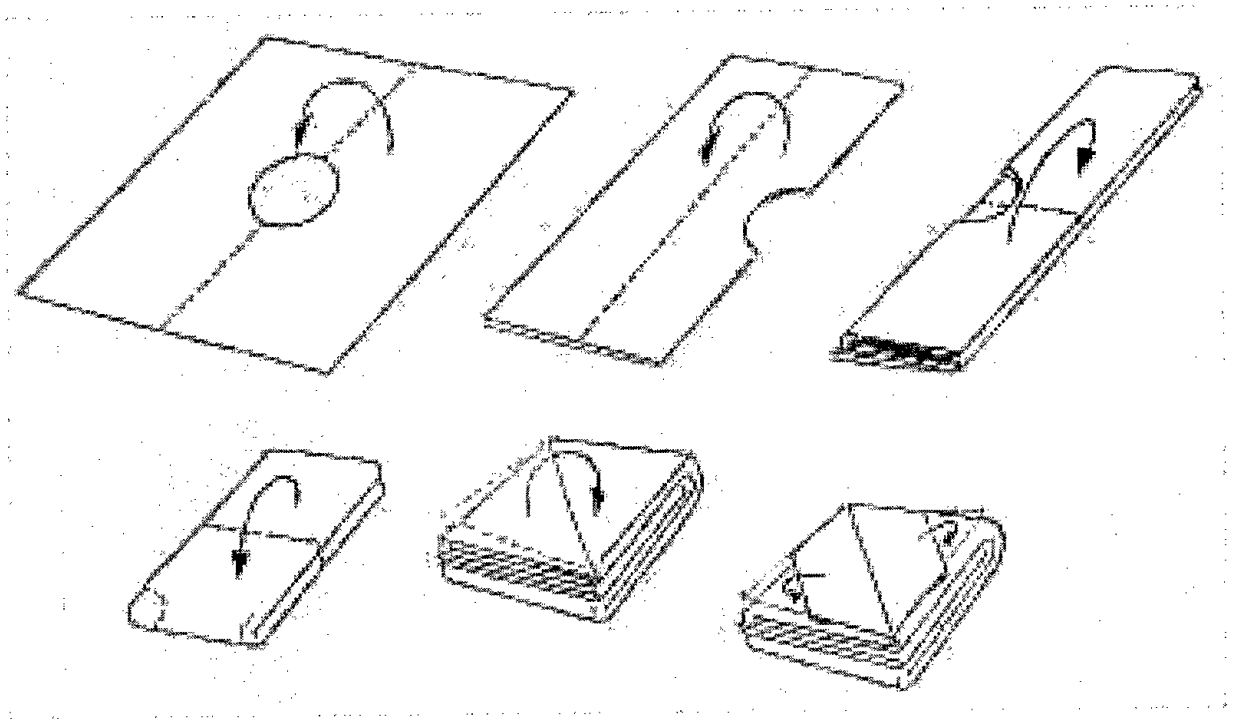


Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

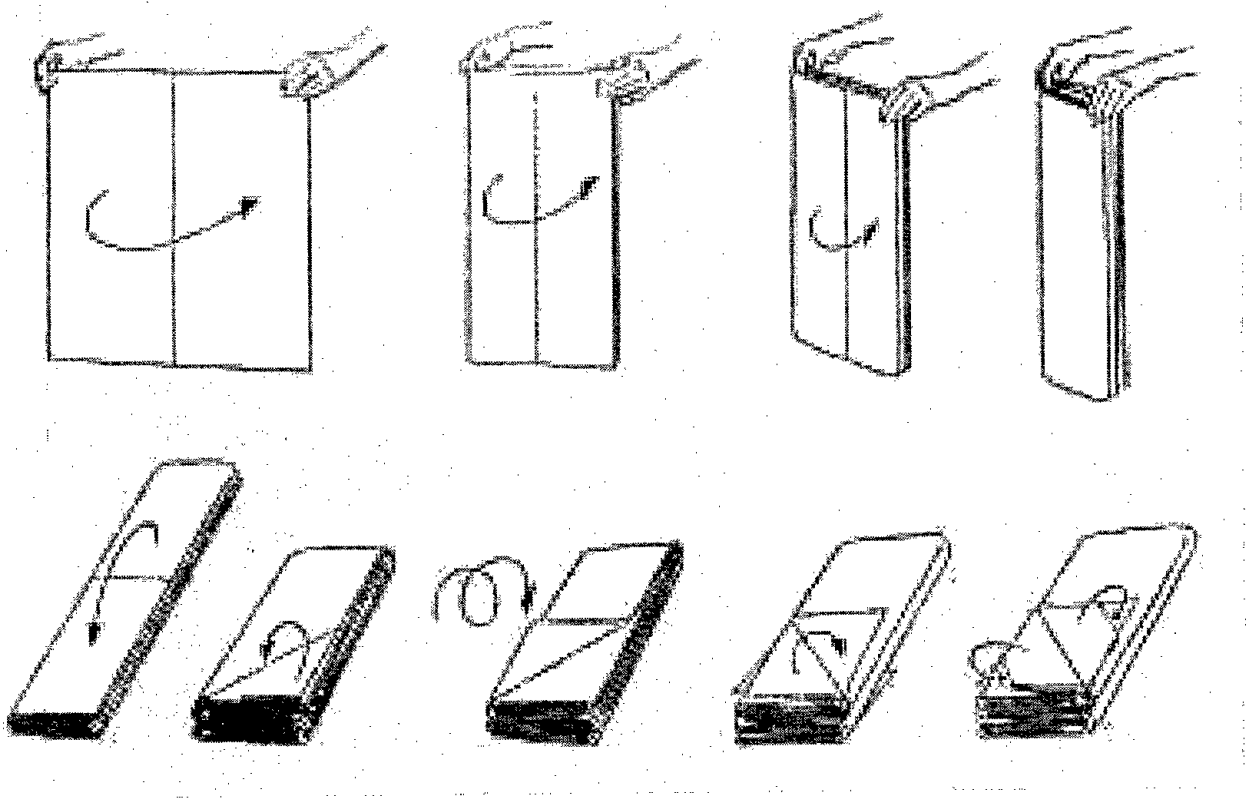
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.5
		Emissão
Técnica de Dobradura de Campo Fenestrado		Revisão
		Nº: Data:

SES 324 FLS



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.6
		Emissão
Técnica de Dobradura de Campo Cirúrgico		Revisão
		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.7
		Emissão
Rotinas de Serviços Gerais na CME		Revisão
		No: Data:

Lavar as mãos com água e sabão líquido ou sabão em barra e aplicar álcool glicerinado a 70% friccionando por 30 segundos:

- Antes de iniciar as tarefas de limpeza.
- Ao constatar sujeira.
- Antes e após uso de toalete.
- Após tossir, espirrar ou assoar o nariz.
- Antes de se alimentar.
- Após término das atividades.
- Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza.
- Evitar o uso de bijouterias, jóias e relógios durante a execução do trabalho.
- Usar uniforme durante o trabalho e o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.
- Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado.
- Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza.
- Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco nas áreas internas das Unidades de Saúde.
- Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.
- Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.
- Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.
- Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA

Pano de chão: utilizado para varrer, lavar e secar pisos. Deve ser de tecido forte, branco, embainhado ou areolado e de tamanho suficiente para envolver o rodo ou vassoura.

- Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Colocar para secar.

Pano para limpeza: tecido macio embainhado ou areolado, usado para remover poeira; pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%.



- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Colocar para secar.

VASSOURA DE FIO SINTÉTICO:

- Usada juntamente com o pano de chão.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

VASSOURA DE VASO SANITÁRIO:

- Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos.
- Lavar novamente.
- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

ESPONJAS:

- *Esponjas de aço:* usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos.
- É descartável.
- *Esponja sintética:* usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.

ESCADAS:

- Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Secar com pano limpo.

BALDES:

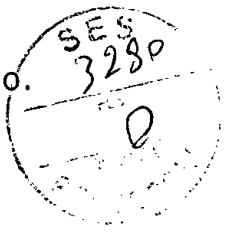
- Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Colocar emborcados para secar.

PÁS DE LIXO:

- São de metal ou plástico com cabo longo de plástico ou madeira, usados para
- Recolher pequenas porções de lixo e pó.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.

- Esfregar com esponja de aço.
- Guardar pendurada pelo cabo.

RODO:



- Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário.
- Colocar para secar pendurado pelo cabo.

DESENTUPIDOR DE VASOS E PIAS:

- É constituído de material emborrachado com cabo de madeira ou plástico.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.
- Enxaguar.
- Deixar secar pendurado pelo cabo.

ESCOVA MANUAL DE FIOS SINTÉTICOS:

- Usada para lavar superfícies com reentrâncias.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário.
- Enxaguar.

LUVAS DE AUTOPROTEÇÃO:

- Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico).
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Secar.
- Guardar em local próprio.

Responsável pela aprovação:	Aprovação
	Assinatura do representante / Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.8
		Emissão
Glossário		Revisão
		Nº: / Data:

CME	Central de materiais e esterilização.
EPI	Equipamento de proteção individual.
Limpeza	É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.
Descontaminação	É o processo de redução dos microorganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.
Desinfecção	É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.
Desinfecção de alto nível	Procedimento eficaz contra todas as formas vegetativas, destruindo também uma parte dos esporos, quando utilizamos entre 10 e 30 minutos. Os desinfetantes de alto nível em um tempo relativamente longo, 6 a 10 horas, são capazes de realizar esterilização.
Desinfecção de nível intermediário	Procedimento que destrói os microrganismos na forma vegetativa incluindo o Mycobacterium tuberculosis, todos os fungos e a maioria dos vírus.
Desinfecção de baixo nível	Procedimento que destrói a maioria das bactérias na forma vegetativa, exceto Mycobacterium tuberculosis, alguns fungos e alguns vírus
Esterilização	É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevida do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10/6). A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.
Artigos	Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (talheres, louças, comadres, papagaios e outros), acessórios de equipamentos, instrumental odontológico e outros.
Superfícies	Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

Artigos críticos	àqueles que entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular, bem como todos os que estejam diretamente conectados com este sistema, pois possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem *esterilização* para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: agulhas, roupas; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.
Artigos semi-críticos	àqueles que entram em contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Exigem *desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização.* Ex: equipamentos respiratórios, anestesia, endoscópios.
Artigos não críticos	àqueles que entram em contato com a pele íntegra do usuário. Requerem *limpeza e/ou desinfecção de baixo ou médio nível.* Deve-se atentar para o risco de transmissão secundária por parte dos profissionais que lidam com o artigo e entrem em contato com o usuário. Ex: termômetro clínico; incubadoras; artigos de higiene. Observação: **Considerar todo artigo como contaminado**.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.9	
		Emissão	FLS
Processamento de Artigo de Uso Único (uso e reuso)		Revisão	
		Nº:	Data:

SES 3283 FLS 2 RUBRICA PROTOCOLO

ANVISA - Resolução - REnº 2.606, de 11 de agosto de 2006

D.O.U. de 14/8/2006

Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências.

O Diretor da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere a Portaria nº 42, de 24 de janeiro de 2006;

considerando o estabelecido no artigo 10 da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n? 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências e na Resolução – RE n? 2.605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados;

considerando a necessidade de estabelecer parâmetros que orientem a elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos por serviços de saúde e empresas reprocessadoras com objetivo de garantir a segurança e eficácia dos produtos,

considerando que a matéria foi submetida à apreciação da Diretoria Colegiada que a aprovou em reunião realizada em 7 de agosto de 2006, resolve:

Art.1º Para efeitos desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - Artigos Críticos: São artigos ou produtos utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os artigos que estejam diretamente conectados com esses sistemas. Pelo grande risco de transmissão, devem ser esterilizados.

II - Artigos Semi-Críticos: São artigos ou produtos que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras. Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização para ter garantida a qualidade do seu múltiplo uso.

III - Desinfecção: Processo físico ou químico que elimina a maioria dos microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies.

IV - Embalagem: Envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento destinado a cobrir, empacotar, envasar, proteger ou manter produtos dos quais trata este regulamento.

V - Empresa reprocessadora: Estabelecimento que presta serviços de reprocessamento de produtos médicos.

VI - Equipamento de proteção individual (EPI): Dispositivo ou produto de uso individual destinado à proteção contra riscos à saúde e à segurança no trabalho.

VII - Evento adverso: Qualquer efeito não desejado em humanos decorrente do uso de produto sob vigilância sanitária.

VIII - Esterilização: Processo físico ou químico que elimina todas as formas de vida microbiana, incluindo os esporos bacterianos.

IX - Limpeza: Consiste na remoção de sujidades visíveis e detritos dos artigos, realizada com água adicionada de sabão ou detergente, de forma manual ou automatizada, por ação mecânica, com conseqüente redução da carga microbiana. Deve preceder os processos de desinfecção ou esterilização.

X - Medida de proteção coletiva: dispositivo, sistema ou meio de abrangência coletiva destinado a preservar a integridade física e a saúde dos trabalhadores.

XI - Produto médico: produto para a saúde, tal como equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinado à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, podendo entretanto ser auxiliado em suas funções por tais meios.

XII - Protocolo de Reprocessamento: É a descrição dos procedimentos necessários à realização do reprocessamento do produto médico. Deve ser instituído por meio de um instrumento normativo interno do estabelecimento e validado pela equipe por meio da execução de protocolo teste.

XIII - Protocolo Teste: É a descrição dos procedimentos necessários ao teste da metodologia proposta para o reprocessamento do produto médico.

XIV - Reprocessamento de produto médico: Processo de limpeza e desinfecção ou esterilização a ser aplicado a produtos médicos, que garanta o desempenho e a segurança.

XV - Serviço de Saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população, em regime de internação ou não, incluindo atenção realizada em consultórios e domicílios.

XVI - Validação: Validação é um processo estabelecido por evidências documentadas que comprovam que uma atividade específica apresenta conformidade com as especificações predeterminadas e atende aos requisitos de qualidade.

Art.2º As empresas reprocessadoras e os serviços de saúde que realizam o reprocessamento de produtos médicos críticos e semi-críticos devem elaborar, validar e implantar os protocolos de reprocessamento atendendo ao estabelecido nestas diretrizes, visando à segurança do paciente.

§1º A validação dos protocolos de reprocessamento tem como objetivo garantir que o produto médico reprocessado tenha desempenho e segurança compatível com a sua finalidade.

§2º Os protocolos de reprocessamento devem garantir a qualidade do resultado e de todas as etapas do processo, incluindo a avaliação de funcionalidade, esterilidade, rastreabilidade, condições de armazenamento e descarte dos produtos.

§3º Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem definir um responsável técnico de nível superior pelo reprocessamento de produtos médicos.

Art.3º A elaboração, a validação e a implantação de protocolos de reprocessamento devem seguir as seguintes etapas:

I - Análise e pré-seleção dos produtos a serem reprocessados;

II - Elaboração de protocolo teste para cada marca e tipo de produto selecionado;

III - Avaliação dos resultados da aplicação do protocolo teste;

IV - Elaboração do protocolo de reprocessamento;

V - Capacitação da equipe para implantação do protocolo;

VI - Monitoramento da implantação do protocolo de reprocessamento;

VII - Monitoramento dos eventos adversos associados ao uso do produto reprocessado;

VIII - Monitoramento do descarte do produto reprocessado; e

IX - Revisão do protocolo de reprocessamento.

Art.4º A análise e a pré-seleção dos produtos a serem reprocessados devem considerar os seguintes critérios de inclusão:

I - O produto não consta da lista negativa estabelecida na Resolução – RE n? 2.605, de 2006, e não traz na sua rotulagem o termo "PROIBIDO REPROCESSAR";

II - A análise do custo-benefício (custo do produto, volume esperado de reprocessamento, custo do processo de trabalho, dos materiais e despesas gerais para o reprocessamento, riscos e conseqüências da falha do produto e risco ocupacional) justifica o reprocessamento do produto;

III - A tecnologia disponível para o reprocessamento do produto é compatível com as propriedades do produto;

IV - O produto possui características que permitem a rastreabilidade e o controle do número de reprocessamentos;

V - A instituição tem acesso aos métodos indicados nesta resolução para o controle da qualidade do produto.

Art.5º O protocolo teste, específico para cada marca e tipo de produto selecionado, deve ser elaborado contemplando os seguintes aspectos:

I - Descrição do Produto a ser reprocessado, especificando: nome, número de registro ou cadastro na Anvisa, nome do fabricante, dimensões, estrutura, e composição;

II - Classificação do produto segundo o risco em: artigo crítico ou semi-crítico;

III - Descrição do tamanho da amostra e do número de reprocessamentos a que o produto será submetido no teste;

IV - Descrição do método de reprocessamento proposto, compatível com o produto e sua classificação de risco, especificando:

a) as fases de reprocessamento de forma detalhada – limpeza, enxágüe, secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;

b) materiais e insumos a serem utilizados;

c) medidas de proteção coletiva e equipamentos de proteção individual necessários;

V - Descrição da técnica de validação para cada fase do reprocessamento – padrões de referência para cada fase (físicos, químicos e microbiológicos) e métodos de verificação;

VI - Definição dos testes de segurança (esterilidade, apirogenicidade, atoxicidade e integridade) e de desempenho.

Parágrafo único. O protocolo teste pode ser elaborado utilizando-se como referência protocolos validados de outras instituições.

Art.6º A validação do protocolo deve ser documentada e assinada pelo responsável técnico do serviço de saúde ou da empresa reprocessadora.

Art.7º Os protocolos de reprocessamento devem ser elaborados a partir dos protocolos teste validados e devem conter:

I - Descrição do Produto especificando: nome, número de registro ou cadastro na Anvisa, nome do fabricante, dimensões, estrutura e composição.

II - Controle do Protocolo: data de redação, edição, público alvo, critério de recolhimento, e nome e assinatura dos responsáveis pela validação do protocolo teste e do responsável técnico;

III - Síntese dos resultados da aplicação do protocolo teste

IV - Descrição do método de reprocessamento aprovado por meio do protocolo teste, especificando:

a) as fases de reprocessamento de forma detalhada – limpeza, enxágüe, secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;

b) as medidas de proteção coletiva e os equipamentos de proteção individual necessários;

c) os materiais e insumos a serem utilizados;

d) capacitação necessária à implantação e ao controle de qualidade dos protocolos de reprocessamento;

e) os critérios de descarte do produto reprocessado, considerando o número máximo de reprocessamentos definido no protocolo teste e outros fatores relacionados ao aspecto e às características do produto que indiquem a necessidade de descarte.

V - Descrição dos mecanismos de rastreabilidade do produto, incluindo o modelo do prontuário de identificação do produto;

VI - Descrição do monitoramento da implantação do protocolo de reprocessamento (vigilância de processos e resultados);

VII - Descrição do monitoramento dos eventos adversos associados ao uso do produto incluindo a classificação dos eventos, formas de registro, de notificação, e medidas corretivas a serem adotadas; e

VIII - Descrição do monitoramento do descarte do produto reprocessado, nas condições previstas no item IV-e.

Parágrafo único. Os produtos classificados como críticos devem ter garantida sua rastreabilidade individual.

Art.8º Os produtos críticos reprocessados devem possuir um prontuário de identificação com as seguintes informações:

I - Nome do artigo;

II - Identificação individual do produto;

III - Número do registro da ANVISA/MS;

IV - Nome do fabricante;

V - Nome do fornecedor;
VI - Descrição da estrutura e composição;
VII - Dimensões;
VIII - Nome do responsável por cada reprocessamento;
IX - Local da realização do reprocessamento;
X - Data de cada reprocessamento.



Art.9º Os produtos semi-críticos reprocessados devem possuir um prontuário de identificação com as seguintes informações:
I - Nome do artigo;
II - Número do registro da ANVISA/MS;
III - Nome do fabricante;
IV - Nome do fornecedor;
V - Descrição da estrutura e composição;
VI - Dimensões;
VII - Nome do responsável por cada reprocessamento;
VIII - Local da realização do reprocessamento;
IX - Data de cada reprocessamento.

Art.10 O serviço de saúde que optar pela terceirização do reprocessamento deverá oferecer à empresa reprocessadora as informações constantes dos itens de I a VII do Art.8º e dos itens de I a VI do Art. 9º.

Art. 11 A empresa reprocessadora deve fornecer ao serviço de saúde as informações referentes aos itens de VIII a X do Art.8º e aos itens de VII a IX do Art. 9º.

Art.12 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem promover treinamento e educação permanente da equipe, visando à implantação e ao controle de qualidade dos protocolos de reprocessamento, mantendo disponíveis os registros dos mesmos.

Art.13 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem adotar mecanismos de monitoramento da implantação dos protocolos de reprocessamento, podendo envolver vigilância de resultado e de processo.

Art.14 Os serviços de saúde devem monitorar e notificar os eventos adversos associados ao uso dos produtos reprocessados.

Art. 15 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem monitorar o descarte de produtos reprocessados.

Art. 16 Os protocolos de reprocessamento devem ser revisados ou substituídos, após a validação de novo protocolo teste, diante das seguintes situações:
I - Alteração das tecnologias utilizadas no reprocessamento (insumos, equipamentos ou processo de trabalho);
II - Resultados desfavoráveis da avaliação dos eventos adversos;
III - Novas evidências científicas que indiquem risco à segurança do paciente.

Art.17 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras terão o prazo de trezentos e sessenta e cinco dias, a partir da data de publicação desta Resolução, para implantar os protocolos de reprocessamento atendendo às diretrizes desta resolução.

Art. 18 A inobservância do disposto nesta Resolução configura infração sanitária, sujeitando o infrator às penalidades previstas no artigo 10, inciso I e IV, da Lei de nº 6.437 de 20 de agosto de 1977.

Art. 19 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CLÁUDIO MAIEROVITCH PESSANHA HENRIQUES

RESOLUÇÃO - RE Nº 2605, DE 11 DE AGOSTO DE 2006.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere inciso XI, do Art. 13, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029,de 16 de abril de 1999,

considerando o disposto no inciso II do artigo 8º da Resolução RDC/ANVISA nº 156 de 11 de agosto de 2006;

considerando a necessidade de indicar os produtos que no estágio atual de conhecimento não devem ser reprocessados, e

considerando que a matéria foi submetida à apreciação da Diretoria Colegiada, que a aprovou em reunião realizada em 7 de agosto de 2006, Resolve:

Art. 1º Estabelecer a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados, que constam no anexo desta Resolução.

Art. 2° Revoga-se a Resolução RE/ANVISA nº 515, de 15 de fevereiro de 2006.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

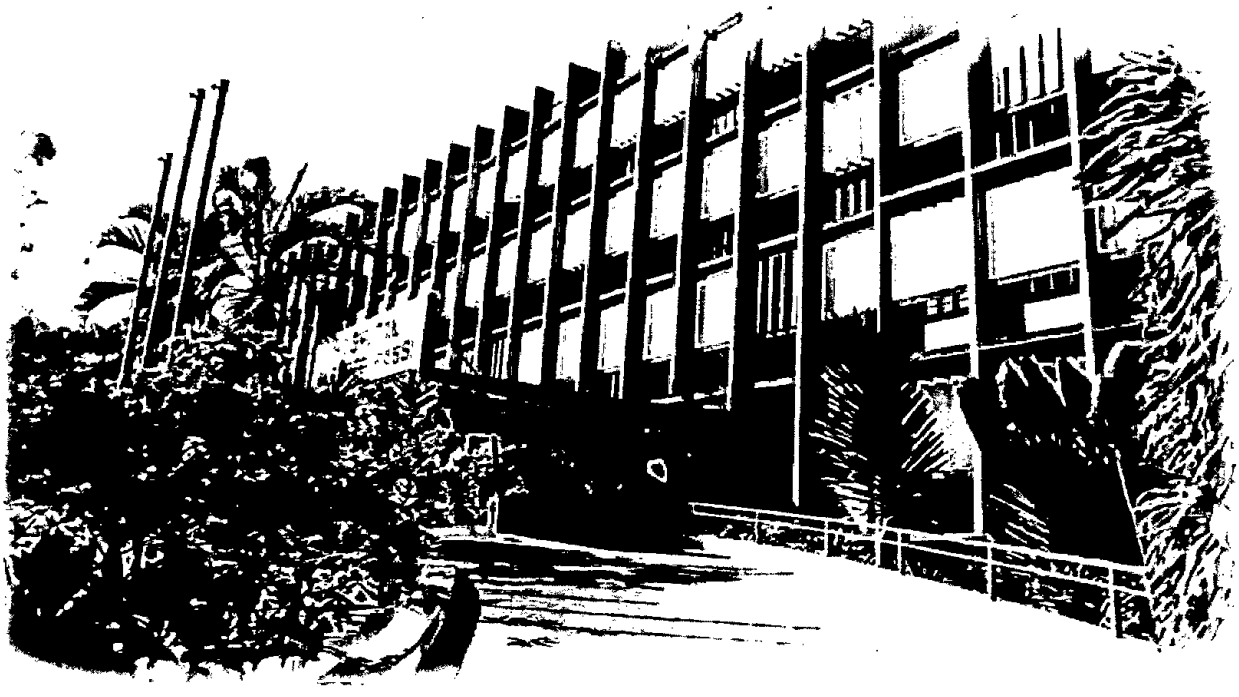
DIRCEU RAPOSO DE MELLO



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3288

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas da Farmácia

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DA FARMÁCIA 05

3. ROTINAS DA FARMÁCIA HOSPITALAR 06

1. INTRODUÇÃO

SES 3290

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Farmácia hospitalar, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Farmácia**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Farmácia		Revisão: Nº: / Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- O horário de funcionamento da Farmácia (funcionários): segunda a sexta-feira das 07h às 17h – Almoço das 11:30h às 13:30h
- O horário de entrega de fornecedores na Farmácia: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (pacientes, fornecedores, médicos, enfermeiros etc.) que buscam os serviços do serviço de Farmácia.

Normas

- As paredes da Farmácia devem ser laváveis;
- O piso deve ser lavável e antiderrapante;
- Deve haver proteção contra incêndio, insetos e roedores;
- Os medicamentos com prazo de validade próximo a data limite, devem ser armazenados na frente;
- Os produtos não poderão ser colocados diretamente sobre o piso;
- Atenção para minimizar perdas de produtos por deterioração e desvios;
- O horário de liberação dos medicamentos deverá seguir a seguinte ordem:
    1. Seções, setores e serviços assistenciais: reposição de segunda a sexta-feira, das 08h às 16h;
    2. A reserva de medicamentos servirá como suporte para o fim de semana, devendo a responsabilidade da chave com a enfermeira de plantão que fará a distribuição quando os setores solicitarem.
- Não é permitida a entrada de pessoas estranhas no interior da Farmácia e Reserva, sem prévia autorização da administração do hospital;
- Nenhum medicamento poderá ser retirado da Farmácia sem a devida requisição preenchida corretamente e carimbada pelo chefe do serviço solicitante e/ou prescrição médica;
- Todo medicamento retirado da Reserva deverá ser registrado no Livro de Ocorrências pela enfermeira de plantão;
- A quantidade de medicamentos entregue deve ser rigorosamente, a mesma que consta na requisição;
- A armazenagem dos medicamentos deve obedecer aos critérios: número do lote e vencimento;
- O farmacêutico e/ou responsável pela Farmácia deverá conferir todo o medicamento/material recebido, através da nota fiscal, para então, assinar o recebimento dos mesmos;
- Os funcionários deverão estar devidamente uniformizados durante a jornada de trabalho;
- A limpeza e higienização do ambiente, prateleiras e armários deverão ser feita diariamente;
- A conferência do estoque deverá ser feita a cada quinze dias;
- O inventário da Farmácia deverá ser feito mensalmente;
- A climatização da Farmácia deverá obedecer aos critérios exigidos pela Vigilância Sanitária que é: máxima de 27°C e mínima de 23°C;
- Os medicamentos deverão ser acondicionados sobre palites e de acordo com as especificações dos mesmos;
- É proibido fumar dentro da Farmácia;
- O controle dos psicotrópicos deve ser rigoroso;
- Os psicotrópicos somente poderão ser liberados mediante prescrição e receita médica específica.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

SES 3292

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.1
		Emissão
Tarefa: Pedido de Suprimento		Revisão
		No: / Data:

Executante
Farmacêutica

Resultados esperados
Evitar a falta de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.

Atividades
- Calcular lote de reposição;
- Preencher o pedido de compra;
- Enviar para a administração.

Cuidados
- Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício;
- Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação
	Assinatura do representante / Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.2
		Emissão SES 3293
Tarefa: Recebimento de medicamentos/material médico-hospitalar		Revisão 2
		No: Data:

Executante
Auxiliar de farmácia.

Resultados esperados
Agilidade no recebimento e conferência de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e caneta.

Atividades
- Receber medicamentos e/ou material médico-hospitalar com as respectivas notas fiscais;
- Conferir os medicamentos e/ou material médico-hospitalar através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade e prazo de validade;
- Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
- Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao farmacêutico para que este tome as devidas providências;
- Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao farmacêutico para que este tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.3 Emissão
Tarefa: Armazenagem de medicamentos/material médico-hospitalar		Revisão No: Data: 3294

Executante
Auxiliar de farmácia.

Resultados esperados
Agilidade na armazenagem correta de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, fichas de controle de estoque e caneta.

Atividades
- Atualizar fichas de controle de estoque, registrando a entrada dos produtos;
- Lançar no sistema a entrada dos produtos;
- Armazenar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar nas respectivas estantes, observando o lote e prazo de validade dos mesmos.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora armazenar os produtos, verificando os lotes e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que armazenou um produto no local errado, retirá-lo deste local e levá-lo para o local correto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.4 Emissão
Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração		Revisão No: Data:

Executante
Farmacêutico.

Resultados esperados
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.

Atividades
- Receber as notas fiscais;
- Colocar nas notas fiscais a confirmação de "mercadoria entregue";
- Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque;
- Protocolar as notas fiscais;
- Encaminhar as notas fiscais para a administração.

Cuidados
Ter atenção a arquivar as notas fiscais, evitando.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que armazenou um produto no local errado, retirá-lo deste local e levá-lo para o local correto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.5 Emissão
Tarefa: Requisição de medicamentos e/ou material médico-hospitalar ao almoxarifado		Revisão No: Data:

SES 3294 FLS

Executante
Farmacêutico.

Resultados esperados
Garantir o estoque de medicamentos e/ou material médico-hospitalar da farmácia.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e formulário de requisição de material.

Atividades
- Anotar no formulário de requisição de material, os materiais necessários;
- Separar as vias do formulário de requisição de material;
- Arquivar a primeira via da requisição de material;
- Encaminhar a requisição de material para o almoxarifado.

Cuidados
Ter atenção ao preencher o formulário de requisição de material.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que solicitou o medicamento e/ou material errado, preenche uma nova requisição de material e faz a troca da anterior pela correta.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.6 Emissão
Tarefa: Requisição de medicamentos e/ou material médico-hospitalar ao almoxarifado da Farmácia		Revisão 3 No: Data:

Executante
Farmacêutico.

Resultados esperados
Garantir o estoque de medicamentos e/ou material médico-hospitalar da farmácia.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e formulário de requisição de material.

Atividades
- Anotar no formulário de requisição de material, os materiais necessários;
- Separar as vias do formulário de requisição de material;
- Arquivar a primeira via da requisição de material;
- Encaminhar a requisição de material para o almoxarifado.

Cuidados
Ter atenção ao preencher o formulário de requisição de material.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que solicitou o medicamento e/ou material errado, preenche uma nova requisição de material e faz a troca da anterior pela correta.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.7 Emissão
Tarefa: Entrega de medicamentos e/ou material médico-hospitalar pelo almoxarifado da Farmácia		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de farmácia.

Resultados esperados
Agilidade no atendimento à solicitação da farmácia.

Recursos Necessários
Requisição de material, medicamentos e material médico-hospitalar.

Atividades
- Receber a requisição de material enviada pela farmácia;
- Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela farmacêutica;
- Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição;
- Separar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar que deverão ser entregues na farmácia;
- Anotar na requisição de material as quantidades que serão entregues;
- Atualizar as fichas de controle de estoque
- Entregar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar ao requisitante.

Cuidados
- Ter atenção ao conferir a requisição de material;
- Ter atenção ao separar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar, evitando trocas.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar ao farmacêutico a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Farmácia**	POP.8 Emissão
Tarefa: previsão e controle de estoque mensal		Revisão No: Data:

Executante
Farmacêutico.

Resultados esperados
Garantir que não falte nenhum medicamento e/ou material médico-hospitalar no almoxarifado da farmácia e controlar o consumo destes.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.

Atividades
- Controlar o estoque do almoxarifado da farmácia através das requisições de materiais arquivadas;
- Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de medicamentos e/ou material médico-hospitalar;
- Emitir relatório diário para controle do estoque;
- Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.

Cuidados
- Ter atenção ao conferir as requisições de material;
- Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.

Ações em caso de não conformidade
Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almoxarifado da farmácia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3309
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas da Imageologia

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
3301

1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DA IMAGEOLOGIA 05

3. ROTINAS DA IMAGEOLOGIA 07

1. INTRODUÇÃO

SES 3302

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços da Imageologia, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DA IMAGEOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Imageologia**	EO.1 Emissão / Revisão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Imageologia		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- Serviço de Raio-X:
  a) Pacientes internados e/ou de emergência: 24 horas, de domingo a domingo, obedecendo a rotina estabelecida;
  b) Pacientes de PSF e ambulatório: de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, excluindo feriado, seguindo a rotina;
- Serviço de Ultrassonografia:
  a) Pacientes de PSF, ambulatório, internados e emergência: as terças e quintas-feiras das 08h às 17h, excluindo feriados, no Centro de Especialidades.
- Entrega de resultados de exames:
  a) Pacientes internados e/ou emergência: 24 horas, seguindo a rotina;
  b) Pacientes de PSF e ambulatório: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h, excluindo feriados, seguindo a rotina.

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, etc.) que buscam os serviços da Imageologia.

Normas

- A finalidade do serviço de imageologia é a realização de exames complementares de diagnóstico dos pacientes oriundos dos PSF's, ambulatório, internamento e emergência do Hospital Municipal de Madre de Deus, assim como atender a todos os munícipes de Madre de Deus;
- Solicitação de exames:
  a) Pacientes de PSF: os exames serão realizados com encaminhamento do PSF, devidamente preenchido, solicitação do SUS, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEB;
  b) Pacientes do Programa do Ministério da Saúde no âmbito da Saúde Pública: os exames serão realizados, mediante a apresentação da solicitação feita por enfermeiros capacitados que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USG obstétrica) do Programa de Pré Natal de Baixo Risco;
  c) Pacientes de ambulatório: os exames serão realizados com encaminhamento, via ambulatório, com a solicitação do SUS, devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEB;
  d) Pacientes internados: serão realizados os exames com encaminhamento, via internamento, com a solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEB. Nas 24 horas, seguindo a rotina;
  e) Paciente de emergência: serão realizados os exames com encaminhamento, via emergência, com a solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEB. Nas 24 horas, seguindo a rotina;
- O quadro funcional é composto por médico radiologista, técnicos em radiologia e secretária;
- O médico radiologista trabalha de segunda a sexta-feira, emitindo laudos de RX e realizando USG's;
- Os técnicos em radiologia trabalham em regime de plantão 24 horas semanais;
- As trocas de escalas de plantão, somente serão concedidas, mediante a solicitação prévia junto à chefia imediata do serviço, que encaminhará à administração para análise. Nos casos positivos, registrar no livro de ocorrências, constando a assinatura dos interessados e da chefia imediata;

- Durante a jornada de trabalho, deverá ser observado o silêncio e a prática de falar baixo;
- Todos os funcionários deverão estar higienizados e devidamente uniformizados para iniciar a jornada de trabalho;
- Evitar o constrangimento de pacientes e/ou familiares, com observações ou discussões, na presença dos mesmos;
- Não é permitido fazer refeições dentro das salas de exames;
- Não é permitido fumar dentro das dependências do serviço de imageologia, durante a jornada de trabalho;
- É vedado a todos os funcionários, emitir comentários sobre os resultados de exames dos pacientes para quem quer que seja. O descumprimento dessa norma será considerado grave, passível de penalidades administrativas;
- É obrigatório registrar no Livro de Ocorrências todas as alterações durante a jornada de trabalho;
- É obrigatório o uso de EPI's por parte dos técnicos em radiologia, tais como: dosímetros, aventais específicos para a realização dos exames de RX e capas anti-radiação;
- As notificações de Doenças de Notificação Compulsória serão feitas pelo médico e/ou pela enfermeira;
- O boletim mensal sobre as Doenças de Notificação Compulsória será elaborado pela auxiliar administrativa.

SES 3304

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DA IMAGEOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.1 Emissão SES 7305
Tarefa: Recebimento das solicitações de exames		Revisão No: Data:

Executante Auxiliar administrativa.
Resultados esperados Assegurar que as solicitações foram preenchidas devidamente e agilizar a realização dos pacientes.
Recursos Necessários Mesa, cadeira, caneta, computador, material de expediente, telefone, guias com solicitação de exames do SUS.
Atividades • Receber a planilha de agendamento dos exames de RX e USG; • Conferir as solicitações de exames; • Lançar no sistema todas as planilhas de exames.
Cuidados Atenção quando conferir as solicitações de exames, verificando ser estão devidamente preenchidas e assinadas pelo médico solicitante (com carimbo).
Ações em caso de não conformidade Nos casos de solicitações que não estão preenchidas e assinadas corretamente, comunicar a chefia imediata para providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.2 Emissão S.E.S Revisão 3304 No: Data: 2
Tarefa: Liberação de exames extras		

Executante
Enfermeira da unidade.

Resultados esperados
Assegurar a real necessidade do exame solicitado e agilizar a liberação do mesmo.

Recursos Necessários
Solicitação do exame.

Atividades
- Receber a solicitação de exame extra;
- Verificar a justificativa médica para a solicitação do exame;
- Liberar o exame.

Cuidados
Verificar se a justificativa para a solicitação do exame foi preenchida corretamente.

Ações em caso de não conformidade
Em casos de dúvidas quanto à justificativa constante na ficha de solicitação de exame extra, comunicar ao chefe do serviço para providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.3 Emissão
Tarefa: Recepção do paciente no dia da realização do exame		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar administrativo.

Resultados esperados
Atendimento cortês, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa e cadeira.

Atividades
- Receber o paciente;
- Perguntar ao paciente qual o exame que ele vai realizar;
- Pedir ao paciente que sente e aguarde ser chamado pelo técnico para a realização do exame.

Cuidados
Ser cordial e atenciosa com o paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente manifestar dúvidas quanto ao exame que vai realizar, solicitar que o mesmo aguarde, pois o médico e/ou o técnico irá explicar como é o procedimento.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.4 Emissão
Tarefa: Orientações ao paciente sobre a realização do exame		Revisão No: Data:

Executante
Médico (USG) e técnico em radiologia (RX).

Resultados esperados
Esclarecer dúvidas e transmitir segurança ao paciente e/ou familiares.

Recursos Necessários
Sala de exame.

Atividades
- Chamar o paciente pelo nome;
- Perguntar se o mesmo tem alguma dúvida quanto à realização do exame;
- Esclarecer as dúvidas do paciente, nos casos afirmativos, usando uma linguagem de fácil compreensão.

Cuidados
Atenção para usar uma linguagem de fácil compreensão quando for tirar dúvidas do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Não realizar o exame do paciente sem que todas as dúvidas do paciente sejam esclarecidas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.5 Emissão
Tarefa: Checagem do equipamento de Raio-X		Revisão No: Data:

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Garantir que o equipamento está em perfeitas condições para a realização dos exames.

Recursos Necessários
Equipamento de Raio-X, dosímetro e aventais anti-radiação.

Atividades

- Ligar o equipamento, observando através da mesa de comando os seguintes itens:
    1. Amperagem – varia de acordo com o tipo de exame a ser realizado;
    2. Rede – deve estar em 200;
    3. Quilovoltagem – que varia de acordo com o exame a ser realizado;

- Colocar o equipamento dentro dos padrões adequados ao exame que vai ser realizado.

Cuidados

- Nunca realizar exames sem antes verificar o equipamento;
- Sempre ajustar o equipamento para os padrões do exame a ser realizado.

Ações em caso de não conformidade
Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.6 Emissão
Tarefa: Checagem da processadora de Raio-X		Revisão No: Data:

SES
331

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Garantir que a processadora esteja em perfeitas condições para revelar as películas de Raio-X.

Recursos Necessários
Processadora, solução reveladora e solução fixadora.

Atividades
- Verificar se a lâmpada de segurança da câmara escura está funcionando;
- Colocar as soluções reveladora e fixadora na processadora;
- Ligar a processadora;
- Aguardar 10 minutos para que a processadora aqueça.

Cuidados
- Verificar sempre a lâmpada de segurança da câmara escura, antes de executar os serviços;
- Sempre aguardar 10 minutos para o aquecimento da processadora.

Ações em caso de não conformidade
Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto;
Se a lâmpada de segurança da câmara escura não estiver funcionando, comunicar ao médico radiologista para que este tome as providências de substituição da mesma;
Se os níveis de solução (revelador e fixador) estiverem abaixo do exigido, adiciona uma nova quantidade de cada, para somente então, ligar a processadora.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.7 Emissão
Tarefa: Realização do exame de Raio-X		Revisão No: Data: 3311

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Realização de exame de forma correta e ágil.

Recursos Necessários
Sala, equipamento de Raio-X, dosímetro e aventais anti-radiação.

Atividades

- Pedir ao paciente que troque as vestes pela bata, se for o caso;
- Colocar o paciente na mesa do equipamento;
- Informar ao paciente como ele deve proceder durante a realização do exame;
- Vestir o avental anti-radiação;
- Dirigir-se ao local de proteção, onde aciona o equipamento de Raio-X;
- Realizar o exame;
- Solicitar ao paciente que aguarde enquanto vai verificar se será necessário repetir o exame;
- Liberar o paciente se não houver necessidade de repetir o exame.

Cuidados
Só liberar o paciente, após confirmado que a película de Raio-X deu certo.

Ações em caso de não conformidade

- Toda e qualquer alteração durante o exame do paciente, solicitar a presença do médico radiologista;
- Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.8 Emissão
Tarefa: Checagem do equipamento de Ultra-som		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Garantir que o equipamento esteja em perfeitas condições para a realização dos exames.

Recursos Necessários
Ultra-som e sondas.

Atividades
- Ligar o equipamento, verificando se está intacto e em perfeito funcionamento;
- Verificar se todas as sondas necessárias para a realização dos diversos tipos de exames estão completas.

Cuidados
- Atenção antes de ligar o equipamento, verificando se o mesmo está conectado na tomada correta;
- Atenção ao checar as sondas, verificando se as mesmas estão limpas antes da realização dos exames.

Ações em caso de não conformidade
Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que se providencie o conserto;
Se faltar algum sonda do equipamento e/ou quebra-se, informar à administração para que as providências de substituição das mesmas sejam feita.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.9 Emissão
Tarefa: Realização do exame de ultrassonografia		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Realização de exame de forma correta e ágil.

Recursos Necessários
Sala, equipamento de ultra-som e maca de exame apropriada.

Atividades
- Pedir ao paciente que troque as vestes pela bata, se for o caso;
- Colocar o paciente na mesa de exame;
- Informar ao paciente como ele deve proceder durante a realização do exame;
- Realizar o exame;
- Liberar o paciente.

Cuidados
Conversar com o paciente usando uma linguagem de fácil compreensão com a finalidade de esclarecer todas as dúvidas do mesmo a respeito do exame.

Ações em caso de não conformidade
Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que providencie o conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.10 Emissão SES 3314
Tarefa: Emissão de laudo dos exames – Raio-X		Revisão No: Data: 2

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Agilidade na emissão do laudo do exame.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, película de Raio-X, negatoscópio, formulário de laudo e caneta.

Atividades
- Receber a película de Raio-X do técnico de radiologia;
- Analisar a película através do negatoscópio;
- Escrever o laudo do exame;
- Entregar o laudo do exame na recepção para ser digitado;
- Assinar e carimbar o laudo do exame, após digitação.

Cuidados
- Atenção na identificação do nome do paciente no laudo, evitando troca de exames.
- Atenção antes de assinar e carimbar o resultado do exame, verificando todas as informações digitadas no laudo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de erro de digitação do laudo do exame, devolver para a recepção e solicitar a digitação do laudo com as devidas correções.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.11 Emissão
Tarefa: Emissão do laudo do exame: ultrassonografia		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Agilidade na emissão do laudo do exame.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, formulário de laudo de exame, película do exame de ultra-som e caneta.

Atividades
- Analisar a película do exame de ultra-som;
- Escrever o laudo do exame;
- Entregar o laudo do exame na recepção para ser digitado;
- Assinar e carimbar o laudo do exame, após digitação.

Cuidados
- Atenção na identificação do nome do paciente no laudo, evitando troca de exames.
- Atenção antes de assinar e carimbar o resultado do exame, verificando todas as informações digitadas no laudo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de erro de digitação do laudo do exame, devolver para a recepção e solicitar a digitação do laudo com as devidas correções.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.12 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção das bancadas		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de higiene.

Resultados esperados
Garantir a limpeza e higienização das bancadas de trabalho.

Recursos Necessários
Luvas, pano limpo, água, sabão e álcool a 70%.

Atividades
- Calçar luvas;
- Pulverizar álcool a 70% em toda a extensão da bancada;
- Passar pano limpo, umedecendo toda a área, removendo a sujidade;
- Retirar o excesso com pano limpo seco;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos com água e sabão.

Cuidados
Não se esquecer de limpar diariamente as bancadas de trabalho.

Ações em caso de não conformidade
Na falta de algum material para a higienização das bancadas, informar a chefia imediata para que as providências de reposição de material seja feita.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento 'Público n.° 005/2011**



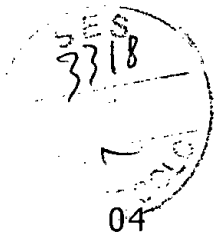
ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas do Necrotério

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO NECROTÉRIO 05

3. ROTINAS DO NECROTÉRIO 06

SES 3379

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços do Necrotério, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO NECROTÉRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Necrotério**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Necrotério**		Revisão
		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
24 horas em regime de sobre-aviso.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários que vieram a óbito.

Normas

- O setor de necrotério deverá ser mantido higienizado e mantido fechado constantemente, abrindo apenas quando necessário;
- A chave do setor de necrotério deverá ficar sempre com o serviço de vigilância e a mesma deverá ser entregue sob protocolo quando houver necessidade;
- Todas as peças humanas, resultados de amputação, restos placentários e nati-mortos com menos de 500 grs. deverão ser armazenadas no setor de necrotério, para posteriormente serem enviadas ao Instituto Médico Legal (IML)ç
- As peças armazenadas no setor de necrotério deverão ser enviadas ao Instituto Médico Legal (IML) semanalmente;
- O serviço de higienização deverá realizar a limpeza do setor sempre que o corpo for retirado;
- O setor de necrotério permanecerá aberto para os familiares e amigos do paciente falecido até que os mesmos encaminhem o corpo para o sepultamento.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DO NECROTÉRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.1 Emissão
Tarefa: Abertura do necrotério por morte de paciente		Revisão No: Data:

Executante Enfermeira.
Resultados esperados Assegurar que o necrotério estará aberto para receber o corpo do paciente.
Recursos Necessários Telefone.
Atividades • Ligar para o serviço de vigilância informando que precisa da chave do necrotério para encaminhar corpo do paciente falecido; • Pegar no serviço de vigilância a chave do necrotério; • Abrir o necrotério.
Cuidados Ligar para a vigilância antes de ir pegar a chave do necrotério.
Ações em caso de não conformidade Se não houver ninguém no setor de vigilância, ligar para a portaria solicitando que providencie uma chave para abrir o necrotério.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.2 Emissão
Tarefa: Transporte do corpo para o necrotério		Revisão No: / Data:

Executante Auxiliares e técnicos de enfermagem.
Resultados esperados Assegurar que o corpo do paciente será colocado com os devidos cuidados no necrotério.
Recursos Necessários Maca e mesa de mármore.
Atividades • Colocar o corpo sobre a maca; • Cobrir o corpo do paciente; • Transportar o corpo até o necrotério; • Colocar, com os devidos cuidados, corpo do paciente falecido sobre a mesa de mármore.
Cuidados Atenção na hora de colocar o corpo sobre a mesa de mármore para que o mesmo não caia no chão.
Ações em caso de não conformidade Se o auxiliar/técnico não tiver condições de colocar o corpo do paciente falecido na mesa de mármore sozinho, solicitar ajuda dos profissionais de apoio.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.3
		Emissão
Tarefa: Solicitação de limpeza do setor de necrotério		Revisão
		No: / Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilidade na higienização do setor.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades
- Ligar para o serviço de higienização e solicitar que o setor de necrotério seja limpo, após a saída do corpo e familiares;
- Solicitar ao serviço de higienização que faça o recolhimento dos materiais que seguirão para descarte.

Cuidados
Ser ágil na solicitação de higienização do setor de necrotério, pois pode surgir uma necessidade imediata.

Ações em caso de não conformidade
Caso o serviço de higienização não possa comparecer ao necrotério imediatamente após a retirada do corpo e saída dos familiares, solicitar que a limpeza seja feita tão logo quanto possível.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.4
		Emissão SES 3324
Tarefa: Higienização e fechamento do necrotério		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de higienização.

Resultados esperados
Garantir que o setor ficará devidamente fechado até surgir uma necessidade de uso deste.

Recursos Necessários
Chave do necrotério.

Atividades
- Providenciar a limpeza do necrotério, conforme os padrões de higienização;
- Fechar o necrotério, certificando-se de que tudo está no seu devido lugar;
- Entregar no serviço de vigilância a chave do necrotério.

Cuidados
Atenção na hora de fechar o necrotério, verificando se realmente a porta foi fechada.

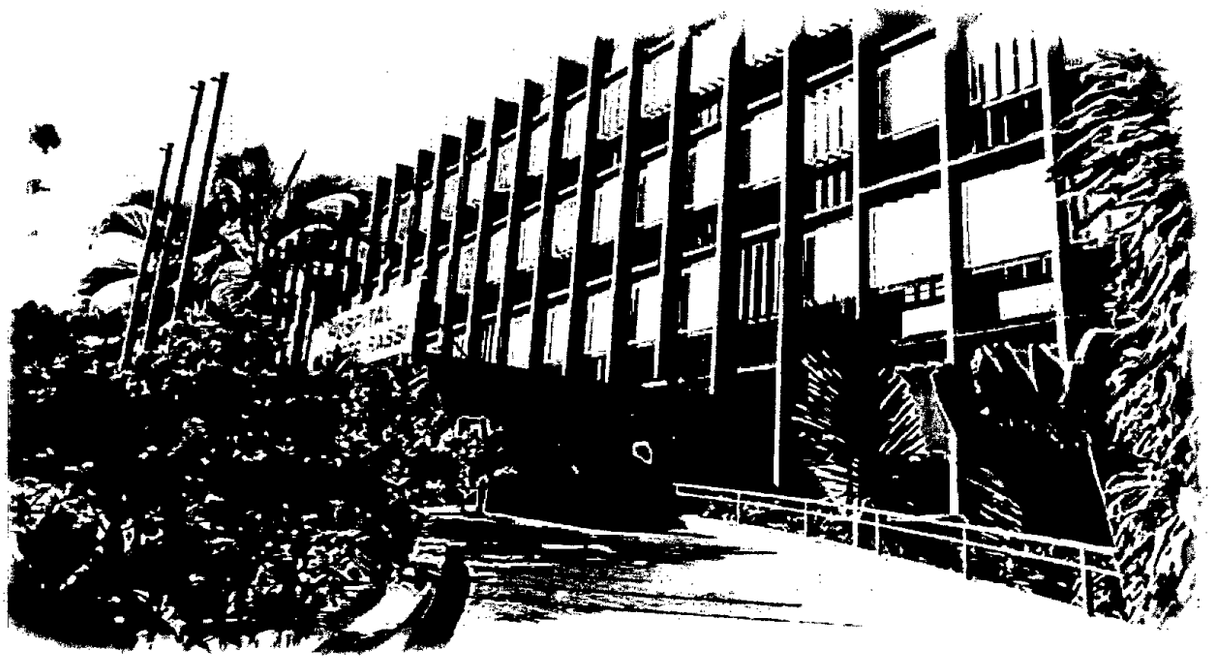
Ações em caso de não conformidade
Se não tiver ninguém no setor de vigilância que for entregar a chave, dirigir-se a portaria e entregar a chave ao porteiro.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3325

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas da Lavanderia

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SES
3324

SUMÁRIO

Pág.

1 INTRODUÇÃO..... 04
2 NORMAS..... 05
3 ROTINAS DA LAVANDERIA..... 07

1 INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área , e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia de serviços de Lavanderia Hospitalar, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DE CONDUTA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **SERVIÇO DE LAVANDERIA**	EO.1
		Emissão SES 3328
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL (EO) **Normas que regulamentam o funcionamento do Serviço**		Revisão
		No: Data:

Horário de funcionamento do Serviço

- 24h por dia, ininterruptamente
- Horário de coleta de roupas sujas – 9:00 as 10:20:00h
- Horário de distribuição de roupas limpas nas Unidades: 7:15 as 9:00h e 16:00 as 17:30h
  - ✓ Caso haja necessidade de roupa em algum setor fora deste horário, a lavanderia deverá atender à solicitação do responsável pelo setor

Gerenciamento do Serviço

- Empresa terceirizada
- Equipe de lavadeiras e auxiliares de serviços gerais sob coordenação técnica
- Acompanhamento dos serviços realizado pela Diretoria Administrativa

Responsabilidades dos profissionais do Serviço

- Compete ao Coordenador
  - ✓ Gerir a equipe de trabalho
  - ✓ Supervisionar a lavagem, estocagem e distribuição de roupas no Hospital
  - ✓ Acompanhar custos do Serviço
  - ✓ Supervisionar equipamentos e produtos de uso do Serviço
  - ✓ Realizar ações de educação permanente em Serviço, para a equipe
  - ✓ Elaborar escalas de trabalho
  - ✓ Acompanhar os indicadores de resultados do Serviço e emitir relatórios mensais de produtividade

- Compete ao Auxiliar de Serviços Gerais
  - ✓ Transportar roupa suja
  - ✓ Separar roupa suja por cor e sujidade/processo de lavagem
  - ✓ Pesar roupa suja
  - ✓ Lavar roupa suja
  - ✓ Desinfectar área suja do Serviço

- Compete à Lavadeira
  - ✓ Colher a roupa lavada
  - ✓ Centrifugar a roupa limpa
  - ✓ Secar a roupa limpa
  - ✓ Realizar calandragem da roupa limpa
  - ✓ Dobrar e guardar a roupa limpa

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do resp. pela aprovação	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **SERVIÇO DE LAVANDERIA**	EO.2 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL (EO) **Normas que regulamentam o funcionamento do Serviço**		Revisão No: Data: 3329

Clientes do Serviço

- Clientes internos – Serviços do próprio Hospital: internação, centro cirúrgico, centro obstétrico, imagem; profissionais plantonistas do Hospital
- Clientes externos - pacientes, familiares e acompanhantes

Normas de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

- Nas atividades da área suja:
  - ✓ Aventais e botas impermeáveis, gorro, luvas de borracha de cano longo, máscara com filtro químico, roupa exclusiva da área e óculos de proteção
- Na coleta e transporte de roupa suja:
  - ✓ Aventais e botas impermeáveis, farda, gorro, luvas de borracha de cano longo, e máscara com filtro químico
- Nas atividades da área limpa:
  - ✓ Abafador de ruído, farda e avental em tecido, gorro, sapato fechado impermeável
- No transporte e distribuição de roupa lima:
  - ✓ Farda e sapatos fechados impermeáveis

Normas Gerais

- A circulação de pessoas na área suja da Lavanderia, é restrita à equipe que atua naquele local
- Todos os profissionais da Lavanderia devem estar em dia com esquema vacinal completo para Hepatite B e Tétano
- É obrigatório o uso de Equipamentos de Proteção Individual (botas, gorros, pro pé, luvas, máscaras, aventais,...) conforme necessidade de proteção para a atividade a ser executada
- É obrigatório o uso de fardamento e crachá de identificação durante o horário de trabalho
- É proibido ao profissional da Lavanderia, durante sua rotina de trabalho, sentar no leito ou fazer uso de mobiliários ou equipamentos de uso do paciente
- Todos os profissionais da Lavanderia devem:
  - ✓ Ser pontual e assíduo ao Serviço
  - ✓ Cuidar da higiene pessoal diariamente (corpo, cabelo, unhas, roupas)
  - ✓ Evitar o uso de adornos (brincos, pulseiras, anéis, ...) – conforme NR 32/ANVISA/MS
  - ✓ Evitar o uso de fumo e álcool
  - ✓ Ter zelo pelo material que manipular para realizar suas tarefas
- Produtos usados no Serviço devem obedecer as indicações do Manual de Padronização de Materiais do Hospital

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do resp.pela aprovação	Data:

3. ROTINAS DA LAVANDERIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.1 Emissão: 3330
Tarefa: Lavagem de roupa pesada (compressas cirúrgicas, lençóis e panos de limpeza com sujidade aparente)		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Serviços Gerais

Resultados esperados
Roupa devidamente lavada e desinfectada

Recursos Necessários
Máquina lavadora de barreira – área suja
Produtos de limpeza
- Detergente em pó
- Desinfetante e alvejante de roupas
- Neutralizador de alcalinidade
- Amaciante para roupas
- Solvente para lavagem de roupas
- Removedor de ferrugem

EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar a roupa separada por processo e cor
- Checar a presença de possíveis objetos (perfuro cortantes ou objetos pessoais de pacientes) nas roupas
- Colocar os produtos para lavagem completa da roupa
- Colocar a roupa na máquina, atentando quanto à capacidade do equipamento
- Ligar a máquina
- Acompanhar o tempo de lavagem conforme especificação do equipamento

Cuidados
- Evitar acidentes com perfuro cortantes
- Usar EPIs conforme Norma do Serviço
- Observar o peso da roupa conforme capacidade da máquina (50 kg) e o tempo de lavagem da roupa – média de 61min

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de ocorrer acidente com perfuro cortante
  - ✓ Lavar o local imediatamente com água e sabão (se em mucosa, lavar com soro fisiológico
  - ✓ Usar anti-séptico no local do acidente
  - ✓ Procurar o médico do trabalho para notificar o acidente
  - ✓ Procurar médico plantonista se o médico do trabalho não estiver
  - ✓ Agir conforme indicação médica quanto ao fato ocorrido
- No caso de detectar a presença de objetos nas roupas, retirar antes de colocar a roupa na máquina; se objetos de pacientes ou profissionais, devolver; se perfuro cortante, colocar na caixa de coleta específica e notificar o ocorrido ao coordenador da Lavanderia

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.2
		Emissão: SES 3771
Tarefa: Lavagem de roupa leve (roupa privativa, lençóis, camisolas sem sujidade aparente)		Revisão: 8
		Nº: Data:

Executante
Auxiliar de Serviços Gerais

Resultados esperados
Roupa devidamente lavada

Recursos Necessários
Máquina lavadora de barreira – área suja
Produtos de limpeza
- Detergente em pó
- Desinfetante e alvejante de roupas
- Neutralizador de alcalinidade
- Amaciante para roupas
- Acidulante

EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar a roupa separada por processo e cor
- Checar a presença de possíveis objetos (perfuro cortantes ou objetos pessoais de pacientes) nas roupas
- Colocar os produtos para lavagem completa da roupa
- Colocar a roupa na máquina, atentando quanto à capacidade do equipamento
- Ligar a máquina
- Acompanhar o tempo de lavagem conforme especificação do equipamento

Cuidados
- Evitar acidentes com perfuro cortantes
- Usar EPIs conforme Norma do Serviço
- Observar o peso da roupa conforme capacidade da máquina (50 kg) e o tempo de lavagem da roupa – média de 61min

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de ocorrer acidente com perfuro cortante
  - ✓ Lavar o local imediatamente com água e sabão (se em mucosa, lavar com soro fisiológico
  - ✓ Usar anti-séptico no local do acidente
  - ✓ Procurar o médico do trabalho para notificar o acidente
  - ✓ Procurar médico plantonista se o médico do trabalho não estiver
  - ✓ Agir conforme indicação médica quanto ao fato ocorrido
- No caso de detectar a presença de objetos nas roupas, retirar antes de colocar a roupa na máquina; se objetos de pacientes ou profissionais, devolver; se perfuro cortante, colocar na caixa de coleta específica e notificar o ocorrido ao coordenador da Lavanderia

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

30/09/12

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.3 Emissão 3332 Revisão No: Data:
Tarefa: Centrifugagem de roupas		

Executante
Lavadeira

Resultados esperados
Roupa devidamente centrifugada

Recursos Necessários
Máquina lavadora de barreira – área limpa - centrífuga
Roupa lavada
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar a roupa lavada
- Colocar a roupa na máquina, atentando quanto à capacidade do equipamento
- Ligar a máquina
- Acompanhar o tempo de centrifugagem conforme especificação do equipamento

Cuidados
- Observar o peso da roupa conforme capacidade da máquina (15 kg) e o tempo de centrifugagem da roupa – média de 5min

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de observar roupas com presença de sujidade, separar para novo processo de lavagem e notificar ao coordenador da Lavanderia o ocorrido

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.4
		Emissão
Tarefa: Secagem de roupas		Revisão
		Nº: Data:

Executante
Lavadeira

Resultados esperados
Roupa devidamente secada

Recursos Necessários
Máquina lavadora de barreira – área limpa - secadora
Roupa centrifugada
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar a roupa centrifugada
- Colocar a roupa na máquina, atentando quanto à capacidade do equipamento
- Ligar a máquina
- Acompanhar o tempo de secagem conforme especificação do equipamento

Cuidados
- Observar o peso da roupa conforme capacidade da máquina (50 kg) e o tempo de secagem da roupa – média de 40min

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de observar roupas danificadas, separar para refugo e substituição, e notificar ao coordenador da Lavanderia o ocorrido

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.5
		Emissão SES 3334
Tarefa: Calandragem de roupas		Revisão
		Nº: Data:

Executante
Lavadeira

Resultados esperados
Roupa devidamente calandrada

Recursos Necessários
Calandra
Roupa seca
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar a roupa seca
- Ligar a calandra
- Colocar a roupa na calandra, peça por peça
- Retirar a roupa da calandra peça por peça
- Separar a roupa que passou pela calandra para dobra e guarda

Cuidados
- Observar a passagem de toda a roupa aberta pela calandra, de modo que toda a peça passe pela temperatura do equipamento de acordo com o tipo de processo/roupa

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de observar roupas danificadas, separar para refugo e substituição, e notificar ao coordenador da Lavanderia o ocorrido

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.6
		Emissão
Tarefa: Recolhimento de roupas sujas (Internamento, Emergência, Centro Cirúrgico e Confortos)		Revisão
		Nº: Data:

Executante
Auxiliar de Serviços Gerais

Resultados esperados
Roupa suja devidamente recolhida (coletada e transportada com segurança)

Recursos Necessários
Carro de transporte de roupa suja devidamente sinalizado
Sacos plásticos de cor branca
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar o carro de transporte de roupa suja
- Dirigir-se aos expurgos das Unidades
- Ensacar as roupas
- Colocar no carro de transporte
- Retornar à Lavanderia – área suja

Cuidados
- Evitar acidentes com perfuro cortantes
- Usar EPIs conforme Norma do Serviço

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de ocorrer acidente com perfuro cortante
  - ✓ Lavar o local imediatamente com água e sabão (se em mucosa, lavar com soro fisiológico
  - ✓ Usar anti-séptico no local do acidente
  - ✓ Procurar o médico do trabalho para notificar o acidente
  - ✓ Procurar médico plantonista se o médico do trabalho não estiver
  - ✓ Agir conforme indicação médica quanto ao fato ocorrido
- No caso de detectar a presença de objetos nas roupas, retirar antes de colocar a roupa na máquina; se objetos de pacientes ou profissionais, devolver; se perfuro cortante, colocar na caixa de coleta específica e notificar o ocorrido ao coordenador da Lavanderia

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.7 Emissão
Tarefa: Distribuição de roupas limpas nas Unidades (Internamento, Emergência, Centro Cirúrgico e Confortos)		Revisão Nº: Data:

Executante
Auxiliar de Serviços Gerais

Resultados esperados
Roupa limpa devidamente distribuída nas Unidades

Recursos Necessários
Carro de transporte de roupa limpa
Sacos plásticos transparentes
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar o carro de transporte de roupa limpa
- Colocar as roupas devidamente ensacadas no carro de transporte conforme necessidade das Unidades
- Dirigir-se a cada Unidade e entregar as roupas sob protocolo

Cuidados
- Usar EPIs conforme Norma do Serviço
- Observar cronograma de entrega das roupas
- Não esquecer de protocolar a entrega das roupas em cada Unidade

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de esquecer de protocolar as roupas entregues em alguma Unidade, retornar imediatamente à mesma para fazê-lo

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.8
		Emissão
Tarefa: Dobra e armazenagem de roupa limpa		Revisão
		Nº: Data:

Executante
Lavadeira

Resultados esperados
Roupa limpa devidamente dobrada, ensacada e armazenada

Recursos Necessários
Roupas passadas por processo de calandragem
Sacos plásticos transparentes
Armários
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)
- Pegar a roupa processada em calandragem
- Dobrar peça por peça
- Separar as peças por tipo/Unidade
- Ensacar as roupas
- Armazenar nos armários indicados
  - ✓ Roupas para pronta utilização
  - ✓ Roupas para descanso

Cuidados
- Evitar queimaduras com a roupa imediatamente saída da calandra
- Usar EPIs conforme Norma do Serviço

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de observar roupas danificadas, separar para refugo e substituição, e notificar ao coordenador da Lavanderia o ocorrido

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsáve pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.9
		Emissão
Tarefa: Limpeza diária (concorrente) e mensal (programada) do Setor de Lavanderia – área limpa		Revisão
		Nº: Data:

Executante
Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de higiene, colaboradores da área limpa

Resultados esperados
Setor devidamente limpo e desinfectado

Recursos Necessários
Produtos de limpeza e desinfecção conforme Manual de padronização de materiais
Materiais para limpeza e desinfecção (vassoura, rodo, pano de chão, mop)
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)

- Coleta de lixo:
  - ✓ recolher o lixo fechando o saco e descartar em local apropriado
  - ✓ limpar as faces internas e externas das lixeiras
  - ✓ colocar novo saco plástico
- Portas
  - ✓ Limpar as maçanetas com pano úmido de álcool a 70%
- Piso
  - ✓ Passar pano úmido ou mop úmido utilizando produtos adequados para o tipo de piso
- Banheiro - pia
  - ✓ Lavar o banheiro com água e solução detergente, iniciando pela pia e espelho
  - ✓ Umedecer a esponja (exclusiva de uso em banheiros de área não críticas) com detergente e lavar a pia, começando pelas torneiras, bancada e coluna, fazendo movimentos da extremidade para o centro
  - ✓ Limpar parte interna da pia, retirando cabelos e outras sujidades maiores que estiverem presas no ralo, desprezando-as no lixo
  - ✓ Usar hipoclorito de sódio a 1% para remover sujidades mais difíceis
  - ✓ Enxaguar tudo com água limpa
  - ✓ Secar com pano seco e limpo
- Banheiro – vaso sanitário
  - ✓ Iniciar dando a descarga com a tampa do vaso abaixada
  - ✓ Despejar parte da solução detergente (água e sabão) dentro do vaso sanitário
  - ✓ Utilizar escova própria e lavar o interior do vaso sanitário com a solução detergente, dando descarga até observar água limpa
  - ✓ Lavar a parte externa do vaso sanitário (tampa, base e assento), esfregando a esponjaenxaguar todo o vaso
  - ✓ Secar com pano limpo e seco a parte externa
- Banheiro – Piso
  - ✓ Lavar o piso do banheiro com solução detergente
  - ✓ Enxaguar e secar bem o piso
- Ao final, abastecer com material de higiene pessoal (sabonete, papel toalha e higiênico)
- Na limpeza programada (semanal), incluir a higienização do teto, paredes, janelas, equipamentos e mobiliários

Cuidados

- Usar EPIs conforme Norma do Serviço
- Observar cronograma de limpeza e desinfecção dá área física - Área limpa
  - Limpeza diária pelo Aux.Higiene e colaboradores área limpa
  - Limpeza e desinfecção mensal na segunda quinta-feira do mês (tarde) pelo Aux.Higiene

Ações em caso de não conformidade

- Em caso de ocorrer acidente de trabalho - queda
  - ✓ Procurar o médico do trabalho para notificar o acidente
  - ✓ Procurar médico plantonista se o médico do trabalho não estiver
  - ✓ Agir conforme indicação médica quanto ao fato ocorrido

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.10 Emissão
Tarefa: Limpeza diária (concorrente) e semanal (programada) do Setor de Lavanderia – área suja		Revisão No: Data:

SES 3339 Fls.

Executante
Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de higiene

Resultados esperados
Setor devidamente limpo e desinfectado

Recursos Necessários
Produtos de limpeza e desinfecção conforme Manual de padronização de materiais
Materiais para limpeza e desinfecção (vassoura, rodo, pano de chão, mop)
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)

- Coleta de lixo:
  - ✓ recolher o lixo fechando o saco e descartar em local apropriado
  - ✓ limpar as faces internas e externas das lixeiras
  - ✓ colocar novo saco plástico
- Portas e máquinas
  - ✓ Limpar as maçanetas e parte externa das máquinas com pano úmido de álcool a 70%
- Piso
  - ✓ Passar pano úmido ou mop úmido utilizando produtos adequados para o tipo de piso
- Banheiro - pia
  - ✓ Lavar o banheiro com água e solução detergente, iniciando pela pia e espelho
  - ✓ Umedecer a esponja (exclusiva de uso em banheiros de área não críticas) com detergente e lavar a pia, começando pelas torneiras, bancada e coluna, fazendo movimentos da extremidade para o centro
  - ✓ Limpar parte interna da pia, retirando cabelos e outras sujidades maiores que estiverem presas no ralo, desprezando-as no lixo
  - ✓ Usar hipoclorito de sódio a 1% para remover sujidades mais difíceis
  - ✓ Enxaguar tudo com água limpa
  - ✓ Secar com pano seco e limpo
- Banheiro – vaso sanitário
  - ✓ Iniciar dando a descarga com a tampa do vaso abaixada
  - ✓ Despejar parte da solução detergente (água e sabão) dentro do vaso sanitário
  - ✓ Utilizar escova própria e lavar o interior do vaso sanitário com a solução detergente, dando descarga até observar água limpa
  - ✓ Lavar a parte externa do vaso sanitário (tampa, base e assento), esfregando a esponja e nxaguar todo o vaso
  - ✓ Secar com pano limpo e seco a parte externa
- Banheiro – Piso
  - ✓ Lavar o piso do banheiro com solução detergente
  - ✓ Enxaguar e secar bem o piso
- Ao final, abastecer com material de higiene pessoal (sabonete, papel toalha e higiênico)
- Na limpeza programada (semanal), incluir a higienização do teto, paredes, janelas, equipamentos e mobiliários

Cuidados

- Usar EPIs conforme Norma do Serviço
- Observar cronograma de limpeza e desinfecção dá área física - Área suja
  - Limpeza diária pelo Aux.Higiene
  - Limpeza e desinfecção semanal sextas-feiras (tarde) pelo Aux.Higiene e aux.serv.gerais

Ações em caso de não conformidade

- Em caso de ocorrer acidente de trabalho – queda ou outros
  - ✓ Procurar o médico do trabalho para notificar o acidente
  - ✓ Procurar médico plantonista se o médico do trabalho não estiver
  - ✓ Agir conforme indicação médica quanto ao fato ocorrido

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LAVANDERIA**	POP.11
		Emissão
Tarefa: Limpeza diária dos carros de transporte de roupa		Revisão
		Nº: Data:

Executante
Auxiliar de Serviços Gerais

Resultados esperados
carros de transporte devidamente limpos e desinfectados:

- ✓ Carros de transporte – sujo
- ✓ Carros de transporte – limpo
- ✓ Carro de roupa limpa - Unidade

Recursos Necessários
Carros de transporte
Produtos de limpeza e desinfecção conforme Manual de padronização de materiais
EPIs conforme Norma do Serviço

Atividades (Descrição da Rotina)

- Carro de transporte – roupa limpa e Carro de roupa limpa - Unidade
  - ✓ Pulverizar multiuso em toda extensão do carro (dentro e depois fora)
  - ✓ Passar a flanela de cima para baixo, umedecendo toda a área e removendo a sujidade.
  - ✓ Lavar flanela e torcer
  - ✓ Retirar o excesso com flanela limpa
  - ✓ Lavar as mãos

- Carro de transporte – roupa suja
  - ✓ Despejar solução detergente (água e sabão) dentro do carro de transporte
  - ✓ Utilizar escova própria e lavar o interior do carro com a solução detergente
  - ✓ Usar hipoclorito de sódio a 1% para remover sujidades mais difíceis
  - ✓ Lavar a parte externa do carro (tampa, rodas e superfície externa), esfregando a esponja
  - ✓ Enxaguar todo o carro
  - ✓ Secar com pano limpo e seco
  - ✓ Lavar as mãos

Cuidados

- Usar EPIs conforme Norma do Serviço
- Observar cronograma de limpeza e desinfecção dá área física e carros de transporte
  - Carro de transporte - sujo
    - Limpeza semanal pelo Aux. Serviços Gerais
  - Carro de transporte - limpo
    - Limpeza diária pelo Aux. Serviços Gerais
  - Carro de roupa limpa - Unidade
    - Limpeza semanal pelo Aux. Serviços Gerais

Ações em caso de não conformidade

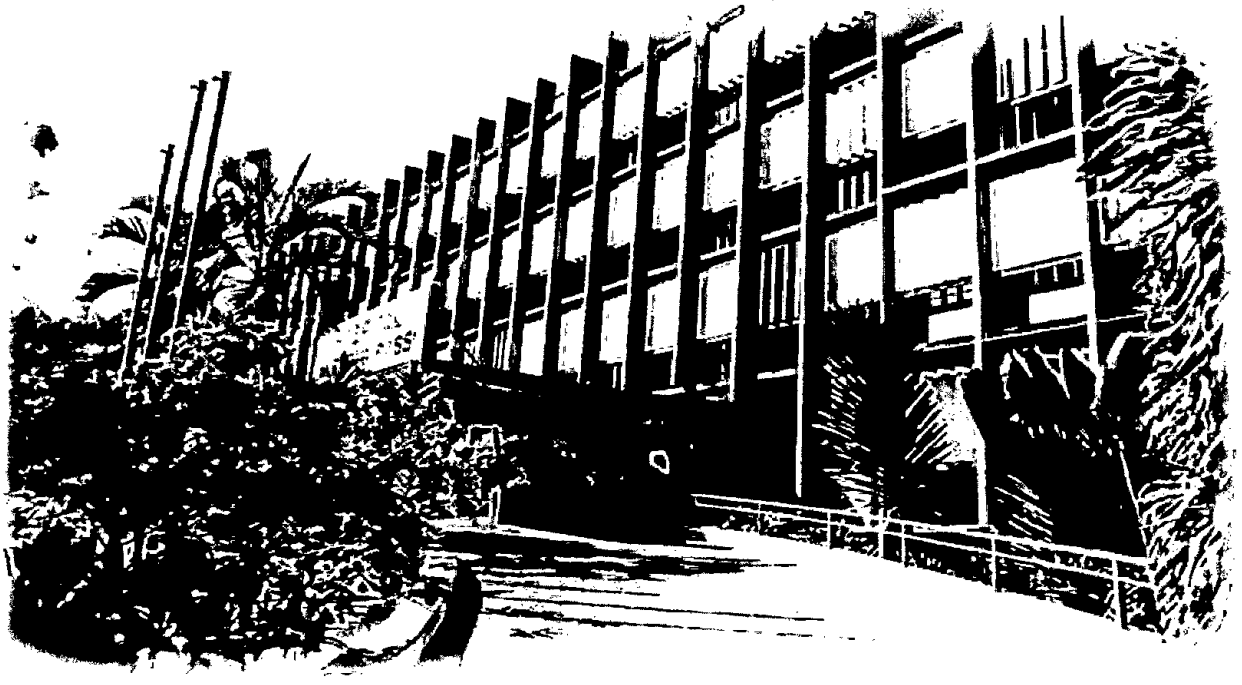
- Em caso de ocorrer acidente de trabalho - queda
  - ✓ Procurar o médico do trabalho para notificar o acidente
  - ✓ Procurar médico plantonista se o médico do trabalho não estiver
  - ✓ Agir conforme indicação médica quanto ao fato ocorrido

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3742

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Responsabilidade Social

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
Pág. 3343
RUB

1 INTRODUÇÃO..... 04
2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS..... 05
3 OBJETIVOS
GERAL..... 06
ESPECÍFICOS 06
4 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO POR PROCESSOS – ATUAÇÃO EM PROTOCOLOS 07
5 ETAPAS DA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO POR PROCESSOS 08
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA..... 09

1 INTRODUÇÃO

SES 3344

Responsabilidade Social é o conjunto amplo de ações que beneficiam a sociedade e as corporações que são tomadas pelas empresas, levando em consideração a economia, educação, meio-ambiente, saúde, transporte, moradia, atividade locais e governo, essas ações otimizam ou criam programas sociais, trazendo benefício mútuo entre a empresa e a comunidade, melhorando a qualidade de vida dos funcionários, quanto da sua atuação da empresa e da própria população.

Esta proposta visa definir a forma de atuação do HGG quanto ao aspecto da Responsabilidade Social.

2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O conceito de responsabilidade social empresarial perpassa diversas visões na atualidade, dentre elas:

- A responsabilidade social como atitude e comportamento empresarial ético e responsável: É dever e compromisso da organização assumir uma postura transparente, responsável e ética em suas relações com os seus diversos públicos (governo, clientes, fornecedores, comunidade, etc.)

- A responsabilidade social como um conjunto de valores: Não incorpora apenas conceitos éticos, mas uma série de outros conceitos que lhe proporciona sustentabilidade, como por exemplo, auto-estima dos funcionários, desenvolvimento social e outros.

- A responsabilidade social como estratégia de relacionamento: Voltado na melhoria de qualidade do relacionamento com seus diversos públicos-alvo, a responsabilidade social é usada como estratégia de marketing de relacionamento, especialmente com clientes, fornecedores e distribuidores.

- A responsabilidade social como estratégia de marketing institucional: O foco está na melhoria da imagem institucional da empresa. São os ganhos institucionais da condição de empresa-cidadã que justificam os investimentos em ações sociais encetadas pela empresa.

- A responsabilidade social como estratégia de recursos humanos: As ações são focadas nos colaboradores e nos seus dependentes, com o objetivo de satisfazê-los e conseqüentemente reter seus principais talentos e aumentar a produtividade.

- A responsabilidade social como estratégia de valorização de produtos/serviços: O objetivo não é apenas comprovar a qualidade dos produtos/serviços da empresa, mas também proporciona-lhes o status de "socialmente corretos".

- A responsabilidade social como estratégia de inserção na comunidade: A empresa busca aprimorar suas relações com a comunidade e a sociedade e também a definição de novas formas de continuar nela inserida.

- A responsabilidade social como estratégia social de desenvolvimento na comunidade: A responsabilidade social é vista como uma estratégia para o desenvolvimento social da comunidade. Dessa forma, a organização passa a assumir papel de agente do desenvolvimento local, junto com outras entidades comunitárias e o próprio governo.

- A responsabilidade social como promotora da cidadania individual e coletiva: A empresa, mediante suas ações, ajuda seus colaboradores a se a tornarem verdadeiros cidadãos e contribui para a promoção da cidadania na sociedade e na comunidade.

- A responsabilidade social como exercício de consciência ecológica: A responsabilidade social é vista como responsabilidade ambiental. A empresa investe em programas de educação e preservação do meio ambiente, e conseqüentemente, torna-se uma difusora de valores e práticas ambientalistas.

- A responsabilidade social como exercício de capacitação profissional: Neste caso, o exercício de responsabilidade social se dá com a capacitação profissional dos membros da comunidade e empregados da empresa.

- A responsabilidade social como estratégia de integração social: Esse conceito parte do pressuposto de que o maior desafio histórico da nossa sociedade atual é o de criar condições para que se atinja a efetiva inclusão social no país.

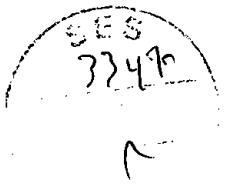
Percebe-se então que inúmeras são as interpretações e definições de Responsabilidade Social, e que cada Organização acaba atuando de uma forma perante si e a sociedade.

Enquanto organização de saúde, é salutar ao HGG, a definição de diretrizes de atuação baseadas no aspecto da Responsabilidade Social.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Sistematizar ações de Responsabilidade Social a serem praticadas pelo HGG.



3.2 ESPECÍFICOS

- Implantar rotina de entrega do demonstrativo de gastos (SUS), por paciente, no alto da alta hospitalar
- Implantar Painel mensal de prestação de contas com a comunidade – exposto em local de grande circulação da Instituição
- Oferecer às comunidades estudantis (escolas públicas de ensino médio) de Madre de Deus, orientações sobre Atenção à saúde, preservação do meio-ambiente e qualidade de vida – palestras e oficinas nas escolas
- Implantar Programa de educação continuada para profissionais do HGG
- Implantar Programa de Gerenciamento de Resíduos no HGG
- Visitar escolas públicas de ensino médio e estabelecer parcerias formais
- Montar cronograma de ação

4 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

- Adotar a filosofia da ONU – Organização das Nações Unidas, que no ano 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio – ODM, que no Brasil são chamados de **8 Jeitos de Mudar o Mundo** (sobretudo do 3º ao 8º, considerando o perfil assistencial do HGG).

SES 3348



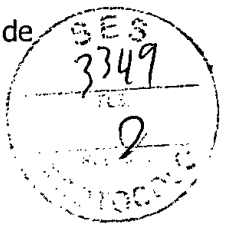
- Realizar Oficinas de trabalho com os colaboradores sobre o tema da Responsabilidade Social
- Montar painéis informativos sobre responsabilidade social como instrumento de comunicação interna e divulgação do tema
- Definir ações de responsabilidade social do HGG

5 AÇÕES DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

- Prestação de contas com transparência

- ✓ demonstrativo de gastos (SUS), por paciente, no alto da alta hospitalar
- ✓ prestação de contas da Instituição – relação receitas x despesas

- Realização de palestras e oficinas nas escolas públicas de ensino médio de Madre de Deus



  - ✓ Atenção à saúde
  - ✓ Preservação do meio-ambiente
  - ✓ Qualidade de vida

- Programa de educação continuada para profissionais do HGG
- Programa de Gerenciamento de Resíduos no HGG

  - ✓ Projeto Reciclando

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3350
Fls.

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas da Oficina

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
3351
FLS

1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DA OFICINA 05

3. ROTINAS DA OFICINA 06

4. ANEXOS 08

4.1 MODELO DE FICHA DE CHECK-LIST DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA 08

4.2 MODELO DE FICHA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA DO EQUIPAMENTO 09

4.3 MODELO DE FICHA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA MENSAL 10

1. INTRODUÇÃO

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Manutenção Hospitalar, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DA OFICINA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Oficina**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Oficina		Revisão: Nº: / Data:

Clientes da área/serviço
Todos os setores do hospital que necessitarem dos serviços da oficina.

- O funcionário deverá chegar no horário estipulado pela instituição;
- Manter-se devidamente uniformizado;
- Manter o uniforme limpo e bem cuidado;
- Não fumar no ambiente de trabalho;
- Manter a oficina limpa, organizada e arrumada;
- Limpar as ferramentas após a utilização das mesmas;
- Não alimentar-se dentro da oficina;
- Não armazenar alimentos dentro da oficina;
- Usar sempre o EPI correto para executar as funções;
- Manter a harmonia dentro da equipe;
- Respeitar a hierarquia, acatando suas orientações;
- Verificar rotineiramente o estoque de materiais;
- Registrar no livro de ocorrências, tudo que acontecer no setor;
- Comunicar ao Coordenador de Manutenção todas as alterações que ocorrerem durante a jornada de trabalho;
- Preencher e verificar todos os campos das solicitações de serviço.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. ROTINAS DA OFICINA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Oficina**	POP.1 Emissão
Tarefa: Coordenar o serviço de oficina		Revisão No: Data:

Executante
Coordenador de oficina.

Resultados esperados
Garantir a qualidade dos serviços prestados e a organização do setor de oficina.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, computador, impressora, material de expediente, armários para guardar os materiais de expediente e telefone.

Atividades

- Colaborar com a chefia do serviço de manutenção, supervisionando a manutenção de móveis, instalações e equipamentos da instituição;
- Digitar os relatórios e outros documentos inerentes ao serviço;
- Apresentar propostas para a melhoria de conservação do patrimônio da instituição;
- Organizar e manter em ordem os arquivos, documentos, projetos, desenhos, catálogos, manuais e outros documentos importantes para o planejamento e controle do serviço de manutenção;
- Realizar cadastro de fornecedores e prestadores de serviço;
- Solicitar semanalmente materiais ao almoxarifado;
- Manter contato e harmonia com os diversos setores do hospital;
- Despachar documentação diária;
- Substituir a chefia nas reuniões de diretoria, quando convocado;
- Auxiliar o setor de inventário e ativo fixo nos levantamentos e tombamentos das máquinas existentes, suas especificações e seus valores residuais;
- Supervisionar o pavilhão de imagem, registrando e tomando providências para as ocorrências.

Cuidados

- Manter o estoque da oficina devidamente abastecido para a realização dos serviços da oficina;
- Manter o cadastro de fornecedores e prestadores de serviços atualizado;
- Manter a organização do setor.

Ações em caso de não conformidade
Procurar a chefia imediata, solicitando orientações para a solução de problemas que fogem da rotina diária.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Oficina**	POP.2 Emissão
Tarefa: Inspecionar as áreas do hospital		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de manutenção da oficina.

Resultados esperados
Garantir que todos os setores do hospital foram inspecionados e agilizar os consertos necessários.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta e formulário.

Atividades

- Realizar rondas diárias nas diversas áreas do hospital;
- Verificar as solicitações de serviços;
- Colocar EPI's adequado antes de executar os serviços pendentes e/ou às novas solicitações de serviço;
- Executar os serviços de manutenção preventiva nos diversos setores do hospital, respeitando o Plano de Manutenção Preventiva, elaborado previamente pelo setor;
- Dar prioridade às solicitações por quebra ou dano de materiais nos setores de produção do hospital.

Cuidados
Atenção nas inspeções dos diversos setores para dar providência em tempo hábil;
Atenção ao Plano de Manutenção Preventiva;
Atenção em dar prioridade às solicitações dos setores de produção.

Ações em caso de não conformidade
Comunicar a chefia imediata qualquer dificuldade na execução dos serviços.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

04. ANEXOS

4.1 MODELO DE FICHA DE CHECKOLIST DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO Oficina**	AN.01 Emissão
MODELO DE CHECK-LIST DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA		Revisão No: Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI – HGG	**CHECK-LIST MANUTENÇÃO PREVENTIVA**	**ANO:**
EQUIPAMENTO N.º (01)	**DESCRIÇÃO:** (02)	**MODELO:** (03)

T	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	FREQUÊNCIA (05)				OK	OBSERVAÇÃO
		S	M	T	A		
01	(04)					(06)	(07)
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
[illegible]							
17							
18							

EGENDA:
– SEMANAL **M – MENSAL** **T – TRIMESTRAL** **A – ANUAL**

LABORA DO POR: (08) | APROVADO POR: (09)

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS:
01 – Numeração de identificação da máquina/equipamento;
02 – Nome da máquina/equipamento;
03 – Modelo da máquina/equipamento;
04 – detalhamento das atividades a serem executadas na Manutenção Preventiva;
05 – A freqüência de serviço a ser executada;
06 – Indicar o registro da execução da manutenção;
07 – Observar dados/fatos, se necessário, em instalação à execução das atividades;
08 – Data e visto do elaborador;
09 – Data e visto do aprovador.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

4.3 MODELO DE FICHA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO Oficina**	AN.02
		Emissão
MODELO DE FICHA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTO		Revisão
		No: Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FICHA DE MANUTENÇÃO DO EQUIPAMENTO**				**ANO**
DATA DA MANUTENÇÃO	**PROBLEMA DETECTADO**	**P**	**C**	**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**	**VISTO**
LEGENDA:	**P – MANUTENÇÃO PREVENTIVA** **C – MANUTENÇÃO CORRETIVA**				

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

4.4 MODELO DE FICHA DE PROGRAMA DE MANUTENÇÃO MENSAL

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXO Oficina**	AN.03 Emissão
MODELO DE FICHA DE PROGRAMA DE MANUTENÇÃO MENSAL		Revisão No: Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA MENSAL**	**ANO**

MÊS:

QTD MÁQ/EQUIP	N.º MÁQ/EQUIP	DESCRIÇÃO	MODELO	INÍCIO	TÉRMINO	PLANO DE MANUTENÇÃO GERAL

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

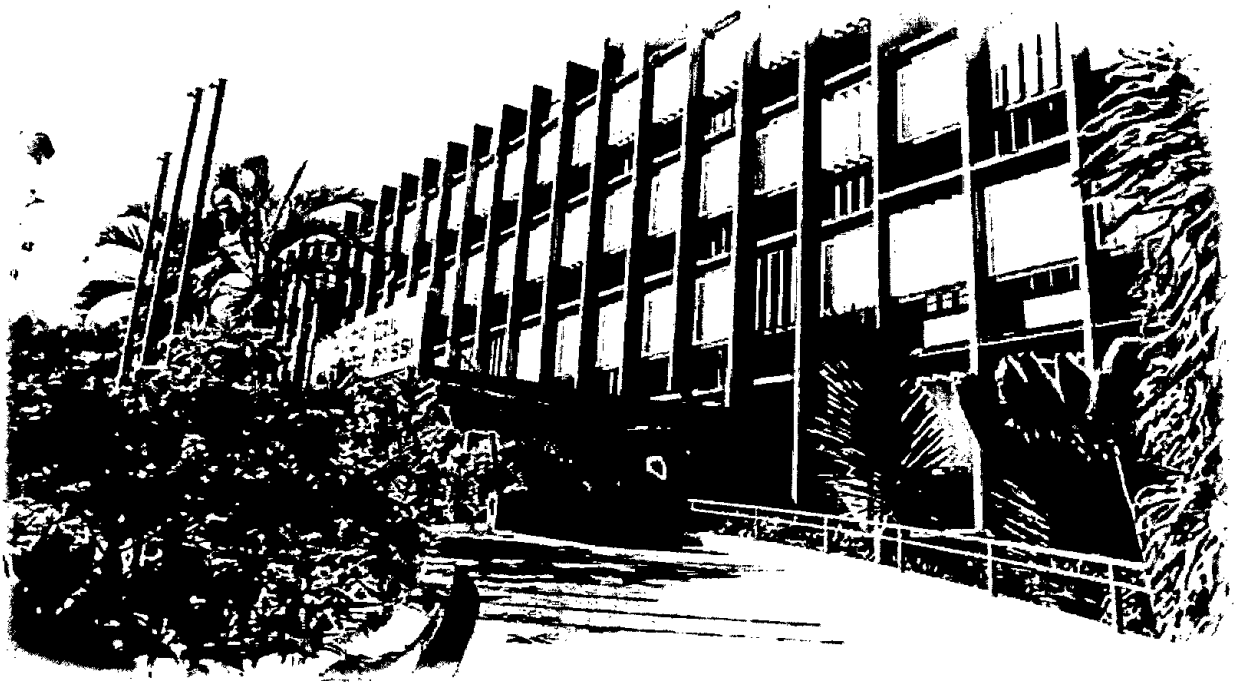
	Assinatura do representante	Data:

SES
7359
Fls.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3760
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Implantação do Serviço de Hotelaria-Governança Hospitalar

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS.....03

OBJETIVOS.....05

PROJETO INOVADOR.....06

POSSIBILIDADE DE MULTIPLICAÇÃO.....07

DESENVOLVIMENTO DE PARCERIAS.....09

RELAÇÃO CUSTO x BENEFÍCIOS.....10

HUMANIZAÇÃO x HOSPITALIDADE.....11

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....12

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A hotelaria hospitalar não fazia parte do contexto do hospital brasileiro até há menos de 10 anos. Desde que o médico fosse competente e o hospital aparentemente limpo, nada mais importava para o paciente. Nesse período, quem buscava o hospital para cuidar da saúde era também o paciente, significando que ao entrar no ambiente hospitalar ele deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo (daí o nome, paciente), obedecendo às ordens médicas e da enfermagem. Esse tempo passou. Agora quem busca o hospital não é mais paciente: é um cidadão que sabe de seus direitos e suas responsabilidades. Ele vai em busca de solução para seus problemas e sente-se com direito de ser bem atendido. É um cliente que vai comprar um produto, que é o tratamento e a assistência que o hospital oferece.

O HGG percebe que precisa corresponder não só às necessidades do cliente, mas também às suas expectativas. Começa a se preocupar com a concorrência e parte em busca de um diferencial para atrair o cliente. Já não basta a competência do médico, do enfermeiro e nem a aparência limpa do HGG. O cliente quer ciência e tecnologia, mas também conforto e segurança. Quer que seus medos sejam minimizados e o ambiente branco e aparentemente estéril do hospital tradicional não lhe é favorável. Ele quer continuar em contato com o mundo, agora não só através do telefone, mas ele quer televisão, jornais, revistas. Enfim, o paciente não quer se sentir excluído da sociedade e exige um ambiente com aspecto que lembre mais um hotel e que cause menos estresse.

O HGG reconhece que precisa mudar o seu conceito de hospedagem para proporcionar ao cliente em vez de um ambiente frio e impessoal, um ambiente agradável e humanizado, ainda que muito complexo.

Pela sua preocupação com o bem-estar, o HGG tem uma visão voltada para uma contínua busca da excelência, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade de sua clientela. Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, o hospital passa a investir nos serviços que envolvem a hospedagem, reconhecendo o paciente e o seu acompanhante como clientes.

Desde o momento em que o HGG passou a se preocupar com a qualidade do atendimento, a humanização do serviço prestado passou a ter uma enorme importância, pois atender pessoas com problemas de saúde requer uma maneira especial de comunicação, o que exige treinamento do pessoal que presta o serviço. Pode parecer óbvio que o atendimento no hospital deva ser essencialmente humano, mas na realidade isso ainda não é uma verdade para todas as instituições.

SES
3367
FLS
0

Segundo o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, publicado no ano passado, "humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro, palavras de reconhecimento. "A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes".

A implantação de um novo conceito de hotelaria-governança hospitalar envolve planejamento. O primeiro passo é a revisão de todos os fluxos da estrutura física do HGG, dos processos e das interfaces entre todos os serviços existentes para que seja feito um diagnóstico. É necessário que todos os serviços básicos da hotelaria-governança hospitalar tenham a sua gestão focada no cliente e na qualidade da assistência prestada.

Se hotelaria "quer dizer hospitalidade, ato de hospedar, de acolher com satisfação e prazer" é indispensável que as pessoas que acolhem o cliente no HGG estejam conscientes da importância do seu papel e que busquem continuamente sua capacitação para prestar um serviço que proporcione o encantamento do cliente. Somente a estrutura física e equipamentos de ponta não serão suficientes. As pessoas é que fazem a diferença no atendimento, sendo indispensável o reconhecimento, pela empresa de saúde e pelo próprio serviço de hotelaria hospitalar, para criar condições para motivar e reter os talentos que agregam valor à assistência prestada.

OBJETIVOS

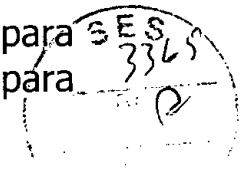
O Serviço de Hotelaria-Governança Hospitalar é uma nova concepção de Hospitalidade SUS e o HGG visa proporcionar ao seu cliente, conforto, segurança, e bem estar, através de algumas ações inovadoras de hotelaria. A preocupação maior do HGG é acomodar os pacientes-clientes satisfatoriamente, oferecendo um tratamento personalizado e humanizado durante sua permanência no hospital.

SES 3364

PROJETO INOVADOR

Os aspectos mais inovadores do serviço é a nova concepção de hotelaria-governança hospitalar do HGG:

1. Renomear os cargos de auxiliar de serviços gerais para **camareira, roupeiro e recepcionista**, de chefia para **governanta** e de zeladoria para **Governança;**



2. Adaptar a um hospital os recursos oferecidos num hotel;

3. Oferecer um quadro de camareira 24 horas;

4. Minimizar as tarefas da equipe de enfermagem, para dedicar maior tempo ao paciente;

5. Entregar kits de higiene em parceria com alguma empresa local contendo (sabonete, shampoo, condicionador, escova e pasta dental, pente e touca);

6. Conciliar a saúde e o ato de hospedar bem, tornando o ambiente mais acolhedor para a família e para o paciente;

7. Oferecer refeição e desjejum no refeitório oferecido pela divisão de nutrição;

8. Manter programa educativo para acompanhantes (*através de palestras de deveres e direitos, elaboradas periodicamente em salas com data show*);

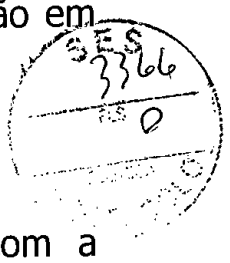
9. Oferecer banho com horário reservado no vestiário dos profissionais;

Cada vez mais a hotelaria-governança está voltada para compreender, satisfazer e sempre que possível exceder as expectativas dos seus clientes, dentro da nossa realidade, criatividade e das condições que o sistema público oferece.

POSSIBILIDADE MULTIPLICAÇÃO

Pode-se considerar como meta do HGG a médio e longo prazo:

- Instalar identificador de leitos - um projeto de humanização em andamento que não está presente em todas as unidades;



- Realizar work shop de hotelaria para 1º semestre /2012;

- Pleitear as vagas de gestão hospitalar em convênio com a alguma universidade local, de acordo com critérios estabelecidos pelo hospital, para aperfeiçoamento e atualização;

- Captar recursos para compra de Aquários e manutenção;

- Investir em decoração com telas pintadas por pacientes e fixar nas repartições;

- Editar vídeo educativo: informação próxima do cliente, sem deslocá-los para salas ou anfiteatro. (direitos e deveres institucionais, porque convivem pessoas de regiões e culturas diferentes no mesmo ambiente);

- Manter uma camareira por andar, para reduzir mais o consumo de roupas evitando evasão e uso indevido;

- Criar dia do Acompanhante: parceria com salão de beleza para corte de cabelo, estética, manicure e pedicure;

- Reformar um local (se já existente) para área de higienização com pia, box para banho e banheiro privativo para acompanhantes (patrocínio);

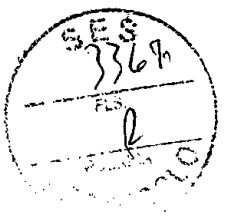
- Planejar cafeteria e loja de conveniência no Hospital;

- Instalar TV a cabo;

- Instalar uma área de acesso a internet (lan house), pois a informática tornou-se acessível a todos os níveis sociais,
- Oferecer enxoval diferenciado para acompanhantes (doação);

- Criar espaços especiais e relaxantes, para o acompanhante e visitante, onde possam conversar, ler e descansar sem a

presença do paciente, um clima mais convidativo e menos estressante.



DESENVOLVIMENTO DE PARCERIAS COM O HGG

Bancos/Instituições Financeira - Projeto de paisagismo
Empresa de cosméticos - kits de higiene pessoal (pacientes e acompanhantes);
Lojas de departamentos/eletrodomésticos – fornecimento equipamentos para montar uma lanchonete, assim como televisores, ventiladores, cadeiras espreguiçadeiras, etc.;
Lojas de utilidades Domésticas – fornecimento de serviços para alimentação (pratos, copos, xícaras, pires, bandejas, talheres, etc.);
Lojas de Informática – instalação e fornecimento de equipamentos para uma lan house;
Empresa de TV por assinatura – fornecimento da TV a cabo;
Lojas de Tecidos – fornecimento de enxoval
Editora Abril – fornecimento de revistas, etc.;
Entre outras.

SES 3368 2

RELAÇÃO CUSTO x BENEFÍCIO

SES 3369 Rubrica

- **Rouparia** - melhor apresentação dos enxovais fornecidos nas unidades. Kits embalados e selados.
- Os **carrinhos das camareiras** aperfeiçoam o fluxo e o controle de roupas nas enfermarias, evitando a manipulação pela enfermagem ou pelas mães (no caso da pediatria), ocasionando grande evasão ou uso indevido das roupas.
- **Os uniformes** causam um impacto positivo em relação a autoestima e valorização do profissional e da imagem do hospital;
- **Decoração** - a decoração de um ambiente requer a presença de paisagista para aconselhamento do tipo de plantas recomendadas, por isso o investimento patrocinado por uma instituição parceira contribuirá para um ambiente mais humanizado nas áreas administrativas e jardins internos (se existir).
- **Cursos** – Instituições educativas (SENAI, SENAC, entre outras) que podem oferecer cursos específico de Governança e camareira, é um investimento com ótimo aproveitamento na tomada de decisão e conhecimento básico da área.

HUMANIZAÇÃO x HOSPITALIDADE

A proposta de humanização da assistência à saúde do HGG é um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais.

Os fatores que precisam ser respeitados para tornar o HGGI mais humanizado são:

- Boas condições de trabalho;
- Educação continuada;
- Resolutividade;
- Mais garantia da participação do usuário e da família no processo de recuperação;
- Acolhida individualizada e respeitosa;
- Redução do afastamento do seu ambiente familiar;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivo ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho, tornando as unidades mais harmoniosas.

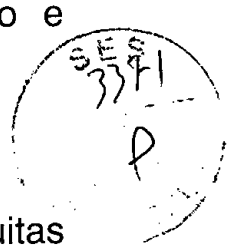
A humanização resultante da implantação da hotelaria-Governança no HGG não vai curar a doença, mas torna o sofrimento mais tolerável, e o paciente mais propício ao tratamento e transforma os familiares em importantes colaboradores. É a humanização, através da hotelaria-governança, mudando condutas e comportamentos tornando o HGG um espaço digno para os momentos difíceis de seus clientes da saúde.

As mudanças aceleradas que ocorrem no mundo atual exigem dos gestores do HGG atenção cada vez maior no que se refere à Hospitalidade.

Acreditando neste ato tão nobre de valores agregados à formação de cada indivíduo, o Serviço de Hotelaria-Governança do HGG estimula o resgate de atenção, carinho e amor que pode ser adicionado a qualquer tarefa realizada pelo ser Humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hospitalidade é o ato ou efeito de hospedar, é a qualidade do hospedeiro e Hotelaria-Governança não é sinônimo de luxo e glamour, mas sim de conforto e qualidade.



O conceito está baseado na idéia de bem receber ou acolher.

A hospitalidade pode manifestar-se por meio de muitas maneiras: pelos gestos, pelas palavras, pelas leis e pela pluralidade imensa de outras formas.

Pode também contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas e tornar os hospitais um lugar mais humano. O HGG acredita nessa ferramenta de gestão imprescindível nos hospitais.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Plano de Controle de Infecção Hospitalar

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

Pág.

Apresentação..... 04
Conceito – PCIH..... 05
Pressupostos para implantação deste Plano..... 05
Competências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)..... 05
Aspectos legais – PCIH..... 06
Indicadores Epidemiológicos sob responsabilidade da CCIH..... 07
Plano de Controle de Infecção Hospitalar..... 08
Roteiro de Inspeção – RDC 48 – ANVISA..... 09

SES 3374 FLS.

Apresentação

As infecções relacionadas à assistência hospitalar são um problema de saúde pública mundial, responsáveis pelo aumento da morbimortalidade e dos custos assistenciais. A implantação de um Plano de controle das infecções para o HGG é justificada pela comprovação da possibilidade de redução da freqüência e gravidade desses eventos, com a adoção de medidas de prevenção desenvolvidas deliberada e sistematicamente.

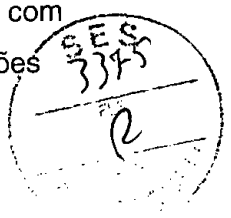
No Brasil, historicamente, o Controle das Infecções Hospitalares teve seu marco inicial com a Portaria MS nº 196, de 24 de junho de 1993, que instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares em todos os hospitais do país, independente de sua natureza jurídica.

Desde então, hospitais de todo o país têm envidado esforços para o desenvolvimento de atividades voltadas para o Controle das Infecções Hospitalares, o que tem beneficiado a sociedade de modo geral, através do uso de medidas de proteção e promoção à saúde.

Assim, considerando que o controle das infecções hospitalares passa por um conjunto de ações que ao serem implementadas repercutem diretamente na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, apresentamos esta Proposta de trabalho que visa a prevenção e o controle de infecções hospitalares no HGG, com base nos princípios, diretrizes e normas de organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) definidos através da lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

Conceito - PCIH

- "...é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade da infecções hospitalares."



Pressuposto para a implantação deste Plano:

- **Ter constituída e em pleno funcionamento, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) -** órgão de assessoria da autoridade máxima da Instituição com o papel de programar e executar ações que visem controlar as infecções hospitalares

Competências da CCIH:

- Elaborar o regimento interno da CCIH.
- Implantar um sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares.
- Capacitar os funcionários e profissionais de saúde em controle de infecção hospitalar.
- Elaborar e implementar normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenir e tratar as infecções hospitalares.
- Atuar em cooperação com as demais Comissões do hospital, em especial com a Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Elaborar ata das reuniões ordinárias e extraordinárias.
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição, às chefias e a todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções, promovendo o seu amplo debate na comunidade hospitalar.

Aspectos Legais - PCIH



Portaria 196 de 24 de junho de 1983

- organização CCIH
- classificação cirurgias
- capacitação de profissionais (Centros de Treinamento)

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990

- desenvolvimento de ações de controle de IH de acordo com as normas SUS

Portaria 930 de agosto de 1992

- busca ativa de casos
- criação SCIH
- competências administrativas (hospitalar e pública)
- uso racional de antimicrobianos

Lei 9.431 de 6 de janeiro de 1997

- obrigatoriedade PCIH em todos os hospitais

Portaria 2616 de 12 de maio de 1998

- competências PCIH Federal, Estadual/Distrital, Municipal e Hospitalar
- criação de consórcios
- lavagem de mãos
- indicadores epidemiológicos de informação obrigatória
- número e carga horária de membros da CCIH

2002 – RDC nº 48

- Roteiro de inspeção para o PCIH

2003 – Portaria nº 385, de 04/06/2003

- GIPEA - Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos

Indicadores Epidemiológicos sob responsabilidade da CCIH

- Taxa de IH e de paciente com IH
- Distribuição percentual das IHs por topografia
- Taxa de IHs por procedimento (pacientes- e procedimentos-dia)
- Freqüência dos agentes etiológicos e coeficiente de sensibilidade
- Taxa de letalidade das IHs



Plano de Controle de Infecção Hospitalar/HGG-2011

Metas	Objetivos	Plano de Ação	Prazo	Responsável
Coletar dados para os indicadores de Infecção Hospitalar (IH) estabelecidos para a rede hospitalar.	Conhecer a magnitude das principais IH HGG	Analisar os indicadores míninos em consonância com o Programa Municipal e Estadual.	Mensal durante 2012	SCIH
Colaborar com o sistema de notificação de surtos de Infecção Hospitalar (IH).	Notificar a ocorrência de surtos de IH no HGG	Utilizar o instrumento de notificação de surtos do Ministério da Saúde Otimizar fluxo de informação entre o hospital e a VISA Municipal e Estadual	No decorrer de 2012	SCIH
Realizar o preenchimento da RDC nº 48.	Sistematizar as práticas do controle de infecção hospitalar do HGG.	Atentar aos gestores do HGG sobre a importância de conhecer as atividades desenvolvidas pela CCIH; Encaminhar a RDC nº 48 preenchida à VISA municipal e estadual	No decorrer do ano de 2012.	SCIH.
Manter o trabalho integrado com os órgãos oficiais de Vigilância Sanitária	Desenvolver atividades conjuntas de interesse relacionado ao controle da infecção hospitalar.	Participar dos programas oficiais, garantir a participação dos profissionais da área.	No decorrer do ano de 2012.	SCIH.
Treinar os profissionais de limpeza hospitalar.	Garantir a uniformidade dos conceitos de infecção hospitalar. Garantir a qualidade da limpeza realizada.	Envolver todos os profissionais da limpeza do HGG	1° semestre de 2012.	SCIH

SES 3378 TLS

ROTEIRO DE INSPEÇÃO - RDC nº 48

A - Identificação da Unidade Hospitalar.

a) Razão Social

b) C.G.C.

c) Nome fantasia

d) Endereço

CEP_____

Bairro _____

Município _____

U.F._____

Fone ( ) Fax ( )

E-MAIL:

e) Tipo da Unidade Hospitalar

_____

f) Nível Número de leitos:_____

1- Primário ( )

2- Secundário ( )

3- Terciário ( )

Representante Legal:_____ Responsável Técnico_____ CRM_____ Data de Preenchimento da Identificação da Unidade Hospitalar: ___/___/_____. Técnico Responsável pelo preenchimento:_____

B- Inspeção do Programa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH/CCIH).

			SIM	NÃO
1.	I	Existe CCIH neste hospital?		
2.	I	A CCIH está formalmente nomeada?		

3.	N	Existe Regimento Interno desta CCIH? (anexar cópia)		
4.	INF	Quais as áreas de formação dos membros da CCIH? Indique o número de cada categoria: MÉDICOS:_____ ENFERMEIROS:_____ FARMACÊUTICOS:_____ ADMINISTRADOR:_____ OUTROS:_____ ESPECIFICAR:_____		
			SIM	NÃO
5.	I	Existe PCIH neste hospital?		
6.	N	Existem manuais ou rotinas técnico-operacionais visando a prevenção e controle da Infecção Hospitalar?		
6.1.	INF	Qual (is)?		
			SIM	NÃO
7.	N	Existe treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de Infecção Hospitalar.?		
7.1.	INF	Qual a periodicidade deste treinamento? 1. 1 A CADA 6 MESES( ) 2. 1 A CADA ANO ( ) 3. OUTROS ( ) ESPECIFICAR:_____		
			SIM	NÃO
8.	N	As reuniões da CCIH ocorrem regularmente e são registradas em atas?		
8.1.	N	Os registros das atas indicam com clareza a existência de um programa de ação para o CIH no hospital?		
9.	R	A CCIH participa de comissão técnica para especificação de produtos e correlatos a serem adquiridos?		
10.	N	A CCIH realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos?		

10.1.	N	Existe formulário para a prescrição de antimicrobianos?		
11.	N	Existem procedimentos escritos relativos ao uso racional de Germicidas que garanta a qualidade da diluição final?		
12.	INF	O Hospital tem serviço de limpeza? PRÓPRIO ( ) TERCEIRIZADO ( )		
12.1.	INF	No caso de ser terceirizado, indicar o serviço (nome, endereço completo).		
			SIM	NÃO
13.	N	A CCIH estabelece as diretrizes básicas para a elaboração dos procedimentos escritos do serviço de limpeza?		
13.1.	N	Existem procedimentos escritos e padronizados do serviço de limpeza?		
13.2.	N	A CCIH supervisiona a aplicação destes procedimentos?		
14.	N	A CCIH estabelece programa de treinamento para o serviço de limpeza?		
15.	I	A CCIH elabora regularmente relatórios contendo dados informativos e indicadores do Controle de Infecção Hospitalar? (anexar o mais recente).		
15.1.	INF	Com que periodicidade?		
16.	N	A CCIH divulga os relatórios entre o Corpo Clínico do Hospital?		
17.	N	A CCIH comunica periodicamente à Direção e à Comissão Estadual/Distrital a situação do CIH?		
17.1.	INF	Com que periodicidade?		
18.	R	A CCIH promove debates com a comunidade hospitalar sobre o CIH?		
18.1.	INF	Qual a periodicidade dos debates? 1.TRIMESTRAL ( ) 2.SEMESTRAL ( )		

		3.ANUAL ( ) 4-OUTROS( ) ESPECIFICAR: _____		
			SIM	NÃO
19.	R	Existe consórcio com outros hospitais para utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos na implantação do PCIH?		
20.	N	O hospital dispõe de mecanismo para detecção de casos de Infecção hospitalar pós alta: Ambulatório de egressos( ) Aerograma( ) Busca fonada( ) Outros:		
21.	R	O hospital dispõe de mecanismo de comunicação ou integração com outros serviços de saúde para detecção de casos de Infecção Hospitalar?		
22.	I	Existem normas e rotinas, visando limitar disseminação de microorganismos de doenças infecto-contagiosas em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento?		
23.	N	Existe política de utilização de antimicrobianos definida em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica?		
24.	N	Existe interação entre a CCIH e as coordenações de CIH municipais e estaduais/distrital?		
25	I	Todos os setores do hospital dispõem de lavatórios com água corrente, sabão e ou anti-séptico e papel toalha, para a lavagem das mãos dos profissionais?		
26.	I	Na ausência de núcleo epidemiológico, a CCIH notifica aos órgãos de gestão do SUS casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória?		

C- Inspeção da CCIH Membros Executores - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

			SIM	NÃO
1.	I	A CCIH conta com membros executores?		
2.	I	Estão formalmente nomeados?		
3.	INF	Quais as áreas de formação dos membros executores da CCIH? Indique o número de cada categoria: ENFERMEIRO( )		

		MÉDICOS( ) FARMACÊUTICOS( ) OUTROS( ) ESPECIFICAR: _____
4.	INF	Qual a carga horária destes profissionais? ENFERMEIROS:_____ MÉDICOS:_____ OUTROS: _____ ESPECIFICAR:_____

			SIM	NÃO
5.		Existem procedimentos escritos orientando:		
5.1	N	Lavagem das mãos?		
5.2	N	Biossegurança (exposição a material biológico e acidentes com perfuro cortantes)?		
5.3	N	Cuidados com catéteres intravasculares e urinários?		
5.4	N	Curativos?		
5.5	N	Limpeza e Desinfecção de artigos?		
5.6	N	Esterilização?		
5.7	N	Limpeza de ambientes?		
6.	N	Existe treinamento dos funcionários para a aplicação dos procedimentos citados no item 6 acima, realizados em parceria com outras equipes?		
6.1.	N	Existem registros?		
7.	N	Existe rotina de controle bacteriológico da água que abastece o hospital?		
7.1.	N	Existe rotina de limpeza de cada caixa d?água que abastece o hospital?		
7.2.	N	Indicar a frequência com que é realizado o procedimento.		
8. 8.1.	INF	Qual a periodicidade de visitas dos membros executores da CCIH nas áreas destinadas a pacientes críticos:		

		Na UTI adulto? 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( ) 3. OUTROS( ) ESPECIFICAR:_____
8.2.	INF	UTI neonatal 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( ) 3. OUTROS( ) ESPECIFICAR:_____
8.3.	INF	UTI pediátrica 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( ) 3. OUTROS( ) ESPECIFICAR: _____
8.4.	INF	Berçário de alto risco 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( ) 3. OUTROS( ) ESPECIFICAR:_____
8.5.	INF	Queimados 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( ) 3. OUTROS( ) ESPECIFICAR:
8.6.	INF	Hemato-oncológicos 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( )

		3. OUTROS( ) ESPECIFICAR:_____		
8.7.	INF	SIDA/AIDS 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( ) 3. OUTROS( ) ESPECIFICAR:_____		
9	INF	Qual a periodicidade de visitas dos membros executores da CCIH a outros setores 1. DIARIAMENTE( ) 2. SEMANALMENTE( ) 3. OUTROS( ) ESPECIFICAR:_____		
			SIM	NÃO
10.	N	Existem programas de imunização ativa em profissionais de saúde em atividade de risco?		
10.1.	INF	Quais?		
			SIM	NÃO
11.	I	Existe Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares?		
11.1.	INF	A Vigilância Epidemiológica das Infecções Hopitalares é: GERAL (todo hospital)( ) POR OBJETIVO( ) DIRIGIDA( ) EM QUAIS SERVIÇOS:		
			SIM	NÃO
12.	N	Existe coleta de dados sobre Infecção Hospitalar?		
13.	INF	Qual o processo utilizado? BUSCA ATIVA? ( ) BUSCA PASSIVA (ficha de notificação/prontuário)?( )		

		BUSCA MISTA (busca ativa + busca passiva)?( )		
			SIM	NÃO
14.	N	São levantados os indicadores de Infecção Hospitalar?		
15.		Quais os indicadores utilizados no Controle de Infecção Hospitalar:		
15.1.	N	Taxa de Infecção Hospitalar?		
15.2.	N	Taxa de paciente com Infecção Hospitalar?		
15.3.	N	Taxas de Infecção Hospitalar por topografia? URINÁRIA:_____ CIRÚRGICA:_____ RESPIRATÓRIA:_____ CUTÂNEA:_____ CORRENTE SANGUÍNEA_____ OUTROS:_____ ESPECIFICAR:_____		
15.4.	N	Taxa de Infecção Hospitalar por procedimento?		
15.5.	N	Taxa de Infecção Hospitalar em cirurgia limpa?_____		
15.6.	R	Coeficiente de sensibilidade/resistência dos microorganismos aos antimicrobianos?		
15.7.	INF	Percentual de antimicrobianos em cirurgia nos últimos doze meses: PROFILÁTICO_____% TERAPÊUTICO_____% NÃO USOU_____%		
15.8.	N	Taxa de letalidade por infecção hospitalar		
16.	INF	Qual a taxa de Infecção Hospitalar nos últimos 12 meses?_____		
			SIM	NÃO
17.	N	Existe avaliação e priorização dos problemas com base nestes indicadores?		
18.	N	Os membros executores da CCIH realizam análise do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que permite a identificação de surto em tempo hábil para medidas de controle?		
19.	R	Existem registros de acidentes por perfuro-cortantes em funcionários?		

19.1.	INF	Qual o número de ocorrências nos últimos seis meses?		
			SIM	NÃO
19.2.	N	A CCIH tem atuação/apoio ao funcionário acidentado por pérfuro-cortantes?		
20.	I	É utilizado coletor de urina fechado com válvula anti-refluxo?		
21.	I	Existe EPI (Equipamento de Proteção Individual) para realização de procedimentos críticos?		
21.1.	N	O uso do EPI é supervisionado pela CCIH?		
22.	N	Existem recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares?		
23.	INF	O Serviço de lavanderia é: PRÓPRIO?( ) TERCEIRIZADO?( )		
			SIM	NÃO
23.1.	N	A lavanderia hospitalar possui sistema de barreiras?		
24. 24.1	I INF	O hospital conta com laboratório de microbiologia? O laboratório de microbiologia é: PRÓPRIO( ) TERCEIRIZADO( )		
			SIM	NÃO
25.	N	São emitidos relatórios de sensibilidade/resistência bacteriana para o corpo clínico e CCIH?		
26.	R	Existe orientação médica ou consulta aos infectologistas da CCIH na prescrição de antimicrobianos?		
27.	R	A CCIH estabelece medidas de educação continuada da equipe médica em relação à prescrição de antimicrobianos?		
28.	R	São realizadas auditorias internas para avaliar o cumprimento do PCIH?		
29	R	Existem registros?		

D- Conclusão

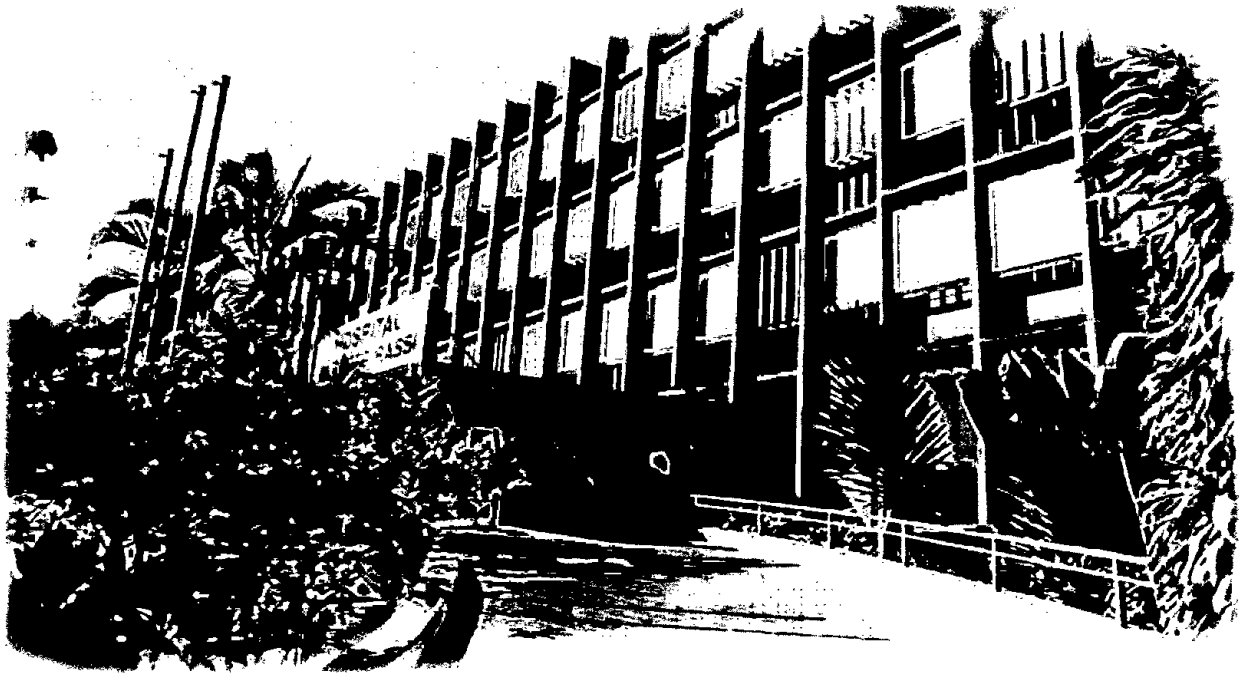
		SIM	NÃO
1.	O PCIH está implementado?		
1.1.	Em caso afirmativo, informar: TOTALMENTE( ) PARCIALMENTE( )		
		SIM	NÃO
2.	A documentaçào apresentada demonstra que a CCIH é atuante?		
3.	Os indicadores de Infecção Hospitalar são compatíveis com a realidade hospitalar observada?		
4.	Há preocupação da CCIH na divulgação de seus dados?		
5.	Há preocupação da CCIH com a capacitação técnica dos proficionais que atuam no hospital?		
6.	A partir dos resultados das auditorias internas foram implementadas ações corretivas objetivando a melhoria da qualidade dos serviços?		
7.	Foram evidenciadas alterações nos indicadores de Controle de Infecção Hospitalar mediante a realização de capacitação e treinamento contínuo?		
8.	Está evidenciado o comprometimento e apoio da Direção para a implementação do PCIH?		
9. Pessoas Contatadas:			
10. Nome, N ° de Credencial e Assinatura dos Inspetores:			
11. Data:			

SES 3388

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3789

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

PROPOSTA IMPLANTAÇÃO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. **FINALIDADE DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA**..... 03
2. **ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS**.....03
3. **RECURSOS NECESSÁRIOS PAR IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA DO HGG** 04
4. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 06

1. FINALIDADE DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA

Assistência de serviços contínuos de Engenharia Clínica para o Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, que são caracterizados pela implantação e gestão do Setor de Engenharia Clínica do Hospital, responsável pela supervisão dos equipamentos médico-hospitalares e execução de serviços de manutenção corretiva e de manutenção preventiva de baixa complexidade. O setor será tecnicamente capaz de fazer a interface da instituição com os fornecedores de equipamentos e seus prestadores autorizados.

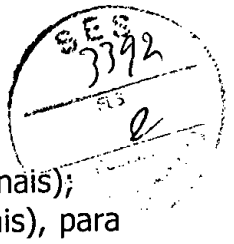
2. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

As atividades que deverão ser desenvolvidas estão detalhadas a seguir:

- Gestão informatizada de manutenção preventiva e corretiva.
- Análises e acompanhamento de custo de manutenção.
- Análises e acompanhamento de contratos de manutenção.
- Análise de ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares.
- Coordenação das manutenções corretivas sejam elas realizadas internamente ou por serviços externos.
- Aferição e calibração de rotina de equipamentos médico-hospitalares de acordo com normas e certificações, com testes de desempenho realizados com os equipamentos de análise.
- Implantação de programa de manutenção preventiva e controle de qualidade com análise de segurança em equipamentos médico-hospitalares.
- Educação continuada de operação e segurança dos equipamentos para corpo clínico e de enfermagem.
- *Os equipamentos beneficiados pela supervisão da Engenharia Clínica são todos aqueles caracterizados como médico-hospitalares.*

Os serviços de engenharia Clínica abrangem todos equipamentos médico-hospitalares (equipamentos cujo funcionamento participa do processo de diagnóstico, monitoração e tratamento dos pacientes) em uso na instituição. Não estão inclusos: as instalações diversas (elétrica, hidráulica, gases, telefone e seus equipamentos conjugados), instrumentais cirúrgicos e dispositivos de gasoterapia.

3. RECURSOS NECESSÁRIOS PAR IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA DO HGG



Para o desenvolvimento das atividades do item 02 acima, a empresa terceirizada deverá fornecer:

- Um Engenheiro Especializado em tempo integral (40 horas semanais);
- Um Técnico em Eletrônica em tempo integral (40 horas semanais), para a realização manutenções corretivas de baixa complexidade e manutenções preventivas.
- Um Auxiliar técnico por 30 horas semanais;
- Supervisão de Engenharia.
- Equipamentos específicos para calibração e controle de qualidade de equipamentos médico-hospitalares. Tais aparelhos, de propriedade da da empresa terceirizada contratada, devem ser rastreáveis e calibrados anualmente, possibilitando fornecimento de laudos para acreditação nas normas ISO 9000. Os equipamentos e suas funções estão listados abaixo:

Analisador de cardioversores e desfibriladores
Analisador de bomba de infusão
Analisador de monitores multiparamétricos
Analisador de respiradores
Analisador de tensiômetros e aspiradores cirúrgicos
Analisador de segurança elétrica em bisturis
Analisador de oxímetros de pulso
Analisador de incubadoras

- Protocolos de Manutenção Preventiva e Controle de Qualidade, baseados em normas e padrões internacionais, já implementados e testados.
- 01 Software de gestão.
- Intercâmbio de experiências e informações na área de engenharia com entidades de renome nacional.





  - Uma sala com aproximadamente 20 m^2, com mobiliário, instalações e toda a infra-estrutura necessária para a instalação de laboratório técnico e escritório.
  - 01 micro computador completo, com impressora e acesso à Internet.
  - Ferramental básico para execução de serviços preventivos e corretivos.
  - Cilindros ou pontos de gases O2, Ar. Comp., N2O e CO2 calibrado disponíveis na sala para uso nas manutenções.
  - Alimentação e estacionamento para os membros da equipe.



4. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A empresa terceirizada contratada deverá atuar no HGG assumindo a postura de parte do staff da instituição. Para isso deverá manter uma conduta ética rígida, de defesa dos interesses individuais do HGG e de recusa de quaisquer benefícios além da remuneração indicada na proposta contratada, sejam provenientes de quaisquer partes, em assuntos relativos aos serviços.

A empresa terceirizada contratada também assume o compromisso de manter total sigilo de todas informações a que tiver acesso durante e após o cumprimento do contrato com o HGG

.

A empresa terceirizada contratada deverá ter seu Sistema de Gestão da Qualidade certificado pela norma ISO9001:2000.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 3394

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

PROPOSTA IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO INFORMATIZADA DO HGG

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

1. IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR INFORMATIZADA

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, se for o caso, das áreas de docência e pesquisa. Tudo isso deve ter como razão última a adequada atenção ao paciente. Daí a importância da implantação de um sistema de gestão hospitalar.

2. SERVIÇOS QUE SÃO SOLUÇÕES

Soluções	Descrição	Licença de Uso	Implantação	Manutenção e Suporte
GH	Gestão Hospitalar	x	x	x
CR	Classificação de Riscos	x	x	x
Gestão de Fluxo	Gestor, ponto de chamada, painel e totem	x	x	x
Portal - BI	Datawarehouse + Microstrategy	x	x	x
BSC	Balance Scorecard e KPI (Indicadores Chave de Processos)	x	x	x
Custos	Gestão de Custos e Resultados	x	x	x
Orçamento	Gestão Orçamentária e Fluxo de Caixa	x	x	x
Palm	Palm para farmácia (farmácia sem papel)	x	x	x
SAE	Sistematização do atendimento de enfermagem	x	x	x
Gestão de Qualidade	Controle de Qualidade e Documentos	x	x	x

Sistema de Informações Gerenciais

Geração de relatórios gerenciais e estatísticos que auxiliam os gestores da instituição a verificar informações estratégicas, subsidiando a tomada de decisão.

Sistema de Apoio Cliente Rouparia

Gestão de todo o processo de logística do enxoval da instituição. Controla o processo de disponibilização do enxoval entre as Unidades de Internação, a lavanderia (externa ou interna) e a oficina de reparo.

Também, possibilita a composição do custo a ser visualizado e detalhado no sistema de Custos.



Sistema Movimentação de Contas

Rastreia e controla o fluxo de documentação da conta do paciente entre os setores da Instituição.

Sistema de Controle de Nutrição

Gestão de toda a demanda de refeições seja ela para paciente ou acompanhante, auxiliando a cozinha a produzir a quantidade exata de refeições e evitando desperdícios.

SAC - Sistema de Atendimento ao Cliente

Garantia de que insatisfações do cliente sejam geridas/conhecidas pela Instituição.

Sistema de Zeladoria

Gerenciamento eficiente a limpeza dos leitos da instituição. Automaticamente, após a alta ou transferência de leito do paciente, o sistema gera uma ordem de serviço ao setor de Higienização. Os profissionais desse setor, após realizar a higienização, liberam o leito para uma nova internação ou para receber um paciente de outro leito.

Sistema de Controle de Patrimônio

- Rastreamento a localização do bem (ativo fixo) dentro da Instituição.
- Depreciação dos bens alocados nos setores e alocar os valores nos respectivos centros de custos.
- Gerenciamento do mapa de trabalho para manutenção preventiva.
- Integração automática dos lançamentos contábeis com os módulos afins.

Controle da garantia do fabricante, diminuindo custos com manutenção corretiva.

Sistema de Controle de Cotas

Controle das cotas de compras de produtos por conta contábeis, evitando a compra de itens que estão fora do orçamento da Instituição. A autorização de compras acima de um determinado valor passa por um processo hierárquico de aprovação.

Sistema de Controle Contábil

Controle das informações de obrigações e direitos da Instituição, utilizando as demonstrações contábeis e relatórios gerenciais, além de integrar o módulo contábil que geram informações financeiras.

Sistema de Controle de Caixa

Controle de todas as movimentações financeiras dos caixas distribuídas na Instituição, possibilitando a transferência de saldos entre os caixas e o fechamento diário das entradas e saídas.

Sistema de Tesouraria

Controle das movimentações financeiras de entradas e saídas interligando os módulos de atendimento e faturamento para realizar o fechamento das cotas particulares dos pacientes.

Sistema de Auditoria e Glosa

Efetua o controle (por procedimento, grupo de procedimento e grupo de Faturamento) das contas glosadas, possibilitando a análise e reapresentação das mesmas à respectiva operadora. Este processo evita perdas financeiras à Instituição.

Sistema de Faturamento Ambulatorial

Gerenciamento fidedigno das informações do faturamento SUS Ambulatorial, conforme todas as regras preconizadas pelo DATASUS.

Sistema de Faturamento de AIH

Gerenciamento fidedigno das informações do faturamento SUS Internação, conforme todas as regras preconizadas pelo DATASUS.

Entre tantas soluções.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 3398

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Planejamento Estratégico

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

1 INTRODUÇÃO

SES 340P 2

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança e compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias e tudo mais que seja delas decorrentes no sentido de tornar possível alcançar objetivos e metas desejados e preestabelecidos. (Tancredi e colaboradores,1998)

Assim, mudança e estratégia são pré-requisitos do planejamento. O exercício de planejar pressupõe a busca de situações diversas das inicialmente detectadas e que possam ser construídas mediante estratégias que avaliem os interesses de sustentação ou de oposição a esse processo de mudança.

O processo corporativo Planejamento Estratégico busca de forma sistematizada, discutir e realizar a inserção da Organização no ambiente em que atua. Para tanto, identifica recursos potenciais, reconhece fraquezas e oportunidades, estabelece um conjunto de medidas integradas, monitora os resultados planejados.

Esta proposta de Planejamento Estratégico para o HGG está fundamentada na metodologia denominada Balanced Score Card – BSC, a qual estabelece um sistema de gerenciamento que visa ao cumprimento da missão e da estratégia da Organização em um conjunto compreensível de medidas de desempenho.

Assim, à medida que se planejar o Hospital, pretende-se influir em seu futuro organizacional, com vistas ao aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.

2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

SEG 3401 FLS 8

Planejamento Estratégico é o método pelo qual a empresa define a mobilização de seus recursos para alcançar os objetivos propostos. É um planejamento global a curto, médio e longo prazo, procurando responder a questões básicas, como: Por que a organização existe? O que e como ela faz? Onde ela quer chegar?

Dele resulta um plano estratégico, ou seja, conjunto flexível de informações consolidadas, que serve de referência e guia para a ação organizacional. Pode ser considerado como uma bússola para os membros de uma determinada organização.

Hoje, o Planejamento Estratégico pode ser considerado uma etapa essencial e indispensável para a gestão moderna e eficiente de qualquer tipo de instituição, da empresa privada à ONG, passando por associações, unidades de saúde e organizações governamentais de modo geral.

A metodologia Balanced Score Card (BSC) propicia uma estrutura de mensuração eficiente, que ajuda a Organização a traduzir estratégias em objetivos operacionais. Destaca ainda a participação de cada indivíduo no contexto organizacional, identificando sua responsabilidade e contribuição para com o alcance das metas empresariais. Desse modo, presume o enfoque participativo em sua elaboração, considerando as potencialidades e interesses dos diversos atores envolvidos com negócio planejado.

Resumidamente, a adoção da metodologia caracteriza:

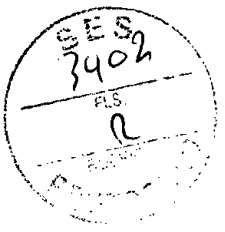
• Um modelo para a descrição da estratégia que deve ser entendido por todos os níveis da organização.

• A definição de indicadores e metas para medir o atingimento dos Objetivos Estratégicos.

• A tradução da estratégia em termos operacionais.

O sistema de gerenciamento proposto por esta metodologia visa ainda, ao equilíbrio organizacional entre as medidas de resultado – as conseqüências dos

esforços do passado – e as medidas que determinam o desempenho futuro. Desta forma, converte a estratégia em um sistema integrado por meio das Perspectivas de Negócio:



• Resultados – Trata-se do desempenho econômico-financeiro que demonstra como se pretende promover o crescimento de valor sustentável para os acionistas.

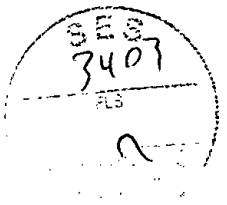
• Clientes e Sociedade – Refere-se a como a Organização quer ser vista pelo cliente e como pode atendê-lo da melhor maneira possível. O sucesso com clientes-alvo é o principal componente da melhoria do desempenho econômico-financeiro.

• Processos – Refere-se aos processos internos nos quais a organização precisa ter excelência. Criam e cumprem a proposição de valor para os clientes.

• Tecnologia – Trata-se da conjugação de tecnologia, inovação e relacionamento com o mercado para sustentar a estratégia.

• Pessoas – Refere-se à força de trabalho eficaz, motivada e tecnologicamente capacitada; forma um ativo que sustenta a estratégia e cria sucesso para os clientes.

Pretende-se desse modo, planejar o HGG de forma participativa, envolvendo profissionais dos Serviços do próprio hospital, gestor municipal da saúde, representantes dos usuários no Conselho Municipal da Saúde, representante da microrregional e outros atores de grande relevância ao desempenho da Organização, na definição dos componentes estratégicos: visão, missão,negócio, premissas e valores, bem como na definição dos objetivos e planos e ação.



3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Promover mudança no processo de trabalho do HGG incluindo o planejamento estratégico como ferramenta de gestão

3.2 ESPECÍFICOS

- Formular as estratégias organizacionais
- Realizar alinhamento estratégico de todos os Serviços e pessoas com relação à missão, atribuições institucionais e seus desdobramentos
- Definir os objetivos estratégicos
- Definir os planos de ação
- Fornecer ferramentas de monitoramento do desempenho organizacional

4 OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

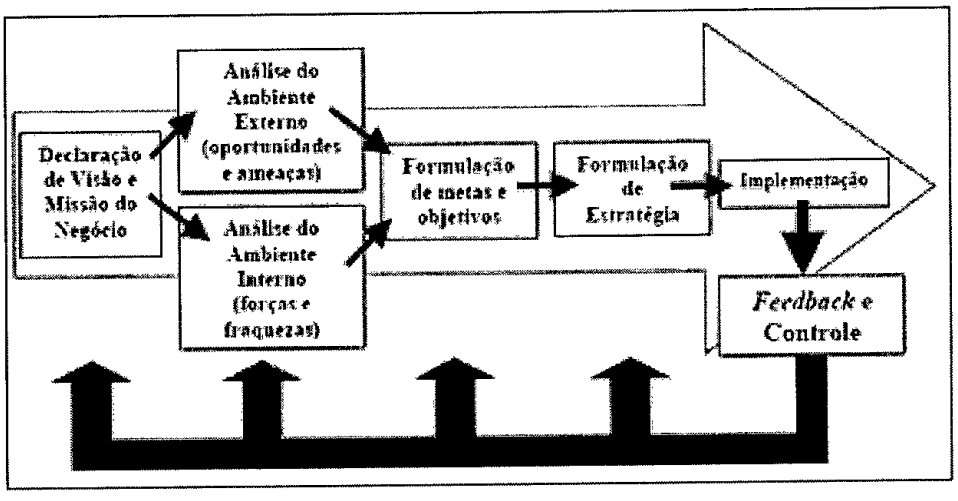


Figura 1 – O Processo de Planejamento Estratégico do Negócio (Kotler, 1999)

Momento 1- **Formulação dos componentes Estratégicos**

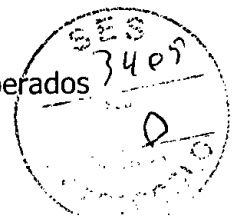
- **Negócio**: Âmbito de atuação da organização, o qual considera o grupo de consumidores (ou clientes) a serem atendidos, suas necessidades e a tecnologia necessária para satisfazê-las

- **Visão**: A visão organizacional refere-se àquilo que a organização deseja ser no futuro.

- **Missão:** A missão da organização representa sua razão de ser, o seu papel na sociedade. É o elemento que traduz as responsabilidades e define o "negócio", delimitando o seu ambiente de atuação.

- **Valores:** Conceitos e crenças que a empresa pratica e não abre mão. São utilizados para orientar e inspirar as pessoas da organização.

- ✓ **Força Motriz**: São os ativos geradores de riquezas nas organizações.
- ✓ **Fatores Críticos de Sucesso – FCS**: Desafios a serem superados para o atingimento dos objetivos.



Componentes Estratégicos	
Visão	**Missão**
Negócio	**Produtos e Serviços**
Força Motriz	**Fatores críticos**
Valores	

exemplo

Componentes Estratégicos

Visão

Líder em soluções de Tecnologia da Informação e Comunicações para realização das Políticas Públicas.

Negócio

Tecnologia da Informação e Comunicações.

Força Motriz

Capacidade de inovar e realizar.

Premissas

Conquistar reconhecimento de Clientes, Estado e Sociedade. Prestar serviços com pontualidade, inovação, qualidade e segurança. Manter os empregados comprometidos e motivados. Orientar a gestão para resultados, lucratividade e competitividade. Empregar soluções inovadoras com tecnologia adequada. Praticar gestão integrada e participativa.Atuar com ética e responsabilidade cidadã.

Missão

Prover e integrar soluções em Tecnologia da Informação e Comunicações para o êxito da gestão das finanças públicas e da governança do Estado, em benefício da sociedade.

Produtos e Serviços

Sistemas de Informação, Serviços de Tecnologia da Informação e Integração de Soluções, Consultoria e Informações.

Fatores críticos

Disponibilidade e utilidade; Competitividade e domínio tecnológico.

Valores

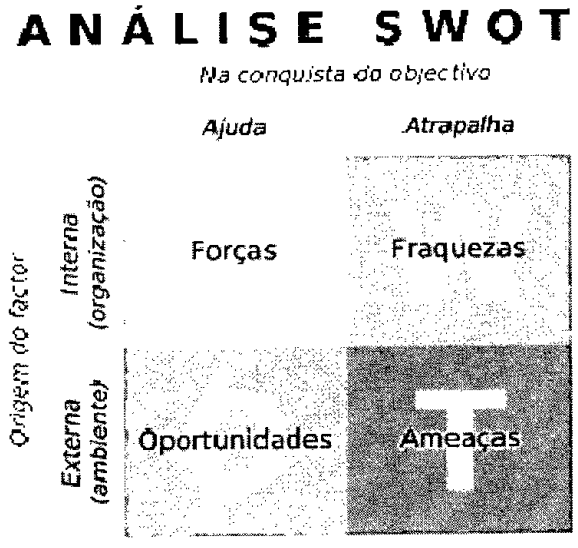
Respeito às pessoas. Responsabilidade social e cidadania. Integridade profissional e pessoal.Orgulho de trabalhar no Serpro. Gosto por desafios. Compromisso com resultados. Competência técnica. Confiança e credibilidade. Confidencialidade e segurança das informações.

Momento 2- **Análise de Cenário**

Na análise de cenários são consideradas as necessidades dos clientes, dos mercados, da força de trabalho, as novas oportunidades, as mudanças relativas aos aspectos financeiros, mercadológicos, tecnológicos, políticos, sociais e de capacitação da organização. São também respondidas questões, tais como, se a Organização está apta ou não para enfrentar as ameaças potenciais e aproveitar as oportunidades, verificando ainda, as possíveis necessidades, causas e possíveis conseqüências.

Para a análise de cenários será utilizada a Matriz de Relacionamento SWOT (Strenghts – forças, Weakness – fraquezas, Opportunities – oportunidades, Threats – ameaças). Primeiramente é elaborado um cenário externo específico para o HGG, quando são identificadas e analisadas as oportunidades e as ameaças que possam impactar os negócios, as expectativas e as necessidades das partes interessadas. A seguir, são

identificadas as forças propulsoras (capacidades), as fraquezas (possibilidades de melhoria), agrupando-as por Perspectiva (Resultados, Clientes e Sociedade, Processos, Tecnologia e Pessoas) para a definição dos Objetivos Estratégicos para um período de 3 anos.



Matriz SWOT

A Análise SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário (ou análise de ambiente), sendo usado como base para formulação da estratégia de uma corporação ou empresa, mas podendo, devido a sua simplicidade, ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário.

O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, e é um acrónimo de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats).

Análise interna das forças e limitações da empresa

Trata-se da análise das condições internas da Unidade de Saúde para permitir uma avaliação dos principais pontos fortes e dos pontos fracos que a organização possui. Os pontos fortes constituem as forças propulsoras da organização que facilitam o alcance dos objetivos organizacionais - e devem ser reforçados, enquanto os pontos

fracos constituem as limitações e forças restritivas que dificultam ou impedem o seu alcance - e que devem ser superados. Essa análise interna envolve:

SES 3408 FLS 2

- Análise dos recursos (recursos financeiros, máquinas, equipamentos, matérias-primas, recursos humanos, tecnologia etc.) de que a Instituição dispõe para as suas operações atuais ou futuras.
- Análise da estrutura organizacional, seus aspectos positivos e negativos, divisão de trabalho entre departamentos e unidades e como os objetivos organizacionais foram distribuídos em objetivos departamentais.
- Avaliação do desempenho da Instituição, em termos de sustentabilidade, produção, produtividade, inovação, crescimento e desenvolvimento dos negócios.

Análise externa

Trata-se de uma análise do ambiente externo à Instituição, ou seja, das condições externas que a rodeiam e que lhe impõem desafios e oportunidades. A análise externa envolve:

- Mercados abrangidos pela Unidade, características atuais e tendências futuras, oportunidades e perspectivas.
- Concorrência ou competição, isto é, Organizações similares que atuam no mercado, disputando os mesmos clientes, consumidores ou recursos.
- A conjuntura econômica, tendências políticas, sociais, culturais, legais etc., que afetam a sociedade e todas as demais empresas.

Momento 3- **Formulação de Metas e Objetivos**

A definição das estratégias é realizada no Workshop da Alta Liderança onde há avaliação dos Objetivos Estratégicos, Indicadores Resultantes e Direcionadores e as metas trianuais e a partir de onde se gera o Painel Estratégico, o Mapa Estratégico e o Diagrama de Correlação entre os Indicadores. O Painel Estratégico é constituído por:

- Perspectivas foco: Resultados, Clientes e Sociedade, Processos, Tecnologia e Pessoas
- Objetivos Estratégicos: relacionados a cada Perspectiva
- Indicadores Resultantes: ligados diretamente aos Objetivos Estratégicos e que são medidas de desempenho que permitirão verificar a implementação das estratégias.
- Fatores Críticos de Sucesso: principais desafios a serem superados para o atingimento dos objetivos.
- Indicadores Direcionadores: ligados aos Fatores Críticos de Sucesso, demonstram tendências e causas presumidas do efeito, permitindo ações proativas
- Metas de curto, médio e longo prazos.

A validação ocorre em plenária com todo os participantes do Planejamento.

A partir desse contexto, são priorizados pela Alta Liderança os Projetos Estratégicos e realizados os Planejamentos Setoriais que objetivam garantir o atingimento das metas, por meio das iniciativas/ações assumidas pelos Núcleos da Organização

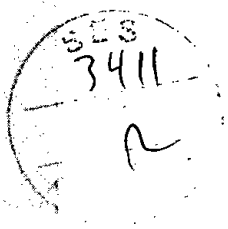
PAINEL ESTRATÉGICO					
Perspectivas	**Resultados**	**Clientes e Sociedade**	**Processos**	**Tecnologia**	**Pessoas**
Objetivos Estratégicos					
Indicadores Resultantes					
Fatores Críticos de Sucesso					
Indicadores Direcionadores					

PAINEL ESTRATÉGICO					
Perspectivas	**Resultados**	**Clientes e Sociedade**	**Processos**	**Tecnologia**	**Pessoas**
Objetivos Estratégicos (9)	R1 - Garantir o resultado empresarial.	C1 - Prestar atendimento vertical com foco nos projetos	P1 - Garantir a excelência dos serviços.	T1 - Manter atualizada a infra-estrutura tecnológica.	Pe1 - Reter e valorizar o capital humano.

		prioritários do governo. C2 - Ampliar a competitividade no mercado de TIC. C3 - Aprimorar o modelo de negócios		T2 - Internalizar e aplicar tecnologias competitivas. T3 - Garantir o lançamento de soluções estratégicas.	
Indicadore Resultantes (13)	1. Margem EBITDA 2. Saldo de caixa 3. ROE	4. % participação no orçamento de TIC do cliente. 5. Índice de satisfação de clientes. 6. Imagem corporativa.	7. % ANS adequados aos AOS. 8. % pólos e células de desenvolvimento qualificadas em CMMI.	9. Índice de atualização tecnológica 10. Eficácia da infra-estrutura. 11. % tecnologias competitivas já aplicadas. 12. No soluções estratégicas desenvolvidas.	13. % de satisfação das pessoas. - Valorização e reconhecimento. 17. % satisfação das pessoas com valorização e reconhecimento.
Fatores Críticos de Sucesso (13)	- Expansão da receita. - Aplicação de recursos em tecnologia. - Recebimento de clientes.	- Integração e melhoria de processos. - Segurança. - Tempo de aquisição.	- Parcerias estratégicas com clientes. - Alocação de recursos orçamentários a projetos. - Responsabilidade social.	- Gestão da infra-estrutura tecnológica. - Ciclo de internalização de tecnologias. - Adoção de padrão aberto.	
Indicadores Direcionadores (17)	1. % aumento da receita proveniente dos serviços. 2. Taxa de aplicação de recursos em tecnologia. 3. % recebimento do	4. Crescimento do orçamento de TIC em relação ao orçamento inicial. 5. % de projetos do portfolio com recursos alocados. 6. Índice Ethos.	7. % ANS monitorados. 8. % utilização do PSDS. 9. No de integrações de processos corporativos. 10. % sistemas de missão crítica com plano de continuidade testados.	13. % da base de configuração atualizada. 14. Eficiência da infra-estrutura. 15. Índice de conclusividade do ciclo de internalização tecnológica 16. Índice de utilização de	

SES 3410 FLS 2

faturamento	11. Tempo de aquisição. 12. No. de projetos gerenciados utilizando o processo PGPS.	linguagens abertas.



Momento 4 – Tático-Operacional: item 6

6. Formulação dos planos de ação e indicadores de monitoramento

Define os planos de ação que constituem caminhos para atingir as metas preestabelecidas.

Para elaboração dos Planos de Ação, será utilizado o método 5W2H, um tipo de checklist utilizado para garantir que a operação seja conduzida sem nenhuma dúvida por parte das chefias e subordinados. Os 5W correspondem às seguintes palavras do inglês: What (o que); Who (quem); Where (onde); When (quando) e Why (por que). Os 2H são: How (como) e How Much (quanto custa). Ao definir uma ação que deve ser tomada, se fará uma simples tabela colocando nas colunas os 5W2H

PLANO DE AÇÃO:						
O quê	Quem	Onde	Quando	Por quê	Como	Quanto custa

Bibliografia consultada

SES 3412

ARTMANN, E; AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Cad. Saúde Publ. Rio de Janeiro, 13(4):723-740, out-dez, 1997.

CAMPOS, R.O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 16(3):723-731, jul-set, 2000.

CAMPOS, R.T.O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1):197-207, 2001.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):669-678, 2004.

DRUMOND Jr, M. Epidemiologia e Saúde Pública: reflexões sobre o uso da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2001. In: PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):557-567, 2003.

MANFREDINI, M.A. Planejamento em Saúde Bucal. In: PEREIRA, A.C. e colaboradores. Odontologia em Saúde Coletiva – Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 3. p. 50 – 63.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. São Paulo, 1997. In: CAMPOS, R.O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 16(3):723-731, jul-set, 2000.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):557-567, 2003.

RIEG, D.L.; ARAÚJO FILHO, T. O uso das metodologias "Planejamento Estratégico Situacional" e "Mapeamento Cognitivo" em uma situação concreta: o caso da Pró-reitoria de extensão da UFSCar. Gestão e Produção. v.9, n.2, p. 163-179, ago. 2002.

RIVERA, F.J.U.A. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. Brasília, 1998. In: TEIXEIRA, C. F. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

SAMICO, I. e colaboradores. A sala de situações na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.26, n.61, p.236-244, maio/ago. 2002.

SILVA, R.M. A teoria organizacional do planejamento estratégico situacional e a gestão no setor saúde: uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará. 1994. 140 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

TANCREDI, F.B. et al. Planejamento em Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania).

TEIXEIRA, C. F. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 3413 FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme

Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM TÉCNICA

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

QUADRO DE PESSOAL

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ANEXO VI

PLANILHA DE PESSOAL - HGG

Categoria	Carga Horária Semanal	Salário	Área de Trabalho
Médico - Chefia de UTI	20 h / s	R$ 5.000,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	UTI
Médico - Chefe da Unidade de Internação	20 h / s	R$ 3.900,00	Unidade de Internação
Médico - Chefe de Hemodiálise / Diálise	20 h / s	R$ 3.900,00	Hemodiálise / Diálise
Médico - Chefe de Hemodinâmica	20 h / s	R$ 3.900,00	Hemodinâmica
Médico - Chefe de Preceptoria	20 h / s	R$ 3.900,00	Preceptoria
Odontólogo - Chefia	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínica Cirúrgica Especializada
Odontólogo	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínica Cirúrgica Especializada
Odontólogo	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínica Cirúrgica Especializada
Odontólogo	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínica Cirúrgica Especializada
Médico - Chefia de Ambulatório	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	19 h / s	R$ 3.899,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900

Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Ambulatório de Especialidades
Médico - Chefe de Centro Cirúrgico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínicas Cirúrgicas Especializadas
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínica Médica
Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínica Médica

Médico	20 h / s	R$ 3.900,00	Clínica Médica

Técnico de Radiologia	20 h / s	R$ 1.450,00	Imagem

Enfermeira	36 h / s	R$ 1.900,00	Enfermagem

Técnico de Enfermagem	36 h / s	R$ 800,00	Enfermagem

Técnico de Enfermagem	36 h / s	R$ 800,00	Enfermagem

Técnico de Enfermagem	36 h / s	R$ 800,00	Enfermagem

Técnico de Enfermagem	36 h / s	R$ 800,00	Enfermagem

Auxiliar de Limpeza	40 h / s	R$ 700,00	Limpeza

Fisioterapeuta	36 h / s	R$ 1.900,00	Reabilitação
Fisioterapeuta	36 h / s	R$ 1.900,00	Reabilitação
Fisioterapeuta	36 h / s	R$ 1.900,00	Reabilitação
Fisioterapeuta	36 h / s	R$ 1.900,00	Reabilitação
Fisioterapeuta	36 h / s	R$ 1.900,00	Reabilitação
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Psicólogas	36 h / s	R$ 1.900,00	Psicologia
Segurança - Chefia	40 h / s	R$ 1.800,00	Segurança
Segurança - Supervisão	40 h / s	R$ 1.200,00	Segurança
Segurança - Supervisão	40 h / s	R$ 1.200,00	Segurança
Segurança - Supervisão	40 h / s	R$ 1.200,00	Segurança
Segurança - Supervisão	40 h / s	R$ 1.200,00	Segurança
Segurança	40 h / s	R$ 850,00	Segurança
Segurança	40 h / s	R$ 850,00	Segurança
Segurança	40 h / s	R$ 850

Segurança	40 h / s	R$ 850,00	Segurança
Segurança	40 h / s	R$ 850,00	Segurança
Segurança	40 h / s	R$ 850,00	Segurança

Auxiliar de Atendimento	40 h / s	R$ 900,00	Atendimento

Auxiliar de Manutenção I	40 h / s	R$ 900,00	Manutenção

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3428

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



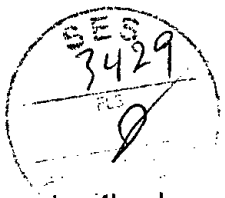
PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
Em 5% acima das Metas anuais (sem elevar custos): 01 ação

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

AMPLIAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DOS AMBULATÓRIOS

"Incremento acima de 5% acima da média anual"



Estratégias:

- Padronizar o "quantum" de atendimentos nos Ambulatórios para cada 4h de trabalho por profissional
- Ampliar o horário de funcionamento dos Ambulatórios: de 7h as 17h, de segunda a sexta-feira, para 7 as 22h . Incremento de 5h a mais por ambulatório por dia de atendimento por profissional, ou seja, 16 consultas a mais por dia por profissional.

METAS PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL		
	Atualmente	**Proposta**
Número de atendimento por profissional por 4h de trabalho	Não há padrão	16 consultas por profissional em 4h de trabalho
Horário de funcionamento dos Ambulatórios	7 as 17, de segunda a sexta-feira	7 as 22h, de segunda a sexta-feira (5h a mais por dia em cada ambulatório)

2019 13

951

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
343P
9

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
Em 10% acima das Metas anuais (sem elevar custos): 01 ação

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

REDUÇÃO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA EM INTERNAÇÃO CLÍNICA

"Incremento de 10% acima da média anual"

Estratégias:

- Definição de Plano Terapêutico por Hipótese Diagnóstica motivadora da Internação
- Implementação de Rotinas Padronizadas – Práticas Seguras, visando a alta do paciente no prazo planejado
- Redução do tempo de permanência de Internação em Clínica Médica – conforme diretrizes mundiais para Internação Clínica: de 8 dias para 6 dias

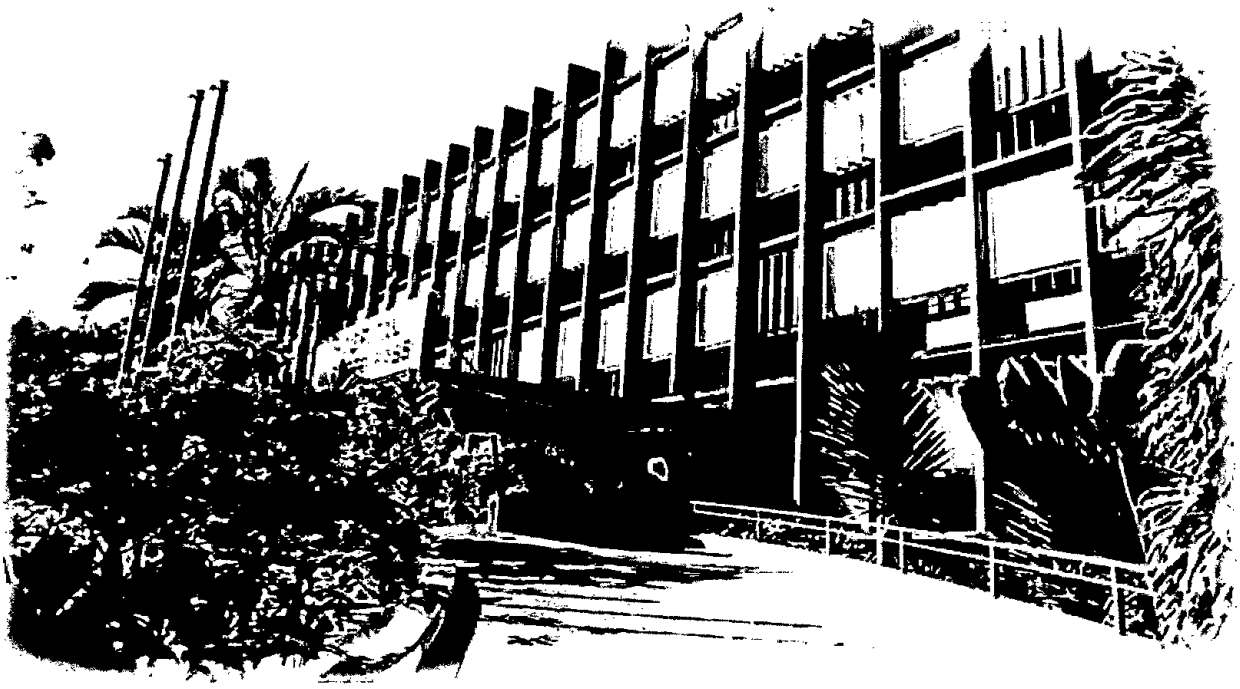
MÉDIA DE PERMANÊNCIA		
Clínica Médica	Média de Permanência Atual	Média de Permanência esperada
	8 dias	6 dias
Taxa de Infecção	-	6,00%
Taxa de Mortalidade Global	-	4,50%

TAXA DE INFECÇÃO		
Clínica Médica	Taxa atual	Taxa de Infecção máxima
	8 dias	6 dias
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	Abaixo de 4%

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3432
2

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE
Em 15% acima das Metas anuais (sem elevar custos): 01 ação

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

01045

AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO EM INTERNAÇÃO

"Incremento de 15% acima das metas anuais"

SES 3473

Estratégias:

1 Ativação dos Leitos atualmente desativados: 42

ESPECIALIDADE	LEITOS ATIVOS	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS A ATIVAR
Hemodiálise	05 17	17	12
Transplante Renal	00	02	02
Leitos Ala 4	00	14	14
Semi-Intensivo	00	14	14

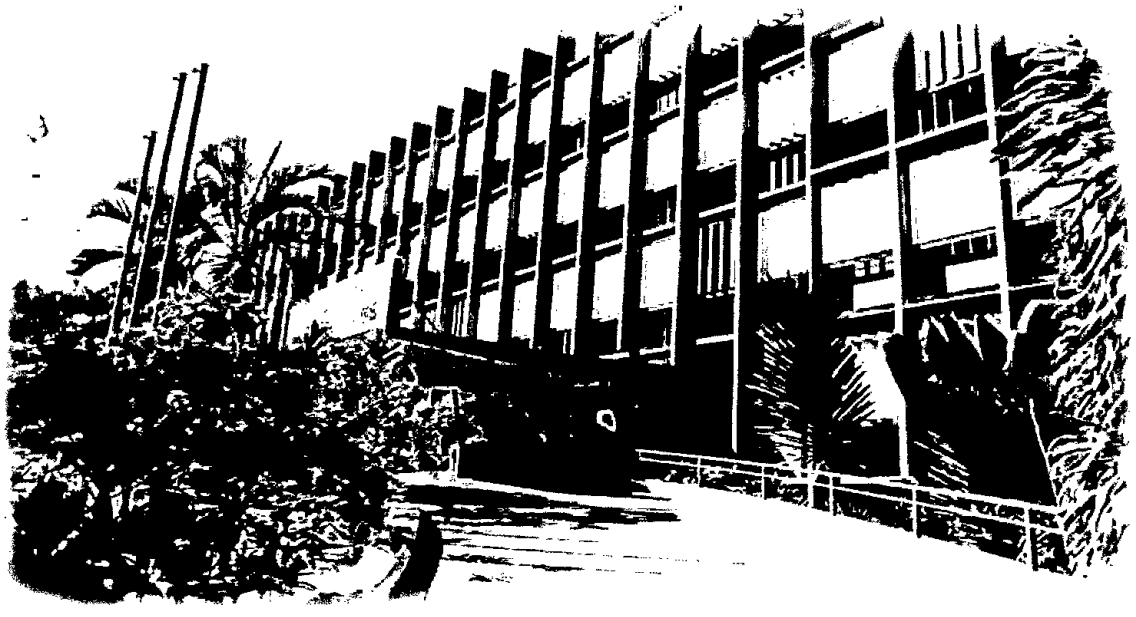
Total de leitos a serem ativados: 42

354

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

3434

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM ATIVIDADE

Em 20% acima das Metas anuais (sem elevar custos): 01 ação

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

REDUÇÃO DA TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM INTERNAÇÃO

"Incremento (redução) acima de 20% acima da média anual"

SES 3435

Estratégias:

- Reforçar a atuação do SCIH e CCIH no que concerne a educação continuada para a prevenção de infecções
- Rever as rotinas assistenciais com foco nos riscos de infecção hospitalar
- Implementação de Rotinas Padronizadas – Práticas Seguras, visando a não ocorrência de Infecções decorrentes da internação hospitalar, quer clínica quer cirúrgica
- Reduzir a taxa de infecção hospitalar de 6% para números inferiores a 4%, em conformidade com os níveis aceitáveis pelo Ministério da Saúde

TAXA DE INFECÇÃO		
Taxa de Infecção Hospitalar	Taxa atual	Taxa de Infecção máxima esperada
	6%	Abaixo de 4%

3956

AMPLIAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO CIRÚRGICO

"Incremento acima de 20% acima da média anual"

SES 3474

Estratégias:

- Ampliar a capacidade de atendimento do Centro Cirúrgico
- Ampliar o horário de funcionamento: de 7h as 17h, de segunda a sexta-feira, para 7 as 22h, de domingo a domingo
- Reduzir filas de espera por cirurgia
- Aumentar Faturamento por procedimentos cirúrgicos

METAS PARA ATENDIMENTO NO CENTRO CIRÚRGICO		
	Atualmente	**Proposta**
Horário de funcionamento do Centro Cirúrgico	7 as 19, de segunda a sexta-feira	7 as 22h, de domingo a domingo
Ampliação do número de cirurgias realizadas	Média de 300 procedimentos por mês	A definir junto às especialidade cirúrgicas considerando demanda reprimida e viabilidade do procedimento

201648

fls. 957

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3437
FLS.
2
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 3438 Fls 0

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração do Hospital e Maternidade Santa Marina de que a entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de grande porte, com mais de 150 leitos de internação (267 leitos).

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

SANTA MARINA
HOSPITAL

SES
3439

São Paulo, 03 de novembro de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a quem interessar possa e para qualquer fim em Direito, que o Instituto Médico Cardiológico da Bahia, inscrito no CNPJ nº 09.056.851/0001-20, com endereço na Av. Santa Luzia, nº 1136, Sala 406, Ed. Empresarial Horto Florestal, Salvador/BA, CEP.: 40.295-050, prestou serviços de gestão no Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n. 62.747.688/0001-25, com sede na Av. Santa Catarina, 2.785, Vila Santa Catarina, São Paulo (SP), durante o período de dezembro de 2009 até junho de 2010, Informamos ainda, que o Hospital possui 267 (duzentos e sessenta e sete) leitos de internação, conforme registro no CNES.

Hospital e Maternidade Santa Marina
CNPJ. 62.747.688/0001-25

Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda.

Fábio Roberto Turnes
Vice-Presidente
Hospital Santa Marina

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 3449

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declarações de Hospitais de que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de grande porte, com mais de 150 leitos de internação.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

Cremeb
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

344 fls
2

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a pedido do interessado, que o **Dr. Nelson de Carvalho Assis Barres, CREMEB nº 894,** permaneceu na função de Diretor Técnico da **CPI CLÍNICA PEDSÁTRICA ITAIGARA LTDA**, no período entre **01.02.2002** a **25.04.2005** sendo responsável por 156 leitos.

Salvador, 19 de maio de 2009.

Cons. Jorge R. de Cerqueira e Silva
Presidente

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
10508528442

Tabelionato de Notas
de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998
25 ABR 2011
Confere com a fotocópia
apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

12º Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi
apresentado. Dou fé.
Salvador, 30 de MARÇO de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

Rua Gnadalajara, aº 175, Barra (Morro do Gato) Salvador - Bahia. CEP: 40.140-460
TEL.: 71 3339-2824 / Fax: 71 3245-5751 e-mail: fiscalização@cremebb.org.br·www.cremeb.org.br

SES
3442

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de prova e a quem interessar possa que o Sr. FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR, portador da CTPS 076562, série 0003, foi funcionário desta instituição inscrito no CNPJ Nº 072655150001-62 exercendo a função de Diretor Geral, executando suas atividades com empenho e dedicação no período de 01/05/1998 a 14/08/2009.

Atestamos ainda que a unidade supracitada possui 160 leitos.

Fortaleza/CE, 10 de Agosto de 2011.

Iana Dinis

Iana Dinis

Gerente de Recursos Humanos

1º Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 16 de fevereiro de 2011.
ESTE DOCUMENTO NÃO POSSUI VALIDADE SEM O SELO DE AUTENTICIDADE

R. Papi Júnior, 1222 – Rodolfo Teófilo
Fone: (85) 3288.4400 | Fax: (85) 3281.2865
CEP: 60.430-230 – Fortaleza/CE

ANTONIO PRUDENTE

2º Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 04 de novembro de 2011.
GILVAN GUARANY BARRETO - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

Fortaleza, 03 de novembro de 2011

DECLARAÇÃO

O Sr. Rogério Guariniello, portador do CPF. 125.789.738-14 é o Diretor Administrativo do Hospital Antonio Prudente, em Fortaleza.

Hospital Geral com 250 leitos, unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediatrica e Neonatal, Internação, amplo Centro Cirúrgico e Emergência Adulto, Ortopédica, Ginecológica e Pediátrica.

Atestamos ainda que a unidade citada realiza serviços de atenção a pacientes crônicos – home care.

Declaro a quem interessar possa, que encontro-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Francisco Sales de Macedo Júnior

Superidentende de Rede Preferencial HAPVIDA

HOSPITAL
SÃO RAFAEL
MONTE TABOR

SES
3444

Salvador, 24 de agosto de 2011

DECLARAÇÃO

Declaramos que o Sr. Rogério Guariniello, portador do CPF 125789738-14, foi um dos Gestores do Hospital São Rafael em Salvador (BA), no período entre 2006 e 2007.
Hospital Geral de alta complexidade, com 203 leitos de internação e 60 leitos de UTI, 12 salas cirúrgicas, emergências adulto e pediátrica e ambulatório de diversas especialidades.

Atenciosamente,

Monte Tabor – Hospital São Rafael

INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ

SES 7445

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de prova e a quem interessar possa que a Sra. Wilma Ney Lopes da Silva, portadora da CTPS 91382, série 0037, foi funcionária desta instituição inscrita no CNPJ Nº 072655150001-62 exercendo a função de Coordenadora Administrativa, executando suas atividades com empenho e dedicação no período de 10/05/2005 a 08/07/2011.

Atestamos ainda que a unidade supracitada possui 160 leitos.

Fortaleza/CE, 10 de Agosto de 2011.

12o. Ofício de Notas - Salvador/Ba
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 10 de Agosto de 2011.
GILIANI BARBOSA DE MELO - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

Iana Dinis

Iana Dinis
Gerente de Recursos Humanos

R. Papi Júnior, 1222 – Rodolfo Teófilo
Fone: (85) 3288.4400 | Fax: (85) 3281.2865
CEP: 60.430-230 – Fortaleza/CE

HOSPITAL DO CÂNCER | CASA VIDA | ECO ONCOLOGIA

INSTITUTO MEDICO CARDIOLOGICO DA BAHIA

SES 3446

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declarações de Hospitais de que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de médio porte, de 70 a 150 leitos de internação.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

SES 7447

Salvador, 22 de agosto de 2011

DECLARAÇÃO

O Sr. Rogério Guariniello, portador do CPF. 125.789.738-14 é o Diretor Administrativo do Hospital Teresa de lisieux,em Salvador.
Hospital Geral com 150 leitos,Unidades de Terapia Intensiva Adulto,Pediátrica e Neonatal, Setor de Oncologia, Internação, amplo Centro Cirúrgico e Emergência Adulto,Ortopédica, Ginecológica e Pediátrica , e 500 colaboradores.

Declaro a quem interessar possa, que encontro-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Carolina Monteiro
RECURSOS HUMANOS

Carolina Monteiro
Coord. Recursos Humanos
Cont.3339-4993

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
10508528441

25 AGO 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

121995

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Gabinete do Reitor

SES 3448

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3219-8998

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1050B526545

23 AGO. 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de direito, que **Nelson de Carvalho Assis Barros**, Professor Titular e Emérito da Faculdade de Medicina da UFBA, exerceu o cargo de Diretor Técnico e Administrativo do Hospital Infantil – CHR/UFBA, durante o período de março de 1991 a fevereiro de 1992, quando se exonerou a pedido.

O mencionado Hospital, hoje **Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira**, contava com noventa leitos assim distribuídos: dez leitos na Emergência (oito de observação e dois de isolamento), setenta e cinco nas enfermarias para pesquisa na Unidade Metabólica.

Além destas unidades possuía também *"Raios X" "Farmácia", "Lactário", "Serviço de Nutrição"* e *"Posto de Coleta* no *Laboratório Central"*.

Hoje o referido Hospital integra o **Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos** da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 10 de julho de 2009.

Naomar Monteiro de Almeida Filho
Reitor

TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 23 de Agosto de 2011.
Em Testº da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

FLS
3449
2

Salvador, 25 de agosto de 2011

DECLARAÇÃO

Declaramos que a Drª Maria Paula Magalhães Sousa, portadora do CPF 317.595.995-49 e CRM-Ba 9901, foi Diretora Médica do Hospital Teresa de Lisieux em Salvador (BA), no período entre 2009 e 2010.
Hospital Geral de alta complexidade, com 150 leitos, emergências adulto,pediátrica,ortopédica e de ginecologia.

Atenciosamente,

Hospital Teresa de Lisieux

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 1 de abril de 2011.
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

PREFEITURA MUNICIPAL
MADRE DE DEUS

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MADRE DE DEUS
SESAU – Secretaria de Saúde

SES 3451

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **Instituto Médico Cardiológico da Bahia, CNPJ nº 09.056.851/0001-20**, com sede na Av. Santa Luzia, nº 1.136, sala 406, Edf. Horto Empresarial, responsável administrativo Sr. Alan de Jesus Mendes, CRA/BA sob o nº 02344, mantem vínculo contratual com o Município de Madre de Deus – Fundo Municipal de Saúde, onde executa na forma do contrato administrativo nº 127/2011 os serviços de gestão, administração e modernização dos serviços de saúde em regime de 24 horas por dia, 07 vezes por semana, com assistência universal e gratuita, em conformidade com a Portaria GM/MS 2224, de 05/12/2002, das características do Hospital Municipal Dr. Eduardo Bahiana Ribeiro, são compatíveis com Porte II (média complexidade), totalizando 31 (trinta e um) leitos, destes, 01 (um) de isolamento, devidamente cadastrado no CNES sob o número 3289826. A entidade, sem fins lucrativos, opera entre outros os seguintes serviços principais:

Urgência e Emergência (24 horas) nas especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Anestesiologia, Ortopedia e Obstetrícia.

Atendimento em Ambulatório com as especialidades: Anestesiologia, Cirurgia ambulatorial, Cirurgia geral, Cirurgia Ginecológica e Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Pediatria, para pacientes egressos, Ortopedia e cirurgia ortopédica, Cirurgia Pediátrica, Oncologia e Telemedicina.

Métodos Gráficos: Eletrocardiograma (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico: Raios-X (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e USG (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Diagnóstico laboratorial: Laboratório de Patologia Clínica (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e Anatomia Patológica inclusive com biópsia por congelação.

Internamento Hospitalar, dispondo de unidades: Centro Cirúrgico, Unidade Cuidados Intermediários – UCI 04 (quatro) leitos; Enfermarias Clínicas, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica; Serviços Assistenciais e de Abastecimento; Enfermagem, Central de Material Esterilizado (CME), Nutrição (SND e dietas enterais), Farmácia, Assistência Social.

Serviços Infraestrutura e Apoio Logístico: Almoxarifado, Arquivo de Prontuários de Pacientes, Manutenção Geral, Lavanderia, Vigilância e Segurança Patrimonial, Gases Industriais, Informatização, Higienização, Administrativo.

Madre de Deus/BA, 10 de agosto de 2011.

Dr. Giorlando Guimarães Santos
Secretário Municipal de Saúde

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

SES 3452

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declarações de Municípios e Empresas de que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de pequeno porte, menos de 69 leitos de internação.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

kuatro saúde

SES 7453 FLS.

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL DA BAHIA - ISIBA**, CNPJ/MF. N° 7.254.323/0001-50, associação civil, sem fins lucrativos, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o n° **7.558**, e pelo seu presidente, administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob n° **4.276 – 5ª Região**, executou desde 07 de dezembro de 2.005 até a presente data, a Implantação, Organização, Administração e Gerenciamento dos Serviços do Hospital Municipal Célia Almeida Lima, localizado no município de São Francisco do Conde, composto de 67 (Sessenta e Sete) leitos para atendimento de Urgência e Emergência.

O Hospital administrado opera em regime de 24 (vinte e quatro) horas, com efetivo médio de **260 funcionários** e realiza as seguintes atividades:

A <u>Nível ambulatorial</u> atendimento nas especialidades de Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia Ortopédica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Geriatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia Pediatria, Ginecologia, Pré-Natal, Oftalmologia, Dermatologia, Mastologia, Imunologia, Nutrição e Dietética (SND), Fisioterapia, Patologia Clínica e Odontologia.

A <u>Nível de Internação</u> atendimento nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Endocrinologia.

A <u>Nível de Urgência e Emergência</u> atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Pequenas Cirurgias Emergenciais, Obstetrícia, Ortopedia, Traumatologia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Anestesia e Odontologia.

A Nível de Serviços de Apoio Diagnóstico, atendimento de: Endoscopia Digestiva, Radiologia (RX), Ultra-Sonografia, Patologia Clínica (Laboratório), ECG, Fisioterapia, Nutrição e Dietética.

A Nível de Serviços Diversos, a Operação de Lavanderia Hospitalar, para atendimento da unidade, contemplando uma média mensal de **7.000 Kg/ mês** de rouparia para lavagem. Operação do refeitório, que contempla a alimentação de todos os funcionários da unidade, além de fornecimento de toda a dieta dos pacientes e proporciona um atendimento médio mensal de **9.600 refeições/dieta mensal,** a unidade assegura assistência gratuita e satisfatória à população em todas as especialidades / procedimentos, nas quantidades média / mensal, conforme abaixo descrito, tudo de acordo com o contrato de prestação de serviços, pelo prazo de 02 (dois) anos, contados a partir de 07 de dezembro de 2.005, pelo valor global de R$ 16.988.855,02 (dezesseis milhões, novecentos e oitenta e oito mil, oitocentos e cinqüenta e cinco reais e dois centavos), podendo ser renovado por até mais 03 (três) anos.

DISCRIMINAÇÃO	MÉDIA MENSAL
Atendimento Ambulatorial	2.395
Procedimentos Ambulatoriais	5.413
Atendimento de Emergência	12.877
Procedimentos de Emergência	31.642
Serviços de Apoio Diagnóstico	22.967
Procedimentos Cirúrgicos	512
Internamento Hospitalar	385
TOTAL DE PROCEDIMENTOS E ATENDIMENTOS	**76.191**

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 10 / MARÇO / 2011
GILVAN COSTA DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE FARINHO SUBSTITUI O SELO

2º Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Corregedoria Geral da Justiça
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1050B526522

23 AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé.
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

CREMEB

Av. [illegible] Salvador - Ba CEP: 40.230-731
Fone: [illegible] kuatrosaude@ig.com.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BAHIA

À

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.
At: Sr. Sérgio Ricardo de Moura Mattos - Diretor

REF: CONTRATO – CONCORRÊNCIA Nº 004/2005

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARCIAL DE SERVIÇOS

Atendendo ao quanto nos foi solicitado, através de vossa correspondência datada de 05/12/2005, autorizamos pelo presente instrumento, esta empresa sub-empreitar, parcialmente, para o Instituto de Saúde Integral - ISI, a execução dos serviços constantes no contrato em epígrafe, conforme condições estipuladas no Contrato de Prestação de Serviços.

São Francisco do Conde, 07 de dezembro de 2005.

Dario Alves Rêgo
Prefeito Municipal

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215 8998
23 AGO. 2011
Confere com a fotocópia apresentada do que dou fé.
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO 1050B526521

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 30 de MARÇO de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

kuatro saúde

Classificação Hospitalar:

Porte III (de acordo com a portaria nº 2224/02 – GM/MS)

Informamos ainda, que os atendimentos foram executados de maneira plenamente satisfatória observando o padrão de qualidade técnico exigida, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.

Salvador/Ba., 08 de março de 2006.

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.

SÉRGIO RICARDO DE MOURA MATTOS
RESPONSÁVEL LEGAL

INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL ISI-BA

JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO
DIRETOR PRESIDENTE

AMANDO MENDES SOARES
DIRETOR TÉCNICO

2º Tabelionato de Notas
Artal Carvalho de Assunção
Reconhecimento
Rua João de Abreu, Nº 167 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

12o.Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 17 de março de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

Av. Vasco da Gama nº 309 - Federação - Salvador – Ba. CEP: 40.230-731
Fone: (71) 2103-3844 Fax: (71) 2103-3845 Kuatrosaude@ig.com.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Certifico para fins do art. 30, da lei 8.666/93 que o Atestado (Declaração) nesta(s) folha(s) nº 40, refere-se ao RCA nº 19510 16/10/06 (Registro de Comprovação de Aptidão para Desempenho de Atividades em Medicina), efetuado neste Conselho, em nome da empresa Instituto de Saúde Integrado Registro nº 3520, a qual tem como Responsável Técnico o médico Armando Mendes Soares CRM nº 10.[illegible]

Salvador, 16 de outubro de 2006

Leonilda Santos de Souza
Funcionário

Visto:
Presidente do CREMEB

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 19 de Outubro de 2006
Escrevente

Cia. de Processamento de Dados do Estado da Bahia
Av. 4, 410, Centro Administrativo da Bahia - CAB
Tel. (71)3115-7611 Fax(71)371-5787 CEP 41.745-002
CNPJ 13.579.586/0001-32 Insc. Estadual 70.695.593
Caixa Postal 1679 Salvador - Bahia - Brasil
www.prodeb.ba.gov.br

PRODEB TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

3456

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins que a empresa **KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**, CNPJ/MF. Nº 04.667.576/0001-68 vem executando serviços médicos especializados nas nossas dependências desde 22 de julho de 2003, de maneira plenamente satisfatória, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.
Atestamos também, que a referida Empresa é, conforme certificação do Conselho Regional de Medicina – Bahia e Conselhos Regional e Federal de Administração, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o nº **7558**, e pela administradora de empresas **ANNA EMILIA DE CONI MOURA ABUD**, inscrita no **CRA** sob nº **6667**, respectivamente.

1 - Descrição dos Serviços

Ações preventivas e de pronto atendimento mediante os serviços de 02 (dois) médicos e 01 (um) técnico de segurança do trabalho, incluindo o planejamento e elaboração do PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, fornecimento de informações para o PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário e para o LTCA – Laudo Técnico das Condições Ambientais, bem como o acompanhamento do PPRA – Programa Preventivo de Riscos Ambientais.

Salvador, 22 de setembro de 2005.

Herivelto Cardoso da Rocha
Diretor de Administração e Finanças

RCA nº 375/05
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
CRA/BA.
O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO
é parte integrante da Certidão,
Nº 619/2005, 07/11/2005
expedida por este Conselho.
Salvador, 07/11/2005
Vidamir Severo
Coordenador

Amando Mendes Soares
Médico Diretor Técnico
CREMEB Nº 7558

Anna Emília de Coni Moura Abud
Adm. Responsável Técnica
CRA Nº 6667

12º Ofício de Notas - Salvador/BA
Reconheço com efeito legal que a(s) firma(s) acima é(são) verdadeira(s) e foi(ram) aposta(s) em meu cartório.
Salvador, 07 de novembro de 2011.
EM TESTEMUNHO DA VERDADE
SELO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Certifico para fins do art. 39, da lei 8.666/93 que o Atestado/Declaração nesta(s) folha(s) nº 12 refere-se ao RCA nº 25/10/05 (Registro de Comprovação de Aptidão para Desempenho de Atividades em Medicina) efetuado neste Conselho em nome da empresa Kuatro Gestão e Serviços Registro nº 2793, a qual tem como Responsável Técnico o médico Amando Mendes Soares CRM nº 7558

Salvador, 25 de outubro de 2005

Eduarda Ferreira
Funcionário

Visto:
Presidente do CREMEB

ESTE CERTIFICADO TEM VALIDADE ATÉ 25/10/2011

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA

Sr. Presidente Solicito Registro de Comprovação de Aptidão das atividades abaixo especificadas:	**01 RCA N.** 375/2005 04/11/2005 Assinatura do Funcionário

CONTRATADO

02	**Nome do Profissional Responsável** ANNA EMÍLIA DE CONI MOURA ABUD		
03	**Titulo Profissional** Administradora	04	**N. Registro no CRA** 6667- BA
05	**Nome da Empresa Contratada ou do Profissional** KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA		
07	**N. Registro no CRA** 1272	08	**Telefone** 71 3341-7441
09	**Endereço do Profissional Responsável** Av. Vasco da Gama, Nº 309 – Federação – Salvador /BA	10	**Telefone** 71 3341-7441

CONTRATANTE

11	**Nome do Contratante** **COMPANHIA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO ESTADO DA BAHIA - PRODEB**		
12	**CPF ou CGC** 13.579.586/0001-32	13	**Telefone** 71 3115-7611
14	**Endereço para Correspondência da Contratante** Av. 4, 410 – Centro Administrativo da Bahia		

DESCRIÇÃO

15 Descrição dos Serviços

Ações preventivas e de pronto atendimento mediante os serviços de 02 (dois) médicos e 01 (um) técnico de segurança do trabalho, incluindo planejamento e elaboração do PCMSO –Prog. de Controle Médico de Saúde Ocupacional, fornecimento de informações para o PPP- Perfil Profissiográfico Previdenciário e para o LTCA- Laudo Técnico das Condições Ambientais, bem como o acompanhamento do PPRA – Programa Preventivo de Riscos Ambientais.

16	**Valor do Serviço** R$ 14.374,24 / mês	17	**Data de Contratação do Serviço** 22/07/2003

ASSINATURA

18 **Assinaturas**

Salvador, 03 de novembro de 2005
Local e Data

Requerente

De Acordo: _____
Adm. Responsável Técnico

Autorizo o RCA: _____
ADM Sandra Cirne Aspera Portela
Gerente Executiva CRA/BA 1504

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Madre de Deus de que a entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de urgência e emergência.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

PREFEITURA MUNICIPAL
MADRE DE DEUS

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MADRE DE DEUS
SESAU – Secretaria de Saúde

SESAU 7459

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **Instituto Médico Cardiológico da Bahia, CNPJ nº 09.056.851/0001-20**, com sede na Av. Santa Luzia, nº 1.136, sala 406, Edf. Horto Empresarial, responsável administrativo Sr. Alan de Jesus Mendes, CRA/BA sob o nº 02344, mantem vínculo contratual com o Município de Madre de Deus – Fundo Municipal de Saúde, onde executa na forma do contrato administrativo nº 127/2011 os serviços de gestão, administração e modernização dos serviços de saúde em regime de 24 horas por dia, 07 vezes por semana, com assistência universal e gratuita, em conformidade com a Portaria GM/MS 2224, de 05/12/2002, das características do Hospital Municipal Dr. Eduardo Bahiana Ribeiro, são compatíveis com Porte II (média complexidade), totalizando 31 (trinta e um) leitos, destes, 01 (um) de isolamento, devidamente cadastrado no CNES sob o número 3289826. A entidade, sem fins lucrativos, opera entre outros os seguintes serviços principais:

Urgência e Emergência (24 horas) nas especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Anestesiologia, Ortopedia e Obstetrícia.

Atendimento em Ambulatório com as especialidades: Anestesiologia, Cirurgia ambulatorial, Cirurgia geral, Cirurgia Ginecológica e Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Pediatria, para pacientes egressos, Ortopedia e cirurgia ortopédica, Cirurgia Pediátrica, Oncologia e Telemedicina.

Métodos Gráficos: Eletrocardiograma (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico: Raios-X (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e USG (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Diagnóstico laboratorial: Laboratório de Patologia Clínica (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e Anatomia Patológica inclusive com biópsia por congelação.

Internamento Hospitalar, dispondo de unidades: Centro Cirúrgico, Unidade Cuidados Intermediários – UCI 04 (quatro) leitos; Enfermarias Clínicas, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica; Serviços Assistenciais e de Abastecimento; Enfermagem, Central de Material Esterilizado (CME), Nutrição (SND e dietas enterais), Farmácia, Assistência Social.

Serviços Infraestrutura e Apoio Logístico: Almoxarifado, Arquivo de Prontuários de Pacientes, Manutenção Geral, Lavanderia, Vigilância e Segurança Patrimonial, Gases Industriais, Informatização, Higienização, Administrativo.

Madre de Deus/BA, 10 de agosto de 2011.

Dr. Giorlando Guimarães Santos
Secretário Municipal de Saúde

INSTITUTO MEDICO CARDIOLOGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declarações de Municípios e Empresas de que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em gestão em unidade que atenda urgência e emergência.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Gabinete do Reitor

3441

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de direito, que **Nelson de Carvalho Assis Barros**, Professor Titular e Emérito da Faculdade de Medicina da UFBA, exerceu o cargo de Diretor Técnico e Administrativo do Hospital Infantil – CHR/UFBA, durante o período de março de 1991 a fevereiro de 1992, quando se exonerou a pedido.

O mencionado Hospital, hoje **Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira**, contava com noventa leitos assim distribuídos: dez leitos na Emergência (oito de observação e dois de isolamento), setenta e cinco nas enfermarias para pesquisa na Unidade Metabólica.

Além destas unidades possuía também *"Raios X" "Farmácia", "Lactário", "Serviço de Nutrição"* e *"Posto de Coleta* no *Laboratório Central"*.

Hoje o referido Hospital integra o **Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos** da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 10 de julho de 2009.

Naomar Monteiro de Almeida Filho
Reitor
2º. Tabelionato de Notas

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

23 AGO. 2011

Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1050B528438

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Escrevente

Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1050B526531

TABELIONATO DO 6º OFICIO DE NOTAS
Confere com o original à mim apresentado
Salvador, 23 de Agosto de 2011.
Em Testº da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

PREFEITURA
SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

SES 7462

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que a Empresa **GESTMED GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**, CNPJ/MF. N° 03.262.479/0001-22, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o n° **7.558**, o administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob n° **4.276 – 5ª Região** e a odontóloga **ALESSANDRA DE SIERVI MATTOS** inscrita no **CROBA** n.° **5.428,** executou ações preventivas e curativas em saúde, nelas incluídas o atendimento de Urgência e Emergência e Treinamento de Recursos Humanos, Co-Gestão e Operacionalização das referidas ações, durante as Festas Populares de Salvador 2003/2004, inclusive Carnaval 2004, conforme contrato de prestação de serviços n° 058/2003. Período de execução do contrato **dezembro/2003 à abril/2004**, pelo valor global de R$ 2.140.000,00(Dois Milhões Cento e Quarenta Mil Reais).

1. **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS NAS FESTAS POPULARES E NO CARNAVAL 2004.**

   Os serviços foram executados em etapas (festas populares e carnaval), contemplando a implantação de **23** unidades de saúde, sendo **12 unidades** em festas populares e **11 unidades** no carnaval. Executando nestas unidades todas as ações preventivas e curativas, contemplando o atendimento de urgências e emergências, disponibilizando em cada unidade, médicos, enfermeiros, assistente Social, auxiliares de enfermagem, odontólogos, farmacêuticos, auxiliares administrativos e motoristas. Executou-se também em cada unidade das festas populares e em todo circuito do carnaval, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Zoonoses, contemplando o fornecimento de toda equipe para a fiscalização, controle e apuração das atividades, bem como treinamento e capacitação dos recursos humanos alocados nos serviços, mantendo um efetivo médio na parte de assistência nos meses de 05.12.2003 à 26.02.2004, de 418 médicos, 30 odontólogos, 52 enfermeiras, 302 Auxiliares de enfermagem, 286 auxiliares administrativos, , 252 motoristas, proporcionando uma média de 5.800 atendimentos / mês de casos clínicos e cirúrgico e 443 casos de atendimento traumo odontológicos. Já na prevenção, manteve-se um efetivo médio nos meses de 05.12.2003 à 26.02.2004, de 119 médicos, 34 enfermeiras, 34 biólogos, 51 assistentes sociais, 52 veterinários, 52 nutricionistas, 177 Auxiliares de enfermagem, 147 auxiliares administrativos,123 agentes de saúde e 44 proporcionando uma média de 3.900 atendimentos / mês.

Cartório do 1º Ofício de Notas - Salvador/Ba
Reconheço a(s) firma(s) de Gilcinei Bessa de Araújo, por ser(em) verdadeira(s) com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 18 de Abril de 2011.
GILCINEI BESSA DE ARAÚJO - ESCREVENTE
ESTE CARTÓRIO SUBSTITUI O SELO

SES 3463 2

2. PRINCIPAIS QUANTIDADES E SERVIÇOS

FESTAS POPULARES – PREVENÇÃO

IMPLANTAÇÃO E OPERAÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS NM
CONCEIÇÃO DA PRAIA	24	41
REVEILLON	14	20
BOA VIAGEM	18	31
LAPINHA	16	27
BONFIM	18	29
FAROL FOLIA	19	17
RIBEIRA	19	30
SÃO LÁZARO	13	20
YEMANJÁ	16	26
BL PARCEIRIA	17	29
ITAPOAN	21	35
PRÉ-CARNAVAL	39	122
TOTAL	**234**	**427**

CARNAVAL – PREVENÇÃO

MÓDULO	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	
	NU	NM
I	60	80
II	60	80
III	60	80
IV	60	80
V	60	80
VI	60	80
VII	60	80
VIII	60	80
IX	60	86
X	60	86
COORD	93	120
COORD	94	120
TOTAL	**787**	**1052**

12o. Ofício de Notas - Salvador/Ba
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 06 de Outubro de 2011.
CARNAVAL
GILMAR BISPO DE OLIVEIRA - ESCREVENTE
ESTE SELLO SECURITY O SELO

SES 3464

FESTAS POPULARES – ASSISTÊNCIA

IMPLANTAÇÃO E OPERAÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS
CONCEIÇÃO DA PRAIA	32	61	71
REVEILLON	36	96	160
BOA VIAGEM	16	31	254
LAPINHA	26	82	345
BONFIM	24	47	24
FAROL FOLIA	21	47	71
RIBEIRA	8	21	27
SÃO LÁZARO	24	39	126
YEMANJÁ	24	48	164
BL PARCEIRIA	80	156	1.322
ITAPOAN	23	79	363
PRÉ-CARNAVAL	32	63	38
TOTAL	**346**	**770**	**2.965**

CARNAVAL – ASSISTÊNCIA

	MÓDULO	ASSITÊNCIA		ATENDIMENTOS		
		NU	NM	CIRURGIA	CLÍNICA	ORTO
CARNAVAL	I	99	145	2.313	12.122	443
	II	99	145			
	III	99	145			
	IV	99	145			
	V	99	145			
	VI	99	145			
	VII	99	145			
	VIII	99	145			
	IX	99	145			
	X	99	145			
	COORD	110	145			
	COORD	110	145			
TOTAL		**1.210**	**1.740**	**2.313**	**12.122**	**443**

12o. Ofício de Notas - Salvador/Ba
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 10 de novembro de 20
ESTE CÓDIGO SUBSTITUI O SELO

PREFEITURA
SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

SES
3465

LEGENDA:
NU = NÍVEL UNIVERSITÁRIO
NM = NÍVEL MÉDIO

Informamos que os atendimentos foram executados de maneira plenamente satisfatória observando o padrão de qualidade técnico exigida, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.

Salvador/Ba., 11 de Maio de 2004

PMS-SMS-SECRETARIA SAÚDE
ALDELY ROCHA DIAS
SECRETÁRIA DE SAÚDE

JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
DIRETOR COMERCIAL
CRA Nº 4.276 – 5º Região

ALESSANDRA DE SIERVI MATTOS
ODONTOLÓGA
CRO N.º 5.428

AMANDO MENDES SOARES
MÉDICO-ADM.HOSPITALAR
CREMEB Nº 7.558

1º Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 09 de Novembro de 2011.
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

346

Salvador, 22 de agosto de 2011

DECLARAÇÃO

O Sr. Rogério Guariniello, portador do CPF. 125.789.738-14 é o Diretor Administrativo do Hospital Teresa de lisieux,em Salvador.
Hospital Geral com 150 leitos,Unidades de Terapia Intensiva Adulto,Pediátrica e Neonatal, Setor de Oncologia, Internação, amplo Centro Cirúrgico e Emergência Adulto,Ortopédica, Ginecológica e Pediátrica , e 500 colaboradores.

Declaro a quem interessar possa, que encontro-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Carolina Monteiro
RECURSOS HUMANOS

Carolina Monteiro
Coord. Recursos Humanos
Cont.3339-4993

12o. Ofício de Notas Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 11 de Outubro de 2011.
GILIANI GUSMÃO DE ABREU
ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

2º Tabelionato de Notas
Rua Dr. Lemos de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
10508526528
23 AGO 2011
Confere com o original.
dou fé.
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

kuatro saúde

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICADO
1050B526520
23 AGO. 2011
Confere com a fotocópia
apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
nato de Notas
u nº 157 Setor Oeste
ia - Goiás
2) 3215-8998

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL DA BAHIA - ISIBA**, CNPJ/MF. Nº 7.254.323/0001-50, associação civil, sem fins lucrativos, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o nº **7.558**, e pelo seu presidente, administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob nº **4.276 – 5ª Região**, executou desde 07 de dezembro de 2.005 até a presente data, a Implantação, Organização, Administração e Gerenciamento dos Serviços do Hospital Municipal Célia Almeida Lima, localizado no município de São Francisco do Conde, composto de 67 (Sessenta e Sete) leitos para atendimento de Urgência e Emergência.

O Hospital administrado opera em regime de 24 (vinte e quatro) horas, com efetivo médio de **260 funcionários** e realiza as seguintes atividades:

A <u>Nível ambulatorial</u> atendimento nas especialidades de Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia Ortopédica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Geriatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia Pediatria, Ginecologia, Pré-Natal, Oftalmologia, Dermatologia, Mastologia, Imunologia, Nutrição e Dietética (SND), Fisioterapia, Patologia Clínica e Odontologia.

A <u>Nível de Internação</u> atendimento nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Endocrinologia.

A <u>Nível de Urgência e Emergência</u> atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Pequenas Cirurgias Emergenciais, Obstetrícia, Ortopedia, Traumatologia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Anestesia e Odontologia.

A Nível de Serviços de Apoio Diagnóstico, atendimento de: Endoscopia Digestiva, Radiologia (RX), Ultra-Sonografia, Patologia Clínica (Laboratório), ECG, Fisioterapia, Nutrição e Dietética.

A Nível de Serviços Diversos, a Operação de Lavanderia Hospitalar, para atendimento da unidade, contemplando uma média mensal de **7.000 Kg/ mês** de rouparia para lavagem. Operação do refeitório, que contempla a alimentação de todos os funcionários da unidade, além de fornecimento de toda a dieta dos pacientes e proporciona um atendimento médio mensal de **9.600 refeições/dieta mensal,** a unidade assegura assistência gratuita e satisfatória à população em todas as especialidades / procedimentos, nas quantidades média / mensal, conforme abaixo descrito, tudo de acordo com o contrato de prestação de serviços, pelo prazo de 02 (dois) anos, contados a partir de 07 de dezembro de 2.005, pelo valor global de R$ 16.988.855,02 (dezesseis milhões, novecentos e oitenta e oito mil, oitocentos e cinqüenta e cinco reais e dois centavos), podendo ser renovado por até mais 03 (três) anos.

DISCRIMINAÇÃO	MÉDIA MENSAL
Atendimento Ambulatorial	2.395
Procedimentos Ambulatoriais	5.413
Atendimento de Emergência	12.877
Procedimentos de Emergência	31.642
Serviços de Apoio Diagnóstico	22.967
Procedimentos Cirúrgicos	512
Internamento Hospitalar	385
TOTAL DE PROCEDIMENTOS E ATENDIMENTOS	**76.191**

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 10 de agosto de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ARAÚJO - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

CREMEB

Av. Vasco da Gama nº 389 - Federação - Salvador - Ba CEP: 40.230-731
Fone: (71) 2103-3844 Fax: (71) 2103-3845 kuatrosaude@ig.com.br

13767

kuatro saúde

SES 3448

Classificação Hospitalar:

Porte III (de acordo com a portaria nº 2224/02 – GM/MS)

Informamos ainda, que os atendimentos foram executados de maneira plenamente satisfatória observando o padrão de qualidade técnico exigida, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.

Salvador/Ba., 08 de março de 2006.

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.

SÉRGIO RICARDO DE MOURA MATTOS
RESPONSÁVEL LEGAL

INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL ISI-BA

JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO
DIRETOR PRESIDENTE

AMANDO MENDES SOARES
DIRETOR TÉCNICO

12º Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 25 de fevereiro de 2011.
GILVAN CARNEIRO DE ARAÚJO PEREIRA
ESCREVENTE SUBSTITUTO

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1D50852842 3

Tabelionato de Notas
João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998
25 AGO. 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Assunção

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BAHIA

SES 3469 FLS

À

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.
At: Sr. Sérgio Ricardo de Moura Mattos - Diretor

REF: CONTRATO – CONCORRÊNCIA Nº 004/2005

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARCIAL DE SERVIÇOS

Atendendo ao quanto nos foi solicitado, através de vossa correspondência datada de 05/12/2005, autorizamos pelo presente instrumento, esta empresa sub-empreitar, parcialmente, para o Instituto de Saúde Integral - ISI, a execução dos serviços constantes no contrato em epígrafe, conforme condições estipuladas no Contrato de Prestação de Serviços.

São Francisco do Conde, 07 de dezembro de 2005.

Dario Alves Rêgo
Prefeito Municipal

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade Corregedoria Geral da Justiça AUTENTICAÇÃO 1050B52[illegible]45 25 AGO 2011

Cartório de Notas nº 157 Setor Oeste - Goiás 3215-8998

Confere com a foto cópia apresentada dou fé
Artal Cavalcanti de Assunção
Escrevente

TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 22 de Agosto de 2011.
Em Testº da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

INSTITUTO MEDICO CARDIOLOGICO DA BAHIA

SES 3470 FLS 1

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Portaria nº 062, datada de 06 de setembro de 1977, da Universidade Federal da Bahia, comprovando de que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em unidade que possui programa de Residência Médica.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Gabinete do Reitor

SES 7471

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3213-8308

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade AUTENTICADO 1050B526545

23 AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de direito, que **Nelson de Carvalho Assis Barros**, Professor Titular e Emérito da Faculdade de Medicina da UFBA, exerceu o cargo de Diretor Técnico e Administrativo do Hospital Infantil – CHR/UFBA, durante o período de março de 1991 a fevereiro de 1992, quando se exonerou a pedido.

O mencionado Hospital, hoje **Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira**, contava com noventa leitos assim distribuídos: dez leitos na Emergência (oito de observação e dois de isolamento), setenta e cinco nas enfermarias para pesquisa na Unidade Metabólica.

Além destas unidades possuía também *"Raios X" "Farmácia", "Lactário", "Serviço de Nutrição"* e *"Posto de Coleta* no *Laboratório Central"*.

Hoje o referido Hospital integra o **Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos** da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 10 de julho de 2009.

Naomar Monteiro de Almeida Filho
Reitor

TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 23 de Agosto de 2011.
Em Testº _____ da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FLS 3472
Salvador BA.

PORTARIA Nº062

O Diretor do HPES da UFBA. no uso de suas atribuições legais:

RESOLVE: designar DR. NELSON DE CARVALHO BARROS, como chefe do serviço de Pediatria deste hospital.

Registre-se, publique-se e arquive-se

Salvador, 06 de setembro de 1977

Prof. Rodrigo Argollo Ferrão

Diretor do HPES

12o. Ofício de Notas - Salvador/Ba
Confere com o original que lhe foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 7 de março de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ARAÚJO - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

2º Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998
ESTADO DE GOIÁS - Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
25 AGO. 2011
AUTENTICAÇÃO 1050B528440
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Escrevente

INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARA

SES
3477
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de prova e a quem interessar possa que o Sr. FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR, portador da CTPS 076562, série 0003, foi funcionário desta instituição inscrito no CNPJ Nº 072655150001-62 exercendo a função de Diretor Geral no período de 01/05/1998 a 14/08/2009.

Atestamos ainda que a unidade supracitada atende alta complexidade e que possui programa de ensino, pesquisa e residência médica.

Fortaleza/CE, 10 de Agosto de 2011.

Iana Dinis

Iana Dinis

Gerente de Recursos Humanos

R. Papi Júnior, 1222 – Rodolfo Teófilo
Fone: (85) 3288.4400 | Fax: (85) 3281.2865
CEP: 60.430-230 – Fortaleza/CE

HOSPITAL DO CÂNCER
CASA VIDA
ECO ONCOLOGIA

SANTA MARINA
HOSPITAL

SES
3495
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

São Paulo (SP), 03 de novembro de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a quem interessar possa e para qualquer fim em Direito, que o Instituto Médico Cardiológico da Bahia, inscrito no CNPJ nº 09.056.851/0001-20, com endereço na Av. Santa Luzia, nº 1136, Sala 406, Ed. Empresarial Horto Florestal, Salvador/BA, CEP.: 40.295-050, prestou serviços de gestão no Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n. 62.747.688/0001-25, com sede na Av. Santa Catarina, 2.785, Vila Santa Catarina, São Paulo (SP), durante o período de dezembro de 2009 até junho de 2010, informamos ainda que o Hospital possui unidades com média e alta complexidade cirúrgica.

Hospital e Maternidade Santa Marina
CNPJ. 62.747.688/0001-25

Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda.
Fábio Roberto Turnes
Vice-Presidente
Hospital Santa Marina

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES
3476
FLS.
2

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração de Hospital, comprovando que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em unidade que atende alta e média complexidade cirúrgica.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

ANTONIO PRUDENTE

SES
3477
FLS

Declaramos, para fins de prova e a quem interessar possa, que o Sr. Francisco Sales de Macedo Junior, exerceu a função de Diretor Geral do Hospital Antônio Prudente em Fortaleza no período de 1989 a 1993.

Atestamos ainda que a unidade supracitada atende alta-média complexidade cirúrgica.

Fortaleza/CE, 03 de Agosto de 2011.

Raimundo Sousa
Diretor de Desenvolvimento Organizacional
Recursos Humanos

INSTITUTO MEDICO CARDIOLOGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

SES 3488 FLS. 7

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração de Hospital de que a entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade de média e alta complexidade clinica.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

SANTA MARINA
HOSPITAL

SES
3479
FLS.
2
PROCESSO

São Paulo (SP), 03 de novembro de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a quem interessar possa e para qualquer fim em Direito, que o Instituto Médico Cardiológico da Bahia, inscrito no CNPJ nº 09.056.851/0001-20, com endereço na Av. Santa Luzia, nº 1136, Sala 406, Ed. Empresarial Horto Florestal, Salvador/BA, CEP.: 40.295-050, prestou serviços de gestão no Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n. 62.747.688/0001-25, com sede na Av. Santa Catarina, 2.785, Vila Santa Catarina, São Paulo (SP), durante o período de dezembro de 2009 até junho de 2010, informamos ainda que o Hospital possui unidades com média e alta complexidade clinica.

Hospital e Maternidade Santa Marina
CNPJ. 62.747.688/0001-25

Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda.

Fábio Roberto Turnes
Vice-Presidente
Hospital Santa Marina

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

SES 348 FLS. 2 PROTOCOLO

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração de Hospital, comprovando que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em unidade que atende alta e média complexidade clinica.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

ANTONIO PRUDENTE

SES 7481 RS. 2 PROTOCOLO

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de prova e a quem interessar possa, que o Sr. Francisco Sales de Macedo Junior, exerceu a função de Diretor Geral do Hospital Antônio Prudente em Fortaleza no período de 1989 a 1993.

Atestamos ainda que a unidade supracitada atende alta-média complexidade clínica.

Fortaleza/CE, 03 de Agosto de 2011.

Raimundo Sousa
Diretor de Desenvolvimento Organizacional
Recursos Humanos

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

SES 7482 FLS

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Madre de Deus de que a entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em *unidade de pronto atendimento* e rede terciaria.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

SANTA MARINA
HOSPITAL

SES 7487 Fls. 4

São Paulo (SP), 03 de novembro de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a quem interessar possa e para qualquer fim em Direito, que o Instituto Médico Cardiológico da Bahia, inscrito no CNPJ nº 09.056.851/0001-20, com endereço na Av. Santa Luzia, nº 1136, Sala 406, Ed. Empresarial Horto Florestal, Salvador/BA, CEP.: 40.295-050, prestou serviços de gestão no Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n. 62.747.688/0001-25, com sede na Av. Santa Catarina, 2.785, Vila Santa Catarina, São Paulo (SP), durante o período de dezembro de 2009 a junho de 2010, informamos ainda que o Hospital possui 267 (duzentos e sessenta e sete) leitos de internação, conforme registro no CNES.

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 4 de fevereiro de 2011.
GILVAN CUNHA DE PAULO - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

Hospital e Maternidade Santa Marina
CNPJ. 62.747.688/0001-25

Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda.

Fábio Roberto Turnes
Vice-Presidente
Hospital Santa Marina

PREFEITURA MUNICIPAL
MADRE DE DEUS

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MADRE DE DEUS
SESAU – Secretaria de Saúde

SES
3484
Fls.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **Instituto Médico Cardiológico da Bahia, CNPJ nº 09.056.851/0001-20**, com sede na Av. Santa Luzia, nº 1.136, sala 406, Edf. Horto Empresarial, responsável administrativo Sr. Alan de Jesus Mendes, CRA/BA sob o nº 02344, mantem vínculo contratual com o Município de Madre de Deus – Fundo Municipal de Saúde, onde executa na forma do contrato administrativo nº 127/2011 os serviços de gestão, administração e modernização dos serviços de saúde em regime de 24 horas por dia, 07 vezes por semana, com assistência universal e gratuita, em conformidade com a Portaria GM/MS 2224, de 05/12/2002, das características do Hospital Municipal Dr. Eduardo Bahiana Ribeiro, são compatíveis com Porte II (média complexidade), totalizando 31 (trinta e um) leitos, destes, 01 (um) de isolamento, devidamente cadastrado no CNES sob o número 3289826. A entidade, sem fins lucrativos, opera entre outros os seguintes serviços principais:

Urgência e Emergência (24 horas) nas especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Anestesiologia, Ortopedia e Obstetrícia.

Atendimento em Ambulatório com as especialidades: Anestesiologia, Cirurgia ambulatorial, Cirurgia geral, Cirurgia Ginecológica e Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Pediatria, para pacientes egressos, Ortopedia e cirurgia ortopédica, Cirurgia Pediátrica, Oncologia e Telemedicina.

Métodos Gráficos: Eletrocardiograma (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico: Raios-X (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e USG (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Diagnóstico laboratorial: Laboratório de Patologia Clínica (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e Anatomia Patológica inclusive com biópsia por congelação.

Internamento Hospitalar, dispondo de unidades: Centro Cirúrgico, Unidade Cuidados Intermediários – UCI 04 (quatro) leitos; Enfermarias Clínicas, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica; Serviços Assistenciais e de Abastecimento; Enfermagem, Central de Material Esterilizado (CME), Nutrição (SND e dietas enterais), Farmácia, Assistência Social.

Serviços Infraestrutura e Apoio Logístico: Almoxarifado, Arquivo de Prontuários de Pacientes, Manutenção Geral, Lavanderia, Vigilância e Segurança Patrimonial, Gases Industriais, Informatização, Higienização, Administrativo.

Madre de Deus/BA, 10 de agosto de 2011.

Dr. Giorlando Guimarães Santos
Secretário Municipal de Saúde

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

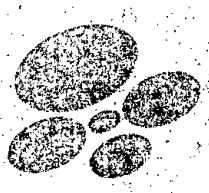
GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

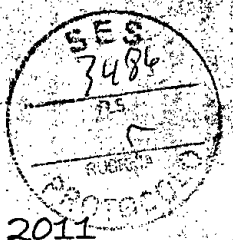
SES 3485 FLS. 2

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração de Hospitais e Municipios, comprovando que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em unidade de pronto atendimento e rede terciaria.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com





Salvador, 22 de agosto de 2011

DECLARAÇÃO

O Sr. Rogério Guariniello, portador do CPF. 125.789.738-14 é o Diretor Administrativo do Hospital Teresa de lisieux,em Salvador.
Hospital Geral com 150 leitos,Unidades de Terapia Intensiva Adulto,Pediátrica e Neonatal, Setor de Oncologia, Internação, amplo Centro Cirúrgico e Emergência Adulto,Ortopédica, Ginecológica e Pediátrica , e 500 colaboradores.

Declaro a quem interessar possa, que encontro-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Carolina Monteiro
RECURSOS HUMANOS

Carolina Monteiro
Coord. Recursos Humanos
Cont.3339-4993



PREFEITURA
SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

SES
3484
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que a Empresa **GESTMED GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**, CNPJ/MF. Nº 03.262.479/0001-22, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o nº **7.558**, o administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob nº **4.276 – 5ª Região** e a odontóloga **ALESSANDRA DE SIERVI MATTOS** inscrita no **CROBA** n.º **5.428,** executou ações preventivas e curativas em saúde, nelas incluídas o atendimento de Urgência e Emergência e Treinamento de Recursos Humanos, Co-Gestão e Operacionalização das referidas ações, durante as Festas Populares de Salvador 2003/2004, inclusive Carnaval 2004, conforme contrato de prestação de serviços nº 058/2003. Período de execução do contrato **dezembro/2003 à abril/2004**, pelo valor global de R$ 2.140.000,00(Dois Milhões Cento e Quarenta Mil Reais).

1. **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS NAS FESTAS POPULARES E NO CARNAVAL 2004.**

   Os serviços foram executados em etapas (festas populares e carnaval), contemplando a implantação de **23** unidades de saúde, sendo **12 unidades** em festas populares e **11 unidades** no carnaval. Executando nestas unidades todas as ações preventivas e curativas, contemplando o atendimento de urgências e emergências, disponibilizando em cada unidade, médicos, enfermeiros, assistente Social, auxiliares de enfermagem, odontólogos, farmacêuticos, auxiliares administrativos e motoristas. Executou-se também em cada unidade das festas populares e em todo circuito do carnaval, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Zoonoses, contemplando o fornecimento de toda equipe para a fiscalização, controle e apuração das atividades, bem como treinamento e capacitação dos recursos humanos alocados nos serviços, mantendo um efetivo médio na parte de assistência nos meses de 05.12.2003 à 26.02.2004, de 418 médicos, 30 odontólogos, 52 enfermeiras, 302 Auxiliares de enfermagem, 286 auxiliares administrativos, , 252 motoristas, proporcionando uma média de 5.800 atendimentos / mês de casos clínicos e cirúrgico e 443 casos de atendimento traumo odontológicos. Já na prevenção, manteve-se um efetivo médio nos meses de 05.12.2003 à 26.02.2004, de 119 médicos, 34 enfermeiras, 34 biólogos, 51 assistentes sociais, 52 veterinários, 52 nutricionistas, 177 Auxiliares de enfermagem, 147 auxiliares administrativos,123 agentes de saúde e 44 proporcionando uma média de 3.900 atendimentos / mês.

TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 22 de Agosto de 2011.
Em Testº da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

SES 3489 FLS. PROTOCOLO

FESTAS POPULARES – ASSISTÊNCIA

IMPLANTAÇÃO E OPERAÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS
CONCEIÇÃO DA PRAIA	32	61	71
REVEILLON	36	96	160
BOA VIAGEM	16	31	254
LAPINHA	26	82	345
BONFIM	24	47	24
FAROL FOLIA	21	47	71
RIBEIRA	8	21	27
SÃO LÁZARO	24	39	126
YEMANJÁ	24	48	164
BL PARCEIRIA	80	156	1.322
ITAPOAN	23	79	363
PRÉ-CARNAVAL	32	63	38
TOTAL	**346**	**770**	**2.965**

CARNAVAL – ASSISTÊNCIA

	MÓDULO	ASSITÊNCIA		ATENDIMENTOS		
		NU	NM	CIRURGIA	CLÍNICA	ORTO
CARNAVAL	I	99	145	2.313	12.122	443
	II	99	145			
	III	99	145			
	IV	99	145			
	V	99	145			
	VI	99	145			
	VII	99	145			
	VIII	99	145			
	IX	99	145			
	X	99	145			
	COORD	110	145			
	COORD	110	145			
TOTAL		**1.210**	**1.740**	**2.313**	**12.122**	**443**

TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 22 de Agosto de 2011.
Em Testº da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

PREFEITURA
SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

SES
3490
FLS.
2

LEGENDA:
NU = NÍVEL UNIVERSITÁRIO
NM = NÍVEL MÉDIO

Informamos que os atendimentos foram executados de maneira plenamente satisfatória observando o padrão de qualidade técnico exigida, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.

Salvador/Ba., 11 de Maio de 2004

PMS-SMS-SECRETARIA SAÚDE
ALDELY ROCHA DIAS
SECRETÁRIA DE SAÚDE

JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
DIRETOR COMERCIAL
CRA Nº 4.276 – 5º Região

ALESSANDRA DE SIERVI MATTOS
ODONTOLÓGA
CRO N.º 5.428

AMANDO MENDES SOARES
MÉDICO-ADM.HOSPITALAR
CREMEB Nº 7.558

12o.Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que lhe foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 31 de MARÇO de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

SES
3491
FLS
2

Salvador, 25 de agosto de 2011

DECLARAÇÃO

Declaramos que a Drª Maria Paula Magalhães Sousa, portadora do CPF 317.595.995-49 e CRM-Ba 9901, foi Diretora Médica do Hospital Teresa de Lisieux em Salvador (BA), no período entre 2009 e 2010.
Hospital Geral de alta complexidade, com 150 leitos, emergências adulto,pediátrica,ortopédica e de ginecologia.

Atenciosamente,

Hospital Teresa de Lisieux

42

191966

kuatro saúde

2º Tabelionato de Notas de Abreu nº 157 Setor Oeste Goiânia - Goiás Fone: (62) 3215-8998
ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade AUTENTICAÇÃO 1050BB28424
25 AGO 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Tabelião/Escrevente Autorizado
SES 3492 FLS RUBRICA

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL DA BAHIA - ISIBA**, CNPJ/MF. Nº 7.254.323/0001-50, associação civil, sem fins lucrativos, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o nº **7.558**, e pelo seu presidente, administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob nº **4.276 – 5ª Região**, executou desde 07 de dezembro de 2.005 até a presente data, a Implantação, Organização, Administração e Gerenciamento dos Serviços do Hospital Municipal Célia Almeida Lima, localizado no município de São Francisco do Conde, composto de 67 (Sessenta e Sete) leitos para atendimento de Urgência e Emergência.

O Hospital administrado opera em regime de 24 (vinte e quatro) horas, com efetivo médio de **260 funcionários** e realiza as seguintes atividades:

A <u>Nível ambulatorial</u> atendimento nas especialidades de Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia Ortopédica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Geriatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia Pediatria, Ginecologia, Pré-Natal, Oftalmologia, Dermatologia, Mastologia, Imunologia, Nutrição e Dietética (SND), Fisioterapia, Patologia Clínica e Odontologia.

A <u>Nível de Internação</u> atendimento nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Endocrinologia.

A <u>Nível de Urgência e Emergência</u> atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Pequenas Cirurgias Emergenciais, Obstetrícia, Ortopedia, Traumatologia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Anestesia e Odontologia.

A Nível de Serviços de Apoio Diagnóstico, atendimento de: Endoscopia Digestiva, Radiologia (RX), Ultra-Sonografia, Patologia Clínica (Laboratório), ECG, Fisioterapia, Nutrição e Dietética.

A Nível de Serviços Diversos, a Operação de Lavanderia Hospitalar, para atendimento da unidade, contemplando uma média mensal de **7.000 Kg/ mês** de rouparia para lavagem. Operação do refeitório, que contempla a alimentação de todos os funcionários da unidade, além de fornecimento de toda a dieta dos pacientes e proporciona um atendimento médio mensal de **9.600 refeições/dieta mensal,** a unidade assegura assistência gratuita e satisfatória à população em todas as especialidades / procedimentos, nas quantidades média / mensal, conforme abaixo descrito, tudo de acordo com o contrato de prestação de serviços, pelo prazo de 02 (dois) anos, contados a partir de 07 de dezembro de 2.005, pelo valor global de R$ 16.988.855,02 (dezesseis milhões, novecentos e oitenta e oito mil, oitocentos e cinqüenta e cinco reais e dois centavos), podendo ser renovado por até mais 03 (três) anos.

DISCRIMINAÇÃO	MÉDIA MENSAL
Atendimento Ambulatorial	2.395
Procedimentos Ambulatoriais	5.413
Atendimento de Emergência	12.877
Procedimentos de Emergência	31.642
Serviços de Apoio Diagnóstico	22.967
Procedimentos Cirúrgicos	512
Internamento Hospitalar	385
TOTAL DE PROCEDIMENTOS E ATENDIMENTOS	**76.191**

2º Tabelionato de Notas de Abreu nº 157 Setor Oeste Goiânia - Goiás Fone: (62) 3215-8998
ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário
TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 22 de Agosto de 2011.
Em Test.º da verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVENTE

Rua Barão de Cotegipe - Salvador - Bahia

kuatro saúde

Classificação Hospitalar:

Porte III (de acordo com a portaria nº 2224/02 – GM/MS)

SES 3493 FLS.

Informamos ainda, que os atendimentos foram executados de maneira plenamente satisfatória, observando o padrão de qualidade técnico exigida, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.

Salvador/Ba., 08 de março de 2006.

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.

SÉRGIO RICARDO DE MOURA MATTOS
RESPONSÁVEL LEGAL

INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL ISI-BA

JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO
DIRETOR PRESIDENTE

AMANDO MENDES SOARES
DIRETOR TÉCNICO

12º Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 11 de fevereiro de 2011.
OTÁVIA REGINA DE CARVALHO SUCUPIRA - ESCREVENTE
SELO
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O RECONHECIMENTO DE FIRMA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Certifico para fins do art. 30, da lei 8.666/93 que o(a) profissional abaixo relacionado(a) nesta(s) folha(s) nº 40 ,refere-se ao RQA nº 1883 tipo 16/0106 (Registro de Comprovação de Aptidão para Desempenho de Atividades em Medicina) , efetuado neste Conselho, em nome da empresa Instituto de Saúde Integral LTDA

Registro nº 3590 , a qual tem como Responsável Técnico o médico Armando Mendes Soares CRM nº 7558

Salvador, 16 de outubro de 2006

Lecy Rita Santos da Silva
Funcionário

Visto:
Presidente do CREMEB

12o. Ofício de Notas
Confere com o apresentado. Dou fé.
Salvador, [illegible]
GILVAN CASTRO
ESTE CARTÓRIO SUPRE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BAHIA

SES
3494
FLS.

À

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.
At: Sr. Sérgio Ricardo de Moura Mattos - Diretor

REF: CONTRATO – CONCORRÊNCIA Nº 004/2005

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARCIAL DE SERVIÇOS

Atendendo ao quanto nos foi solicitado, através de vossa correspondência datada de 05/12/2005, autorizamos pelo presente instrumento, esta empresa sub-empreitar, parcialmente, para o Instituto de Saúde Integral - ISI, a execução dos serviços constantes no contrato em epígrafe, conforme condições estipuladas no Contrato de Prestação de Serviços.

São Francisco do Conde, 07 de dezembro de 2005.

Dario Alves Rêgo
Prefeito Municipal

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 14 de novembro de 2011.
GILIAN GUSMÃO DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 3499 FLS. 2

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração de Hospital de que a entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com programa e serviços de atenção a pacientes crônicos.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

SANTA MARINA
HOSPITAL

SES
3496
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

São Paulo (SP), 03 de novembro de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos, a quem interessar possa e para qualquer fim em Direito, que o Instituto Médico Cardiológico da Bahia, inscrito no CNPJ nº 09.056.851/0001-20, com endereço na Av. Santa Luzia, nº 1136, Sala 406, Ed. Empresarial Horto Florestal, Salvador/BA, CEP.: 40.295-050, prestou serviços de gestão no Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n. 62.747.688/0001-25, com sede na Av. Santa Catarina, 2.785, Vila Santa Catarina, São Paulo (SP), durante o período de dezembro de 2009 até junho de 2010, informamos ainda que o Hospital possui programas e serviços de atenção a pacientes crônicos.

Hospital e Maternidade Santa Marina
CNPJ. 62.747.688/0001-25

Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda.
Fábio Roberto Turnes
Vice-Presidente
Hospital Santa Marina

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 3497 FLS. PUERICA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração de Hospital, comprovando que o Corpo Técnico da entidade tem experiência em unidade com programa e serviços de atenção a pacientes crônicos.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

ANTONIO PRUDENTE

SES 3498 FLS. 0 RUBRICA

Fortaleza, 03 de novembro de 2011.

DECLARAÇÃO

O Sr. Rogério Guariniello, portador do CPF. 125.789.738-14 é o Diretor Administrativo do Hospital Antonio Prudente, em Fortaleza.

Hospital Geral com 250 leitos, unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediatrica e Neonatal, Internação, amplo Centro Cirúrgico e Emergência Adulto, Ortopédica, Ginecológica e Pediátrica.

Atestamos ainda que a unidade citada realiza serviços de atenção a pacientes crônicos – home care.

Declaro a quem interessar possa, que encontro-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Francisco Sales de Macedo Júnior

Superidentende de Rede Preferencial HAPVIDA

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 3499 FLS. 2

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG,** localizado no Município de Goiânia – Goiás.

Declaração da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Madre de Deus, comprovando de que a entidade tem experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com especialização ambulatorial.

Avenida Santa Luzia, nº 1136, Sala 406 – Edf. Horto Empresarial, Horto Florestal, Salvador/BA - CEP-40.295-050,
Inscrição Municipal: 301521/001-00 - CNPJ: 09.056.851/0001-20,
Telefax: (71) 3406 -1888, E-mail: imcba@live.com

PREFEITURA MUNICIPAL
MADRE DE DEUS

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MADRE DE DEUS
SESAU – Secretaria de Saúde

SESAU
7500
FLS.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **Instituto Médico Cardiológico da Bahia, CNPJ nº 09.056.851/0001-20**, com sede na Av. Santa Luzia, nº 1.136, sala 406, Edf. Horto Empresarial, responsável administrativo Sr. Alan de Jesus Mendes, CRA/BA sob o nº 02344, mantem vínculo contratual com o Município de Madre de Deus – Fundo Municipal de Saúde, onde executa na forma do contrato administrativo nº 127/2011 os serviços de gestão, administração e modernização dos serviços de saúde em regime de 24 horas por dia, 07 vezes por semana, com assistência universal e gratuita, em conformidade com a Portaria GM/MS 2224, de 05/12/2002, das características do Hospital Municipal Dr. Eduardo Bahiana Ribeiro, são compatíveis com Porte II (média complexidade), totalizando 31 (trinta e um) leitos, destes, 01 (um) de isolamento, devidamente cadastrado no CNES sob o número 3289826. A entidade, sem fins lucrativos, opera entre outros os seguintes serviços principais:

Urgência e Emergência (24 horas) nas especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Anestesiologia, Ortopedia e Obstetrícia.

Atendimento em Ambulatório com as especialidades: Anestesiologia, Cirurgia ambulatorial, Cirurgia geral, Cirurgia Ginecológica e Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Pediatria, para pacientes egressos, Ortopedia e cirurgia ortopédica, Cirurgia Pediátrica, Oncologia e Telemedicina.

Métodos Gráficos: Eletrocardiograma (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico: Raios-X (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e USG (ambulatorial, urgência/emergência e internamento).

Diagnóstico laboratorial: Laboratório de Patologia Clínica (ambulatorial, urgência/emergência e internamento) e Anatomia Patológica inclusive com biópsia por congelação.

Internamento Hospitalar, dispondo de unidades: Centro Cirúrgico, Unidade Cuidados Intermediários – UCI 04 (quatro) leitos; Enfermarias Clínicas, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica; Serviços Assistenciais e de Abastecimento; Enfermagem, Central de Material Esterilizado (CME), Nutrição (SND e dietas enterais), Farmácia, Assistência Social.

Serviços Infraestrutura e Apoio Logístico: Almoxarifado, Arquivo de Prontuários de Pacientes, Manutenção Geral, Lavanderia, Vigilância e Segurança Patrimonial, Gases Industriais, Informatização, Higienização, Administrativo.

Madre de Deus/BA, 10 de agosto de 2011.

Dr. Giorlando Guimarães Santos
Secretário Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL – SECRETARIA DE SAÚDE
End.: Rua Brasília, n.º 02 – Suape – Complexo Municipal de Saúde, Madre de Deus – Bahia– CEP-42.600-000
Fones: (71) 3604-1644, Fax: 3604-3100

ISIBA

Declaração de parceria

O Instituto de Saúde fazerde Integral da Bahia Isiba, CNPJ/MF 7.254.323/0001-50, com sede na AV. Vasco da Gama n 39, Federação ,Salvador,Bahia,CEP 40250731,associação civil sem fins lucrativos, no intuito de fazer um convênio com o Instituto Médico Cardiológico da Bahia, inscrito no CNPJ n 09.056.851/0001-20,sediada na AV. Santa Luzia, n 1136 ,Horto Florestal,ED. Horto Empresarial, Sala 406, CEP 4295-050, Salvador ,Bahia, na areão de saúde e procedimentos médicos .

DR. Amando Mendes Soares

Responsável Técnico

RG 1.648.047-30

CPF 145.879.805-44

Salvador 4 de setembro 2008

Idort BAHIA
INSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO RACIONAL DO TRABALHO

SES
350
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

DECLARAÇÃO DE PARCERIA

O **IDORT BAHIA – INSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO RACIONAL DO TRABALHO**, inscrito no CNPJ nº 15.161.748/0001-43, com sede na Rua Território do Acre, nº 65, Pituba, Salvador, Bahia, Associação de Defesa de Direitos Sociais, que tem como objetivo a preparação do cidadão para a sua inclusão no Mercado de Trabalho com cursos profissionalizantes e preparatórios para concursos e vestibulares, declara, sob as penas da Lei, que o **INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA**, inscrito no CNPJ nº 09.056.851/0001-20, sediada à Av. Santa Luzia, nº 1.136, bairro Horto Florestal, Edf. Horto Empresarial, Sala 406, Salvador-Bahia, possuí parceria educacional em forma de aulas práticas e estágio para alunos do IDORT BAHIA.//////////

Salvador/BA, 22 de agosto de 2011.

INSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO RACIONAL DO TRABALHO
IDORT BAHIA – Fundada em 1963
NELSON DUNNINGHAM DE MORAES RAMOS
PRESIDENTE
RG nº 00382387-30 SSP/BA
CPF nº 020.748.855-04

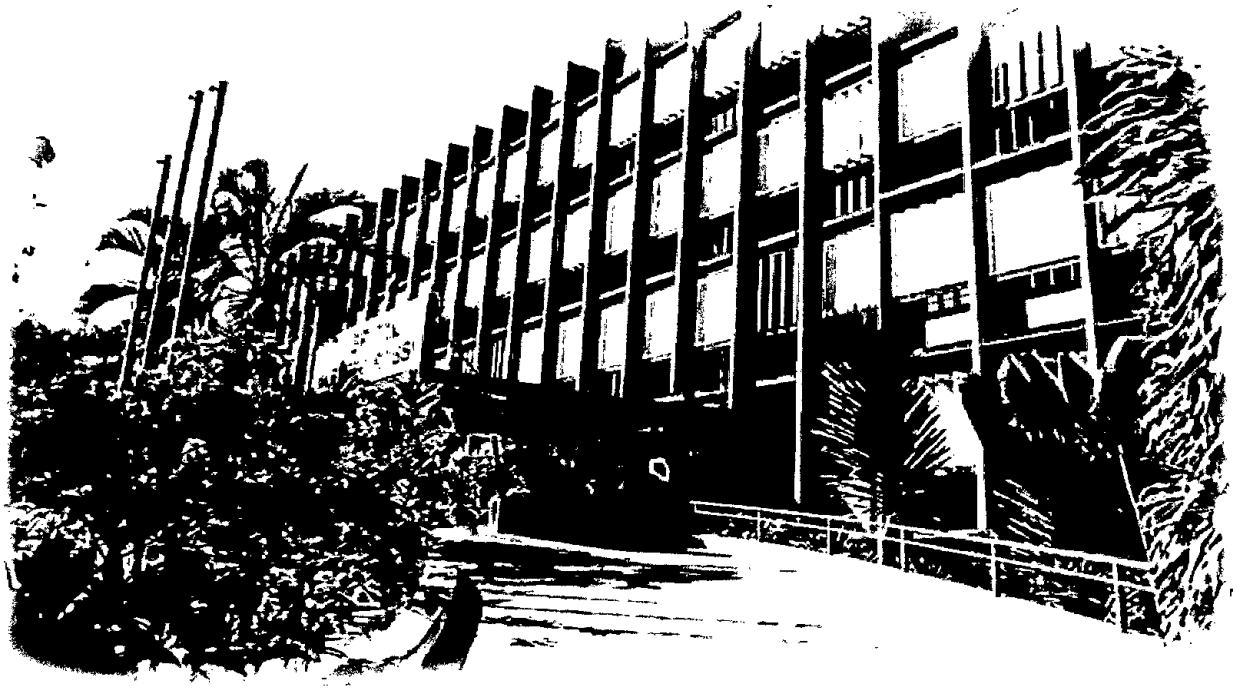
15.161.748/0001-43
IDORT - INSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO RACIONAL DO TRABALHO
Rua Território do Acre, nº 65
CEP: 41.830-110
Salvador - BA

1663

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3907
FLS.
RUB.
PROTOC.

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM ATIVIDADE
INCREMENTO DE ATIVIDADE
PROPOSTA TÉCNICA

PROPOSTA IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO INFORMATIZADA DO HGG

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

1. IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR INFORMATIZADA

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, se for o caso, das áreas de docência e pesquisa. Tudo isso deve ter como razão última a adequada atenção ao paciente. Daí a importância da implantação de um sistema de gestão hospitalar.

2. SERVIÇOS QUE SÃO SOLUÇÕES

Gestão Hospitalar	
Administração Hospitalar	**SIGE - Sistema de Informações Gerenciais** Geração de relatórios gerenciais e estatísticos de todos os módulos do sistema que auxiliam os gestores da instituição a verificar informações estratégicas, subsidiando a tomada de decisão.
Apoio Hospitalar	**ACRO - Sistema de Apoio Cliente Rouparia** Gestão de todo o processo de logística do enxoval da instituição. Controla o processo de disponibilização do enxoval entre as Unidades de Internação, a lavanderia (externa ou interna) e a oficina de reparo. Também, possibilita a composição do custo a ser visualizado e detalhado no sistema Custos.
	MOVDOC - Sistema Movimentação de Contas Rastreia e controla o fluxo de documentação da conta do paciente entre os setores da Instituição.
	PBSA - Sistema de Banco de Sangue Possibilita que o corpo clínico solicite, via sistema, hemoderivados e, também, o agendamento destes itens conjuntamente com o agendamento da cirurgia. Faturar automaticamente os hemoderivados consumidos pelo paciente.
	PORT - Sistema de Apoio Portaria Controla todo o processo de acesso, podendo utilizar etiquetas de identificação, à Instituição por acompanhantes de paciente, visitantes e fornecedores.
	PSND - Sistema de Controle de Nutrição Gestão de toda a demanda de refeições seja ela para paciente ou acompanhante, auxiliando a cozinha a produzir a quantidade exata de refeições e evitando desperdícios.



	ROOM - Serviço de Quarto Cobra do paciente ou do convênio os serviços de quarto disponibilizados durante a sua estadia na Instituição, automaticamente.
	SAC - Sistema de Atendimento ao Cliente Garantia de que insatisfações do cliente sejam geridas/conhecidas pela Instituição.
	ZELA - Sistema de Zeladoria Gerenciamento eficiente a limpeza dos leitos da instituição. Automaticamente, após a alta ou transferência de leito do paciente, o sistema gera uma ordem de serviço ao setor de Higienização. Os profissionais desse setor, após realizar a higienização, liberam o leito para uma nova internação ou para receber um paciente de outro leito.
Controladoria Hospitalar	**ACPR - Sistema de Controle de Patrimônio** ▪ Rastreamento a localização do bem (ativo fixo) dentro da Instituição. ▪ Depreciação dos bens alocados nos setores e alocar os valores nos respectivos centro de custos. ▪ Gerenciamento do mapa de trabalho para manutenção preventiva. ▪ Integração automática dos lançamentos contábeis com os módulos afins e, também, com o Custos. ▪ Controle da garantia do fabricante, diminuindo custos com manutenção corretiva.
	COTA - Sistema de Controle de Cotas Controle das cotas de compras de produtos por conta contábeis, evitando a compra de itens que estão fora do orçamento da Instituição. A autorização de compras acima de um determinado valor passa por um processo hierárquico de aprovação.
	FCCT - Sistema de Controle Contábil Controle das informações de obrigações e direitos da Instituição, utilizando as demonstrações contábeis e relatórios gerenciais, além de integrar o módulo contábil com todos os módulos do sistema MV2000i que geram informações financeiras.
	FIEA - Intercâmbio Eletrônico de Documentos Evita o trabalho manual de digitação, otimizando o tempo dos profissionais, integrando as contas bancárias da Instituição com o sistema para executar baixas de pagamentos e recebimentos (conciliação bancária).
	FNCC - Sistema de Controle de Caixa Controle de todas as movimentações financeiras dos caixas distribuídas na Instituição, possibilitando a transferência de saldos entre os caixas e o fechamento diário das entradas e saídas.

Gestão Hospitalar	
	FNCT - Sistema de Tesouraria Controle das movimentações financeiras de entradas e saídas interligando os módulos de atendimento e faturamento para realizar o fechamento das cotas particulares dos pacientes.
	FNFI - Sistema Financeiro Controle da vida financeira da Instituição, abordando o controle de fluxos de caixas, movimentações bancárias (aplicações), demonstrações de custos, retenções automáticas de tributos e diversos relatórios gerenciais.
Faturamento Convênios e Particulares	**FFAG - Sistema de Auditoria e Glosa** Efetua o controle (por procedimento, grupo de procedimento e grupo de Faturamento) das contas glosadas, possibilitando a análise e reapresentação das mesmas à respectiva operadora. Este processo evita perdas financeiras à Instituição.
	FFCV - Sistema de Faturamento de Convênios Recebe automaticamente de outros módulos do sistema os lançamentos de consume que necessitam ser cobrados do paciente ou do convênio. Os profissionais da Instituição deixam de ser digitadores de contas e passam a ser auditores de contas.
	FNRM - Sistema de Repasse Médico (Convênios) Repasse aos prestadores somente os valores que lhe são devidos, descontadas as respectivas glosas dos convênios. Todas as informações relacionadas ao repasse médico são importadas automaticamente dos módulos de faturamento e, também, do módulo de auditoria e glosa.
Faturamento SUS	**FFAS - Sistema de Faturamento Ambulatorial** Gerenciamento fidedigno das informações do faturamento SUS Ambulatorial, conforme todas as regras preconizadas pelo DATASUS.
	FFIS - Sistema de Faturamento de AIH Gerenciamento fidedigno das informações do faturamento SUS Internação, conforme todas as regras preconizadas pelo DATASUS.
	FNRM - Sistema de Repasse Médico (SUS) Repasse aos prestadores somente os valores que lhe são devidos, descontadas as respectivas glosas dos convênios. Todas as informações relacionadas ao repasse médico são importadas automaticamente dos módulos de faturamento e, também, do módulo de auditoria e glosa.
	SISCOLO - Sistema de Controle Exames de Colo de Útero Gerenciamento das informações sobre os exames de colo de útero, indicando os possíveis casos positivos e emitindo relatórios demonstrativos dos casos analisados.

SES
3504
Rubrica

Gestão Clínica Administrativa

ACMA - Sistema de Controle de Manutenção

Controle das manutenções dos equipamentos e da infra estrutura da Instituição, possibilitando o(a):

a) cadastro das solicitações de serviços de manutenção (realizada pelos funcionários de cada setor desobrigando os profissionais da manutenção de realizar tal atividade que demanda um certo tempo);

b) alocação dos gastos com a manutenção em cada serviço prestado no devido centro de custos (garante a apuração dos custos por setor e o correto rateio de acordo com as regras pré estabelecidas no modulo de custos);

c) planejamento de manutenção preventiva de equipamento (evita a Instituição gaste mais com manutenção corretiva);

d) integração com os módulos de suprimentos (estoque e compras) e com o Custos.

AMAP - Sistema de Gerenciamento do SAME

Gerenciamento e rastreabilidade de todos os prontuários da instituição. O controle é iniciado no momento da geração automática do prontuário, quando o paciente é cadastrado, uma etiqueta de identificação é emitida e qualquer movimentação (envio a outros setores) também é realizada no sistema. A qualquer momento é possível localizar um prontuário.

AMDC - Sistema de Diretoria Clínica

Gerenciamento do cadastro dos profissionais da saúde. Possibilita bloquear profissionais quando estão de férias, registrar faltas, vincular assinaturas digitalizadas entre outras funcionalidades necessárias ao correto funcionamento do sistema.

PAEU - Sistema de Urgência e Emergência

Agiliza o atendimento dos pacientes e auxilia o medico na conduta médica, com a disponibilização de ferramentas que permitam a consulta de todo o histórico clínico de determinado paciente na Instituição.

PARA - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial

- Gerenciamento das agendas de consultas eletivas de forma detalhada e ágil.
- Registro no prontuário eletrônico do paciente os dados referentes ao seu atendimento como: consulta médica (HDA, Exame Físico, Diagnóstico, Receitas, Atestados etc.) e prescrição médica, quando necessária, possibilitando que todas essas informações possam ser resgatadas posteriormente pelo corpo clinico e os auxiliem na conduta médica.
- Cadastro único do pacientes, sendo estes dados utilizados por todos os outros módulos do sistema.

PARI - Sistema de Gerenciamento de Internação

- Gerenciamento da alocação dos leitos de internação e geração das guias necessárias à internação do paciente.
- Cadastro único do pacientes, sendo estes dados utilizados por todos os outros módulos do sistema.

Gestão Hospitalar	
	SAGE - Sistema de Atendimento Geral Controle de todas as recepções da Instituição em um único módulo (Internação, Ambulatório, Pronto Atendimento, Imagem e Laboratório).
	SCMA - Sistema de Central de Marcação Gerenciamento de todas as agendas da Instituição em um único módulo (Agenda de exames de laboratório, exames de imagem, consulta eletiva etc.), podendo realizar de uma única vez vários agendamentos para o mesmo paciente.
Gestão Clínica Técnica	**FSCC - Sistema de Centro Cirúrgico** ▪ Gerenciamento da pré internação automaticamente logo após realizar o agendamento das cirurgias (otimiza o trabalho dos profissionais que não necessitam digitar os dados do paciente novamente, ficando somente com a atribuição de confirmar as informações com o paciente). ▪ Gerenciamento da quantidade de equipamentos disponíveis no centro cirúrgico, permitindo agendar determinada quantidade de cirurgias que utilizam estes equipamentos (evita que cirurgias sejam agendas sem que os equipamentos estejam disponíveis). ▪ Geração de faturamento automático das cirurgias realizadas e produtos consumidos após a confirmação da cirurgia (evita retrabalho no faturamento, ficando sobre responsabilidade desses profissionais auditor a conta). ▪ Gerenciamento da agenda do centro cirúrgico e suas respectivas salas de forma clara e rápida.
	PAGU - Sistema de Gerenciamento de Unidades ▪ Eliminação do retrabalho nos setores de apóio ao paciente internado porque, após a elaboração da prescrição médica, o sistema gera automaticamente a solicitação dos itens (medicamentos, materiais, exames, dietas, hemoderivados etc.). ▪ Geração do prontuário eletrônico do paciente com as informações inseridas nas prescrições médicas/enfermagem, evoluções médicas/enfermagem e interconsultas médicas. ▪ Analise online os resultados dos exames. ▪ Avaliação do paciente utilizando *scores* (APACHE II, SOFA, RAMSAY, GLASGOW etc.).
	PSIH - Sistema de Controle de Infecção Hospitalar Controle de todos os focos de infecções através dos "sentinelas" do sistema : ▪ resultados de culturas; ▪ realização de procedimentos invasivos; ▪ prescrição de antibióticos realizada pelos médicos; ▪ entre outros. Controle da dispensação dos antimicrobianos prescritos pelos médicos (evita que medicamento sejam administrados indevidamente). Controle da liberação do paciente para alta (evita que paciente

SES 3509 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

	com infecção ou com suspeita de infecção sejam liberados de alta).
SADT	**Sistema de Diagnóstico por Imagem** Agilização da digitação dos laudos utilizando texto padrões, a integração do laudo com a prescrição médica e o faturamento automático do exame prescrito.
	Sistema de Diagnósticos Laboratoriais ▪ Consulta dos laudos pelos médicos no momento da elaboração da prescrição médica (diminui o tempo entre a solicitação do exame e a entrega do laudo impresso). ▪ Faturamento automático dos exames realizados (evita retrabalho no faturamento). Controle dos valores de referência de cada exame, alertando o bioquímico de resultados fora do valor normal e, também, resultados absurdos (evita erro de digitação que podem causar grandes transtornos à Instituição).
Suprimentos	**Central de Materiais Esterilizados** ▪ Rastreamento de todos os instrumentais da Instituição. ▪ Controle o conteúdo de cada caixa cirúrgica. ▪ Controle de todo o processo de esterilização das caixas e também os testes químicos e biológicos realizados. ▪ Controle do estoque do arsenal.
	Sistema de Compras Gerenciamento integrado das compras de produtos, equipamentos e serviços necessários à Instituição. As solicitações de Compras podem ser sugeridas pelo histórico de consumo ou processadas de forma manual. As requisições são encaminhadas automaticamente para o setor de Compras que monta o processo de cotação. No final do processo, as ordens de compras são autorizadas por alçada de valores e liberadas para envio aos fornecedores. A partir deste processo, há um acompanhamento sistemático das ordens entregues e pendentes.
	Sistema de Gerenciamento de Estoque Rastreabilidade dos produtos. Essa lógica é embutira em todas as movimentações de estoque (do recebimento da nota fiscal ao consumo efetivo do paciente). Com o controle de lote e validade a Instituição consegue gerir os produtos próximos a vencer e evita que produtos caducados sejam consumidos pelos paciente.
Sistemas de Apoio Tecnológico	**EDITOR - Editor de Documentos** Criação de formulários personalizados, que possibilita buscar dados do banco de dados, que serão preenchidos pelos profissionais da Instituição e comporão o prontuário eletrônico do paciente.

42

948

Gestão Hospitalar	
	GLOBAL - Sistema de Gerenciamento de Tabelas Configuração dos padrões gerais de utilização do sistema .
	Integra Possibilita a integração de sistema externos ao sistema (exemplo: sistema externo de laboratório, imagem, contabilidade etc.).
	Report - Gerador de Relatórios Possibilita a criação de relatórios personalizados, que não são contemplados pelo sistema , para atender a necessidades específicas da Instituição.
	SGU - Sistema de Gerenciamento de Usuários Controla os perfis de acesso de cada usuário. Os perfis podem ser montados por módulos, por tela, por empresa, por origem etc. Também, neste módulo é realizada a manutenção de senha dos usuários.
	Multiempresa Possibilita a gestão integrada de múltiplas unidades da instituição, consolidando os movimentos gerados e as informações gerenciais necessárias para a tomada de decisão e reporte.

SES 3519 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Controle de Processos (Indicadores Chave de Processos)

Propicia um controle diferenciado, eficiente e eficaz voltado à Gestão Hospitalar, sendo seus principais benefícios:

- Integração das operações internas;
- Maior rapidez, centralização e otimização no acesso as informações;
- Automatização de processos de *reporting;*
- Aumento da produtividade geral;
- Rever suas próprias práticas de negócio;
- Melhoria na gestão voltada a indicadores;
- Informações para melhoria contínua dos processos;
- Planejamento corporativo focado em evidências.

Gestão de Custos e Resultados

O Sistema MV Custos gerencia, de forma integrada, todos os processos de negócio do Sistema Mv2000i, da internação à alta do paciente, das compras à contabilidade, possibilitando a apuração dos custos e resultados do hospital e análise do desempenho financeiro da instituição, o que garante informações gerenciais precisas e confiáveis para a tomada de decisões.

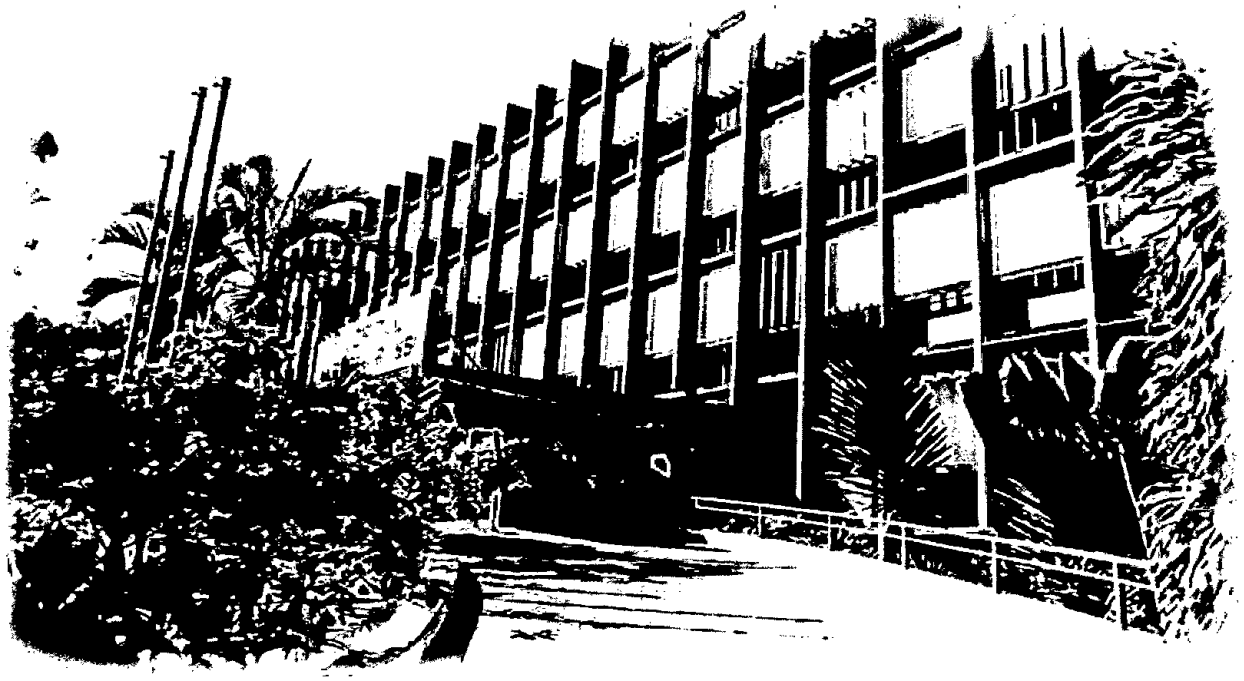
Principais Funcionalidades:

- Classificação dos centros de custos e resultados em grupos produtivos, de apoio e administrativos, permitindo a hierarquização dos setores conforme o organograma do hospital;
- Classificação das contas de custos e resultado em grupos, visando a análise dos dados de forma analítica e sintética;
- Tabela de regras de rateio das contas de custo por ponderação ou convenção de percentuais;
- Flexibilidade na mudança dos parâmetros de rateio, sem modificar os dados históricos já processados;
- Opção de rateio dos centros de apoio pela unidade, pela produção do centro, por incidência de percentual e por fórmula definida pelo usuário, permitindo a delimitação dos centros que receberão os rateios;
- Para cálculo do custo unitário dos produtos e procedimentos, permite a configuração da estrutura de

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3511
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



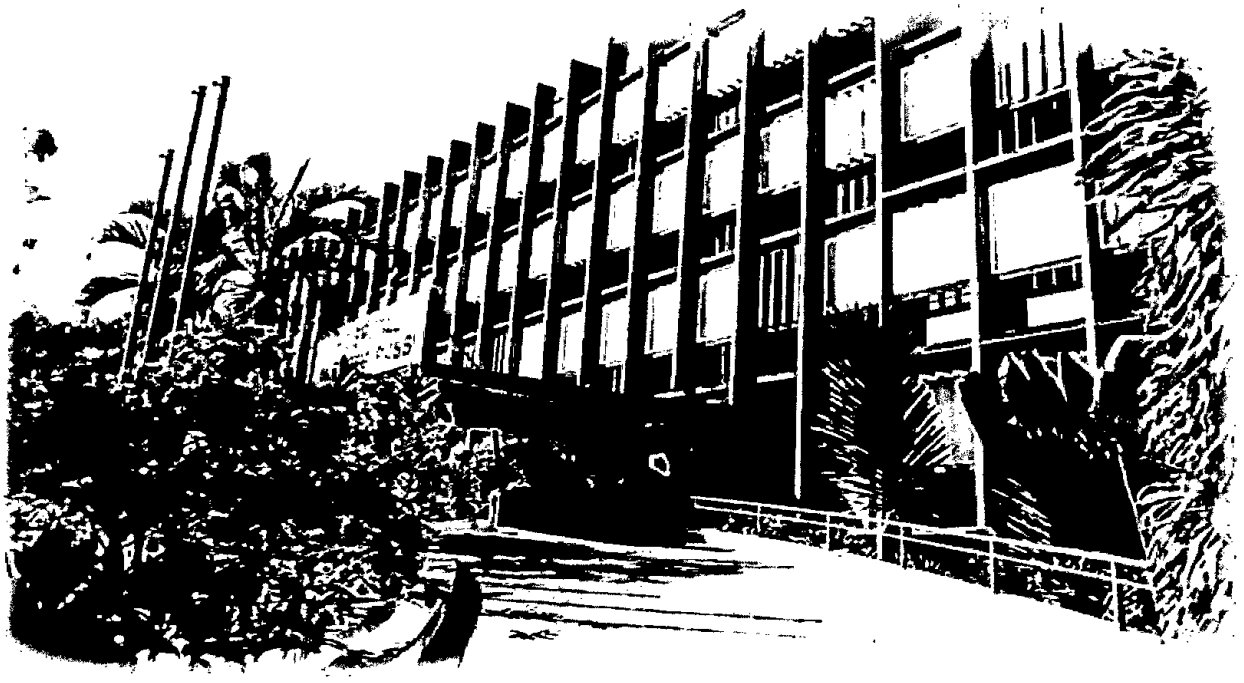
ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA
Proposta Para Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES 3513 FLS RUBRICA PROTOCOLO

1. INTRODUÇÃO 04

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS 04

3. OBJETIVOS 04

3.1 GERAL 04
3.2 ESPECÍFICOS 04

4. ATIVIDADES 05

5. DAS COMPETÊNCIAS 05

6. MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 06

7. LEGISLAÇÃO 12

1. INTRODUÇÃO

Este documento norteia o processo para implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, visando atender a resolução da Portaria 2616/1998.

SES 3514

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A importância da CCIH não é somente a de prevenir e combater a infecção hospitalar, beneficiando dessa maneira toda a população assistida, mas também proteger o hospital e o corpo clínico.

Deve manter arquivados documentos que comprovem a legalidade de sua existência, rotinas de sua funcionabilidade, protocolos que orientem o tratamento mais adequado efetivado ao paciente e sobretudo dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do hospital, para que, solicitados judicialmente, possam ser comprovados, mantendo estes índices de infecção dentro dos limites aceitáveis, comparativamente.

A legislação básica sobre infecção hospitalar, regulamentando a criação das CCIH, permite o estabelecimento de medidas de acordo com as particularidades do hospital. Medidas no combate à infecção para o grande hospital, com enorme corpo clínico e atendimento em todas as áreas médicas, evidentemente mais suscetível às infecções, podem ser diferentes das do pequeno hospital, com menor corpo clínico e especializado; entre estes extremos, têm-se as inúmeras variáveis.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar composta por profissionais de nível superior que atuem no HMERB, buscando colaborar na prestação da atenção médica global do paciente, mediante a execução de atividades especiais de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das infecções hospitalares, integrando-se funcionalmente aos outros Serviços Especiais, de Diagnóstico e Tratamento e aos outros setores Operativos.

3.2 ESPECÍFICOS

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

- Realizar a Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção;
- Realizar a Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais;
- Realizar a Padronização de anticépticos e germicidas hospitalares;
- Realizar a Padronização de Antimicrobianos;
- Realizar a busca ativa diária de casos de Infecção Hospitalar; Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar;
- Elaborar e Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);
- Realizar os índices mensais de Infecção Hospitalar.



4. ATIVIDADES

- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares;
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- Participar da equipe de padronização de medicamentos;
- Prevenir e controle das infecções hospitalares;
- Controlar de limpeza da caixa de água;
- Controlar no uso de antibiótico;
- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica da infecções hospitalares;
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIH;
- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades;
- Realizar busca ativa aos pacientes com Infecção;
- Fazer análise microbiológico da água.

5. DAS COMPETÊNCIAS

- Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente; o programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98 ; adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnicos operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

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

6. MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

SES 3914 Rubr. PROTOC

I. NOME:

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

II. DEFINIÇÃO E FINALIDADE:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de InfecçõesHospitalares (PCIH) que é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecimento na Lei No. 9431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, Resolução- RDC nº48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a CCIH tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição se faz com membros consultores e executores com formação universitária.

Os membros consultores deverão ser representantes no mínimo dos seguintes serviços :

- serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- serviço de enfermagem;
- serviço de farmácia;
- serviço de laboratório/ microbiologia;
- serviço de administração;

Os membros executores deverão ser no mínimo dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste

número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais:

- 1 médico preferencialmente infectologista
- 1 enfermeiro treinado com dedicação exclusiva para o SCIH

SES 3317

Além dos profissionais acima, a Diretoria do Hospital deverá disponibilizar pelo menos um oficial administrativo exclusivo para a CCIH.

Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

O enfermeiro que será membro executor deverá obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas nos moldes do curso proposto pela Associação Paulista de Estudos e Controle em Infecção Hospitalar (APECIH) ou equivalente.

IV. MANDATO:

O mandato dos membros da CCIH deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

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

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

V. SEDE:

A sede da comissão será uma sala exclusiva a ser disponibilizada por cada hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento, disponibilizando acesso a computador, internet e linha telefônica/fax.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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

A reunião só acontecerá se houver quorum de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.

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

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

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

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

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

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

VII. ATRIBUIÇÕES:

Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

a) Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente; o programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98 ; adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnicos operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

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

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

Compete ao Núcleo Executivo da CCIH:

a) Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;

b) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;

c) Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicooperacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;

d) Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

e) Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

f) Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;

g) Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções hospitalares no hospital e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital são:

1) Taxa de Infecção Hospitalar;

2) Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;

3) Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;

4) Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico na Unidade de Terapia Intensiva;

5) Freqüência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;

6) Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;

7) Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.

h) Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e pró-ativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.

i) Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Coordenações Estaduais/

Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações;

j) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos não industrializados.

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

l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da Instituição;

m) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

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

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

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

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

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

São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;
b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
f) Preparar a correspondência;
g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

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

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

7. LEGISLAÇÃO

SES 3522

Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998
D.O.U. 13/05/98

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as determinações da lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares;

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas",

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Politicas de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê as Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art. 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO I

ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

1. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão contituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.
1.1. A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.
2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.
2.2.1. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.
2.3. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:
2.3.1. Serviço médico;
2.3.2. Serviço de enfermagem;
2.3.3. Serviço de farmácia;
2.3.4. Laboratório de microbiologia;
2.3.5. Administração.
2.4. Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1. e 2.3.2.
2.5. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infeção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;
2.5.1. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.
2.5.1.1. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.
2.5.1.2. A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicados no número 2.5.1.
2.5.1.3. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;
2.5.1.3.1. Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos:
2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);
2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;
2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;
2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;
2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;
2.5.1.3.1.6. pacientes com Síndrome da Imunodeficiênica Adquirida.
2.5.1.4. admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1;
2.5.1.5. Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1., a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.
2.5.1.6. Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.
2.5.1.7. Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.
2.5.1.8. O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.
COMPETÊNCIAS
3. A CCIH do hospital deverá:
3.1. elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

SES 3523 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

3.1.1. implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;
3.1.2. adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
3.1.3. capacitação do quadro de funcionário e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
3.1.4. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
3.2. avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
3.3. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
3.4. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
3.5. elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
3.6. adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
3.7. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
3.8. cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
3.9. elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
3.10. cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
3.11. notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
3.12. notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.
4. Caberá à autoridade máxima de instituição:
4.1. constituir formalmente a CCIH;
4.2. nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
4.3. propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
4.4. aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
4.5. garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;
4.6. garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
4.7. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;
4.8. fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.
5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, compete:
5.1. definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;
5.2. apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infeção hospitalar;
5.3. coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;
5.4. estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;
5.5. estebelecer critérios, parâmetros e métodos para o controlede infecção hospitalar;

SES 7524 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

5.6. promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimentos do controle de infecção hospitalar;
5.7. cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;
5.8. identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;
5.9. prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de infecção hospitalar;
5.10. acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;
5.11. estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;
5.12. estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;
5.13. planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;
5.14. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.
6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
6.1. definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;
6.2. estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;
6.3. descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;
6.4. prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;
6.5. coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;
6.6. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;
6.7. informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.
7. Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
7.1. coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;
7.2. participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;
7.3. colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;
7.4. prestar apoio técnico à CCIH dos hospitais;
7.5. informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.
Programa de Controle de Infecção Hospitalar
ANEXO II
CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES
1. Conceitos básicos.
1.1. Infecção comunitária (IC):
1.1.1. é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.
1.1.2. São também comunitárias:
1.1.2.1. a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microorganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

SES 3529 FLS.

1.1.2.2. a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);
1.1.2.3. As infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.
1.2. Infecção hospitalar (IH):
1.2.1. é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.
2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.
2.1. Princípios:
2.1.1. o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:
2.1.1.1. evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;
2.1.1.2. resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.
2.1.1.3. evidências de estudos com métodos de imagem;
2.1.1.4. endoscopia;
2.1.1.5. biópsia e outros.
2.2. Critérios gerais:
2.2.1. quando, na mesma topografia em foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;
2.2.2. quando se desconhecer o período de incubação do microorganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convenciona-se infecção hospitalar toda manifestação clínca de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;
2.2.3. são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos, realizados durante este período;
2.2.4. as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte equatro) horas;
2.2.5. os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Neste casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.
3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica
3.1. as infecções pós-cirúrgica devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microorganismos presentes no tecido a ser operado;
3.2. a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:
3.2.1. Cirugias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3.2.2. Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de dificil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.
3.2.3. Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecido recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de

segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

3.2.4. Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

3527
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ANEXO III

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo;

2.1. São indicados os métodos prospectivos e tranversais, visando determinar taxas de inciência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epiedimológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1. Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3. Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4. Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinário após cateterismo vesical.

Taxa de penumonia após uso de respirador.

5.5. Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1. e 5.2. sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6. Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

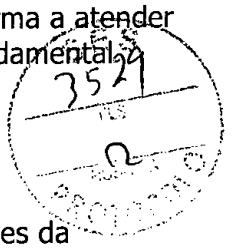
5.6.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8. Freqüência das Infecções Hospitalares por Microorganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microorganismos e como

denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.
5.9. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microorganismos sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agento com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.
5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos.
5.10.1. Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.
5.10.2. Freqüência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.
5.11. Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.
5.12. Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epedimiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11., no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados
6. Relatórios e Notificações
6.1. A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.
6.2. O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológicos detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.
6.3. É desejavel que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.
6.4. O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital / Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.
Programa de Controle de Infecção Hospitalar
ANEXO IV
LAVAGEM DAS MÃOS
1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágue abundante em água corrente.
2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.
3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluídos corpóreos, secreções ou excreções.
4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítos corporais, entre cada uma das atividades.
4.1. A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.
5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.
5.1. A Lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em;
realização de procedimentos invasivos;
prestação de cuidados a pacientes críticos;
contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis da assistência hospitalar.
6.1. A distribuição e a localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.



Programa de Controle de Infecção Hospitalar
ANEXO V
RECOMENDAÇÕES GERAIS
1. A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/MS, 2º edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.
1.1. Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.
2. As Normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2º edição, 1994 - princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.
3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1º edição, 1991 ou outras que as complementem o substituam.
4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Lavanderia Hospitalar, 1º edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.
5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientação contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1º edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.
(Of. nº 31/98).

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3570
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



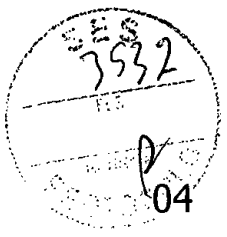
ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta Para Implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO 04

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS 04

3. OBJETIVOS 04

3.1 GERAL 04
3.2 ESPECÍFICOS 04

4. DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO 05

5. MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA 06

6. LEGISLAÇÃO PARA A FARMÁCIA HOSPITALAR 09

1. INTRODUÇÃO

Este documento norteia o processo para implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é responsável pelo desenvolvimento e supervisão de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos no hospital com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica assessora a diretoria clínica nos assuntos relacionados a medicamentos e terapêutica e serve como elo de ligação entre a farmácia e a equipe de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar a Comissão de Farmácia e Terapêutica composta por profissionais de nível superior que atuem no HGG, com o objetivo de assessorar a diretoria clínica nos assuntos relacionados a medicamentos e terapêuticas.

3.2 ESPECÍFICOS

- Assessorar a diretoria do Conselho em assuntos que exijam conhecimentos específicos, através da discussão dos temas propostos e emissão de pareceres;
- Espaço para que os farmacêuticos que atuam dentro de um determinado segmento do âmbito profissional possam expor e debater temas de interesse comum e propor ações ao CRF-GO, bem como trocar informações;
- A participação nas reuniões é aberta aos farmacêuticos que atuem nas áreas abrangidas pelas Comissões, mediante confirmação prévia de presença junto à Secretaria. Uma vez que o farmacêutico manifeste interesse em inscrever-se como integrante da Comissão, seu nome deve ser aprovado e homologado em Reunião Plenária do CRF-GO.
- O coordenador, vice-coordenador e membros da Comissão de Farmácia Hospitalar participam de seus trabalhos de forma voluntária e não remunerada.

- Espaço para propostas de defesa e valorização do farmacêutico no âmbito hospitalar, emergência de atendimentos pré-hospitalares (atuação em rodovias) e atendimento domiciliar.
- Atuação junto ao corpo de fiscais do CRF-GO, visando capacitá-los para efetuar inspeção técnica adequada e proporcionar orientação aos profissionais da área.
- Elaborar e encaminhar, aos órgãos competentes, propostas para normatização da área.

SES

4. DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

- Elaborar a padronização dos medicamentos;
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
- Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
- Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua fármacoeconomia como mais um critério para sua padronização;
- Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
- Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;
- Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
- Revisar periodicamente as normas de prescrição;
- Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
- Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;
- Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

5. SUGESTÃO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA



I. NOME:
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

II. FINALIDADE:

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de quatro membros, sendo membros natos:

1. Farmacêutico
2. Medico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
3. Enfermeiro
4. Representante de Serviço Médico

Conforme as características do HGG, outros representantes das clínicas importantes.

Fica estabelecido como membro consultor um representante da Administração hospitalar.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade.

Além dos profissionais acima, recomenda-se que a Diretoria do Hospital disponibilize pelo menos um oficial administrativo para a CFT.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

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

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

SES 3534 FLS

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada copia da ata para a Diretoria Técnica de Departamento.

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

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

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:
a) Elaborar a padronização de medicamentos;
b) Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
c) Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
d) Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica,como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua fármacoeconomia como mais um critério para sua padronização;
e) Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com
associação de medicamentos;
f) Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;
g) Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
h) Revisar periodicamente as normas de prescrição;
i) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
j) Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
k) Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;
l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
m) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
n) Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
o) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
p) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico *com fins de* subsidiar
conhecimentos relevantes a Instituição.

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

a) Convocar e presidir as reuniões;
b) Indicar seu vice-presidente;
c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;
b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
f) Preparar a correspondência;
g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

6. LEGISLAÇÃO APLICADA À FARMÁCIA HOSPITALAR

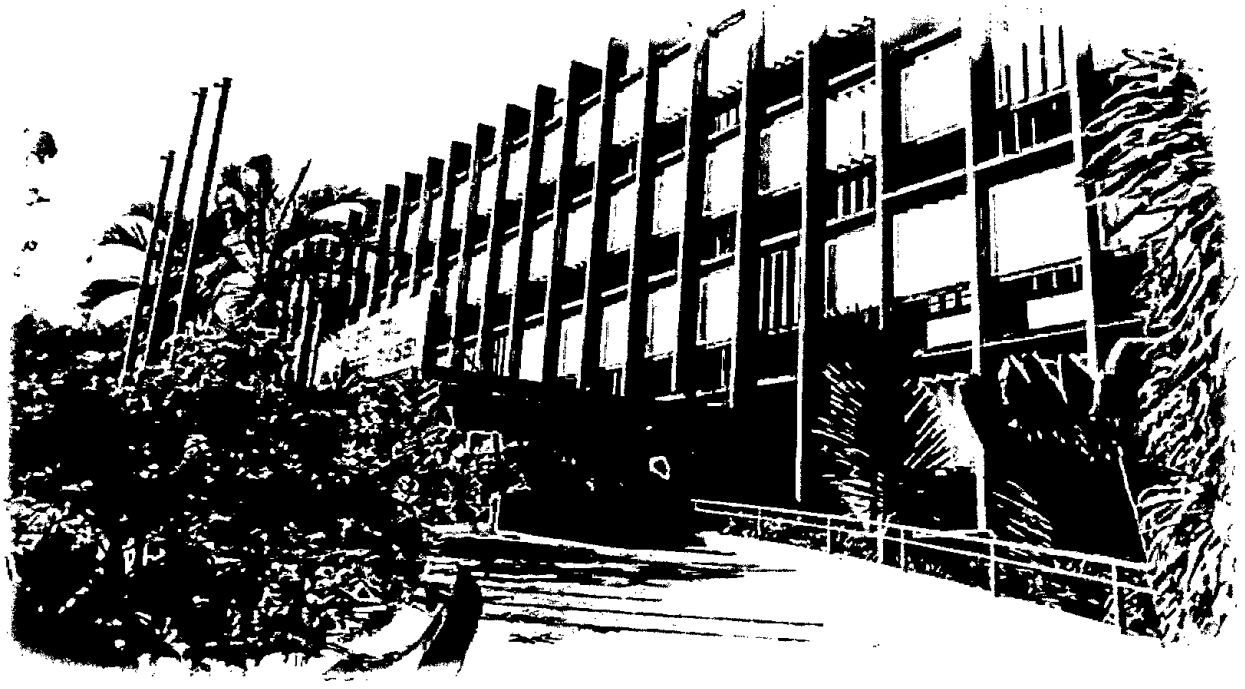
Lei nº5991/73 - Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;
Resolução Nº 300/97 do CFF - Regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada;
Portaria/MS 344 de 19/05/1998 - Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
Portaria nº. 2616/98 – MS – Controle de Infecção hospitalar ;
Portaria nº. 3535/98 – MS – Estabelecer critérios para cadastramento de centros de atendimentos em oncologia;
Resolução nº. 272/98 – MS - Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral;

Resolução nº. 292/96 – CFF; Ratifica competência legal para o exercício da atividade de Nutrição Parenteral e Enteral e revoga a Resolução 247/93;
RDC nº. 33 de 19/04/2000 (DOU de 08/01/01) Aprova o regulamento técnico sobre Boas Práticas de Manipulação em Farmácias (BPMF) e seus anexos;
RDC 80/2006 - Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;
Resolução nº. 288/96 - CFF - Dispõe sobre a competência legal para o exercício da manipulação de drogas pelos farmacêuticos;
Portaria nº. 1017, de 20 de Dezembro de 2002 – estabelece que as Farmácias Hospitalares integrantes do SUS devam estar sob a responsabilidade do farmacêutico;
Resolução/CFF nº. 354, de 20 de Setembro de 2000 – dispõe sobre a assistência farmacêutica em atendimento pré-hospitalar e as urgências/emergências.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 3540

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta Para Implantação da Comissão de Ética Médica

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 04

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS 04

3. OBJETIVOS 04

3.1 GERAL 04
3.2 ESPECÍFICOS 04

4. DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO 05

5. DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO 05

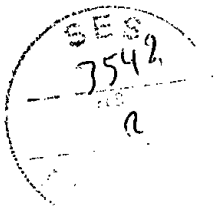
6. MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM 06

7. ANEXOS 12

SES 04 3541

1. INTRODUÇÃO

Este documento norteia o processo para implantação da Comissão de Ética Médica do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, visando atender a RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002.



2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

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

As Comissões de Ética Médica têm papel importante na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis nos conselhos regionais de medicina.

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

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar a Comissão de Ética Médica composta por profissionais que atuem no HGG, com o objetivo de julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

3.2 ESPECÍFICOS

- Orientar e fiscalizar o exercício ético da profissão de médico dentro do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG;
- Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade para com o perfeito desempenho técnico da Medicina;
- Fiscalizar a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes;

- Colaborar como CREMEGO/CFM na tarefa de educar, discutir divulgar e orientar os profissionais médicos, sobre temas relativos à Ética Médica;
- Divulgar Resoluções, Normas e Pareceres do CREMEGO/CFM;
- Manter atualizado o cadastramento de todos os médicos da Instituição;
- Comunicar ao CREMEGO/CFM o exercício ilegal da Medicina;
- Proceder sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegados Regionais, do próprio CREMEGO/CFM ou por iniciativa própria;
- Acompanhar os Médicos Fiscais e colaborar com eles na verificação das condições técnicas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde e outras pessoas jurídicas ou sob cuja égide seja exercida a Medicina;
- Comunicar ao CREMEGO/CFM as irregularidades encontradas na Instituição e não corrigidas pelo seu responsável no prazo solicitado.

4. DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

5. DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

6. SUGESTÃO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo I

Das Definições.

Artigo 1º -

A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, junto ao Hospital Geral de Goiânia

Dr. Alberto Rassi - HGG, estando a ele vinculada. Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

SES
3545
R

Artigo 2º -

A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi (HGG), sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

a) Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

b) Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Capítulo II

Das Competências

Artigo 3º -

A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

a) Eleger o Presidente e Secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º -

A Comissão de Ética Médica reunir-se-à uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

a) A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

b) As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos;

Capítulo III

Das Atribuições da Comissão de Ética Médica.

SES 3546

Artigo 5º -

a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Capítulo IV

Do Processo de Sindicância.

Artigo 6º -

As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

a) Reclamação por escrito e devidamente identificada;

b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;

e) Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

Artigo 7º -

Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito a cerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º -

Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

a) O acesso a estes documentos são facultados somente às partes e a Comissão de Ética Médica;

b) Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º -

O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º -

Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica podará solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º -

Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos,

conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º -

Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º -

Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Capítulo V

Das Eleições:

Artigo 14º -

Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único - Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º -

A Comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º- As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é no dia 18 de outubro, nos anos pares.

a) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

b) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

c) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

d) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para os devidos assentamentos.

Artigo 17º- Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina.

Artigo 18º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

Capítulo VI

Das Disposições Gerais:

Artigo 21º-

a) Os integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

b) A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas;

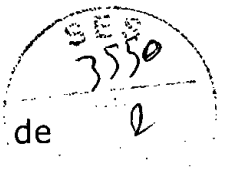
c) O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;

d) O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.

e) Aprovada a Resolução nº 1.657/02 do Conselho Federal de Medicina, que altera alguns artigos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

7. ANEXOS

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.657, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002



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

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

CONSIDERANDO a Lei nº 3.268/57, referente à competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviços de relevância aos Conselhos Regionais de sua jurisdição;

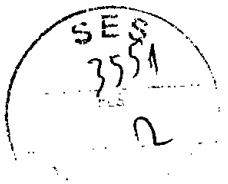
CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.481/97, que estabelece diretrizes para os Regimentos Internos dos Corpos Clínicos;

CONSIDERANDO que os princípios aplicados aos médicos são também aplicáveis às organizações de assistência médica;

CONSIDERANDO as diversas resoluções sobre o tema editadas por todos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de dezembro de 2002,



resolve:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

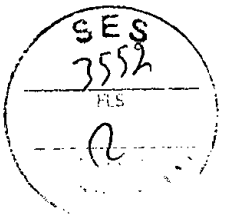
Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.215/85 e demais disposições em contrário.

Art. 4º a presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de dezembro de 2002.
EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE e **RUBENS DOS SANTOS SILVA** - Presidente e Secretário Geral

ANEXO DA Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002



REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo I - Das Definições

Art. 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.

Art. 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

Art. 3º As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
b) Na instituição que possuir 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;
c) 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;

d) 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;

e) 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;

f) Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizadas no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.

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

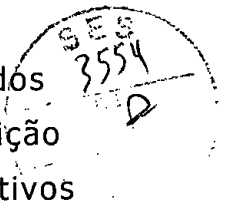
Parágrafo único - Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses. **(Revogado pela Res. CFM n. 1.812/2007)**

Art. 7º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a 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.

Art. 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.



Art. 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

Art. 10 Compete às Comissões de Ética:

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina

relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

l) Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 Compete aos membros da Comissão de Ética:

a) Eleger o presidente e secretário;

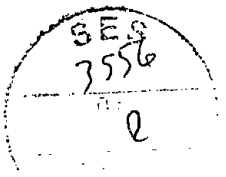
b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias

Art. 12 Compete ao presidente da Comissão de Ética:

a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.



Art. 13 Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Capítulo IV - Das eleições

Art. 14 A escolha dos membros das CEMs será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de

Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regulamento.

Art. 15 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.

Art. 16 Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

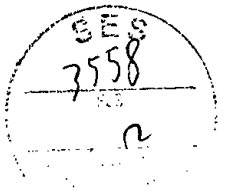
Art. 17 Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.
Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 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 membro 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.

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

Art. 21 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.



Art. 22 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.

Art. 23 Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V - Do funcionamento

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

Art. 25 Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

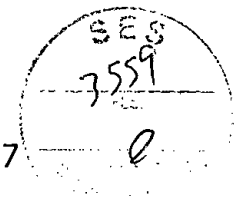
Art. 26 Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Art. 27 As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28 A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
b) Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou

Representação;
e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.



Art. 29 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.

Art. 30 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 apensadas 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.

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

Art. 32 Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.
Parágrafo único Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

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

Art 34 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.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 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.

SES 3560

Art. 35 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

Art. 36 As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.
Parágrafo 1º As normas do presente Regulamento referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, conforme parágrafo único do artigo 15.

Parágrafo 1º As CEMs já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art. 37 Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

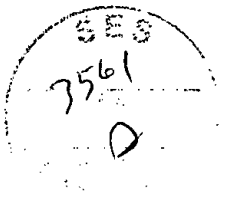
Art 38 Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

RETIFICAÇÃO
Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 108, 6 jun. 2003. Seção 1, p. 73

Na Resolução CFM nº 1657/2002 de 11 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 20.12.2002, seção I, página 422 –
No Art. 36

- onde se lê:

As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.



Parágrafo 1º As normas do presente Regulamento referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, conforme parágrafo único do artigo 15.

Parágrafo 1º As Comissões de Ética Medica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

- leia-se:

Art. 36 As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

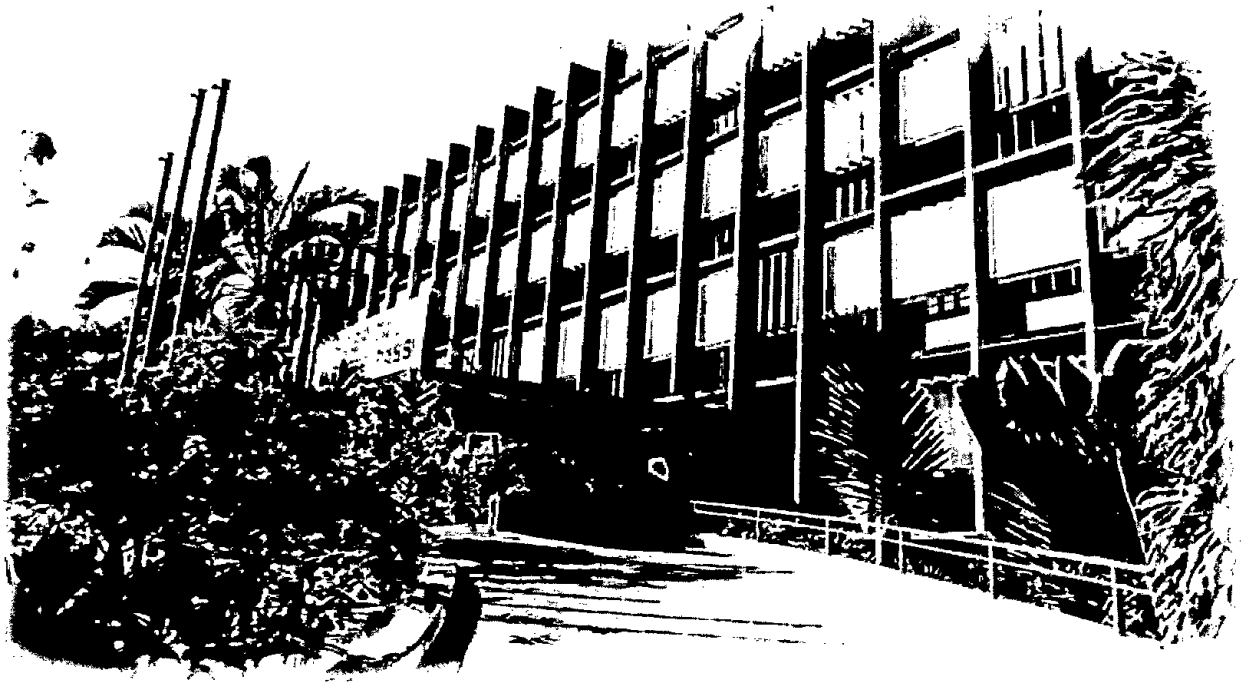
Parágrafo 1º - As normas do presente Regulamento referentes às eleições das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, para os Conselhos Regionais de Medicina previstas para agosto de 2003.

Parágrafo 2º - As Comissões de Ética Medica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3562
2

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta Para Implantação da Comissão de Ética de Enfermagem

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
3567

1. INTRODUÇÃO	04
2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS	04
3. OBJETIVOS	05
3.1 GERAL	04
3.2 ESPECÍFICOS	04
4. ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO	05
5. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO	05
6. DO PRESIDENTE	06
7. DO VICE-PRESIDENTE	06
8. DO SECRETÁRIO	06
9. DOS MEMBROS EFETIVOS E SUPLENTES	07
10. CONSIDERAÇÕES GERAIS	07
11. MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM	08

1. INTRODUÇÃO

Este documento norteia o processo para implantação da Comissão de Ética de Enfermagem no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, visando atender a resolução do **Resolução COFEN-172/1994.**

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Com o intuito de capacitar os profissionais de Enfermagem na busca de melhores soluções para as questões Éticas dos profissionais, vividas no dia a dia dentro das instituições de Saúde, inicia uma série de eventos, com a finalidade de alcançar este objetivo.

A ênfase maior é o alcance de um nível profissional responsável e consciente.

Várias etapas de trabalho estão sendo implementadas, e uma delas é a elaboração deste Manual, com informações, legislação e diretrizes para a implantação e início dos trabalhos das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

Consideramos de vital importância destacar que a Comissão de Ética de Enfermagem é uma extensão do COREN-GO dentro das instituições.

Este trabalho é preventivo e facilita o equacionamento das questões éticas, de forma ágil, e principalmente, no local onde elas acontecem, passando para o Conselho somente aquelas de maior complexidade.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar uma Comissão de Ética de Enfermagem composta por profissionais de nível superior que atuem no HGG, buscando a constante da melhoria do atendimento ao paciente e harmonia entre os membros da equipe de Enfermagem.

3.2 ESPECÍFICOS

O principal objetivo da Comissão de Ética é **fortalecer o componente ético na prática de Enfermagem**. Em função deste objetivo, outros são acrescentados:

- Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares do exercício profissional;
- Fiscalizar a prática das ações de enfermagem;

- Levar o COREN-GO para dentro das instituições;
- Ação preventiva das intercorrências e conflitos Éticos.



4. ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser organizada de maneira que atenda as diversas áreas de atuação da enfermagem, abrangendo todos os profissionais inseridos na equipe.

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser constituída em todas as instituições onde existirem atividades de enfermagem, atendendo a todos os profissionais nas questões éticas da profissão.

Será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO.

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

A Comissão de Ética deverá ser composta por Presidente, Vice Presidente e Secretário, eleitos pelos membros efetivos.

A Comissão de Ética deverá ser constituída através de eleição direta, convocada pela direção dos serviços de Enfermagem da instituição.

Na instituição onde não existir direção do serviço de Enfermagem, a convocação ficará sob a responsabilidade da Comissão de Ética do COREN-GO.

5. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

As competências da Comissão de Ética de Enfermagem constam da Resolução COFEN nº 172/94. Estas deverão ser objetivas e bem definidas, permitindo uma fácil interpretação, de modo a alcançar as finalidades e os propósitos, como:

- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- 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;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ÉTICA PROFISSIONAL;
- Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões ÉTICAS;

- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes Á ÉTICA;
- 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 e notificar ao COREN-GO as infrações éticas detectadas. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO, sempre que necessário;
- Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN-GO;
- Constituição de um grupo de trabalho que se incumbirá da divulgação, participação e discussão dos assuntos referentes a Ética entre todas as categorias da Enfermagem da instituição.

6. DO PRESIDENTE

O presidente é o responsável pelo andamento dos trabalhos e encaminhamento das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem.

Desta forma deverá desenvolver entre outras as seguintes atividades:

- Convocar, presidir e coordenar as reuniões de Comissão de Ética de Enfermagem;
- Elaborar parecer final para encaminhamento ao COREN-GO, dos casos constatados como infrações éticas;
- Representar a Comissão de Ética na Instituição e no COREN-GO ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Inter-profissional da Instituição.

7. DO VICE-PRESIDENTE

Substituir o presidente em seus impedimentos.

8. DO SECRETÁRIO

O secretário é o responsável pelo registro das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem e de colaborar com o Presidente no encaminhamento de todas as decisões. Como tal deverá secretariar as reuniões registrando-as em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos

9. DOS MEMBROS EFETIVOS E SUPLENTES

Os membros efetivos deverão comparecer às reuniões, e outras atividades promovidas pela Comissão de Ética de enfermagem e representar a Comissão quando solicitado. Deverá também, quando impedido de comparecer, garantir a presença do suplente.

10. CONSIDERAÇÕES GERAIS

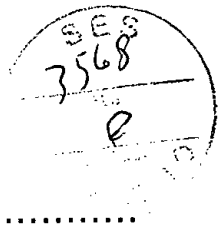
A Comissão de Ética de Enfermagem norteará suas atividades pelo regimento e pelas normas ético-legais do Sistema COFEN/CORENs.

O órgão de Enfermagem da instituição deverá garantir as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética.

O COREN-GO prestará assessoria à Comissão de Ética quando se fizer necessário.

11. MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

CAPÍTULO I
Da natureza e das finalidades



Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do(a) ...., foi criada por decisão da Assembléia Geral da Categoria, realizada em ...../...../....., atendendo a determinação da Resolução COFEN-172/1994.

Art. 2º - A CEEn é um órgão representativo do COREN-GO nas questões éticas dos profissionais da Enfermagem.

Art. 3º - A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais da Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único: A CEEn tem como finalidades: a orientação, a conscientização, o assessoramento, a emissão de pareceres e a averiguação de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 4º - A CEEn reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado em assembléia da categoria e homologado pela Plenária do COREN-BA.

CAPÍTULO II
Dos objetivos

Art. 5º - A CEEn tem os seguintes objetivos:

I – Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

II - Promover e/ou participar de atividades que visem a interpretação do Código de Ética e a sensibilização dos profissionais de Enfermagem em relação ao comportamento ético-profissional.

III – Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas à ética.

IV – Assessorar e orientar a Gerência de Enfermagem, membros da equipe, clientes, familiares e demais interessados, sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

V – Verificar as condições oferecidas pela entidade para o desempenho profissional da categoria.

VI – Averiguar denúncias ou fatos não éticos, fazendo os devidos encaminhamentos.

VII – Apreciar e emitir parecer sobre questões ético-profissionais em projetos de ensino e pesquisa em Enfermagem.

CAPÍTULO III
Da organização e composição

Art. 6º - A CEEn atende os profissionais da Enfermagem de todas as áreas de trabalho da entidade, no que se refere aos aspectos éticos do exercício da profissão.

Parágrafo único: A observância das normas éticas estende-se aos Atendentes de Enfermagem ou assemelhados, devidamente autorizados pelo COREN-SC e que exerçam atividades na área de Enfermagem, embora não possam votar ou serem eleitos.

Art. 7º - A CEEn é constituída por Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, em igual número, observando os seguintes critérios:

I – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.
II – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de vínculo empregatício com a entidade.
III – Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.
IV – Inexistir condenação em processo ético, processo disciplinar, processo civil ou processo penal nos últimos 5 (cinco) anos.

Art. 8º - A CEEn será constituída por, no mínimo, por 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico em Enfermagem e 1 (um) Auxiliar de Enfermagem **efetivos** e seus respectivos **suplentes**.

Parágrafo primeiro: A CEEn será constituída por 1(um) Enfermeiro e 2 (dois) Técnicos em Enfermagem **efetivos** e seus respectivos **suplentes, ou** por 2 (dois) Enfermeiros e 1 (um) Técnico em Enfermagem **efetivos** e seus respectivos **suplentes**, quando a instituição tiver em seu quadro de pessoal somente estes dois níveis profissionais com vínculo empregatício.

Parágrafo segundo: A CEEn será constituída por 1 (um) Enfermeiro e 2 (dois) Auxiliares de Enfermagem **efetivos** e seus respectivos **suplentes**, ou por 2 (dois) Enfermeiros e 1 (um) Auxiliar de Enfermagem **efetivos** e seus respectivos **suplentes**, quando a instituição tiver em seu quadro de pessoal somente estes dois níveis com vínculo empregatício.

Art. 9º - É incompatível a condição de membro da Comissão de Ética com a de Gerência do Órgão de Enfermagem.

Art. 10 – O mandato dos integrantes da CEEn é, no mínimo, de 2 (dois) anos, sendo permitida a sua re-eleição por igual período.

Parágrafo primeiro: A cada eleição poderão permanecer 50% (cinqüenta) dos membros.

Parágrafo segundo: Os 50% (cinqüenta) dos membros que optarem por permanecer na Comissão não concorrerão às eleições.

Art. 11 – O afastamento dos integrantes da CEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único: Independente do tipo de afastamento, a Coordenação da CEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN-BA(CEC).

Art. 12 – Entende-se por **término de mandato,** quando os integrantes da Comissão concluírem os 2 (dois) anos de gestão.

Art. 13 – Entende-se por **afastamento temporário** quando o integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de 4 (quatro) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único: A solicitação do **afastamento temporário** deverá ser encaminhada à Coordenação da CEEn, por escrito, com antecedência de 15 (quinze) dias.

Art. 14 – Entende-se por **desistência** a declinação de seu cargo por qualquer um dos integrantes da Comissão.

Parágrafo único: A **desistência** deverá ser comunicada, por escrito, à Coordenação da CEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 15 – Entende-se por **destituição** o afastamento definitivo do integrante da CEEn, que se dará por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

Parágrafo primeiro: A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

a) Ausência, não justificada, em 4 (quatro) reuniões consecutivas.

b) Não estar em pleno gozo dos seus direitos profissionais.

c) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

Parágrafo segundo: A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEn.

Art. 16 – A substituição dos integrantes da CEEn se processará da seguinte maneira:

I - A vacância por **término de mandato**, atenderá os critérios estabelecidos no art. 7º deste regimento.

II - Na vacância por **afastamento temporário**, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único: A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

a) pelo próximo candidato mais votado nas últimas eleições; e se não houver,

b) por escolha dos membros da CEEn.

III – Na vacância por **desistência** ou por **destituição**, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, sendo chamado o candidato mais votado do respectivo nível profissional para integrar a Comissão como suplente e concluir o mandato do desistente ou destituído.

Parágrafo único: Não havendo suplente eleito, será realizada nova eleição.

Art. 17 – A CEEn elegerá, entre seus membros efetivos, um Coordenador e um Secretário, que terão mandato de 01 (um) ano, podendo serem reconduzidos.

Parágrafo único: A Comissão poderá ser coordenada por qualquer um dos membros efetivos.

Art. 18 – A CEEn reunir-se-á ordinariamente, no mínimo, a cada 30 dias, podendo ocorrer reuniões extraordinárias, convocadas pelo Coordenador, ou por auto-convocação pela maioria simples dos seus integrantes, ou pelo COREN-GO.

Parágrafo primeiro: Na ausência do Coordenador, o Secretário coordenará a reunião, sendo escolhido "ad hoc" um substituto para secretariar.

Parágrafo segundo: Na ausência do Secretário, será escolhido "ad hoc" um substituto para secretariar.

Parágrafo terceiro: Serão lavradas atas de todas as reuniões da Comissão, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos a serem feitos.

Parágrafo quarto: O quorum mínimo para as reuniões, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas, é de maioria simples dos membros efetivos ou de seus suplentes quando na condição de substituto.

Parágrafo quinto: Na ausência de quorum, a reunião será suspensa, sendo feita nova convocação.

Art. 19 – As decisões da CEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros efetivos ou de seus suplentes, quando na condição de substituto.

Parágrafo primeiro: Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

Parágrafo segundo: Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

Parágrafo terceiro: É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

CAPÍTULO IV
Do processo eleitoral

Art. 20 – A convocação da eleição será realizada pela Gerência do Órgão de Enfermagem, em edital interno, no mínimo, com 45 (quarenta e cinco) dias antes da data da realização do pleito eleitoral.

Parágrafo único: A Gerência do Órgão de Enfermagem deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN-GO, no mesmo dia em que for publicado na entidade, juntamente com a relação dos Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício na entidade, **acompanhados de seus respectivos números de inscrição no COREN-GO.**

Art. 21 – A Gerência do Órgão de Enfermagem designará uma Comissão Eleitoral para conduzir todos os trabalhos de divulgação, organização, realização do pleito, apuração e divulgação dos resultados.

Parágrafo primeiro: É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato.

Parágrafo segundo: A Comissão Eleitoral elegerá um Presidente e um Secretário entre os seus membros.

Art. 22 – O material necessário para do desenvolvimento dos trabalhos eleitorais será solicitado pela Comissão Eleitoral à Gerência do Órgão de Enfermagem da entidade.

Art. 23 – A escolha dos membros da CEEn será feita através de eleição direta e secreta, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares por voto facultativo.

Art. 24 – Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN-GO e com vínculo empregatício com a entidade.

Art. 25 – O COREN-GO fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 26 – Os profissionais de Enfermagem deverão candidatar-se individualmente, **sem formação de chapas**, inscrevendo-se junto à Comissão Eleitoral, até 10 (dez) dias antes do pleito, apresentando um fiscal, se assim desejarem.

Art. 27 – O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral, de comum acordo com a Gerência do Órgão de Enfermagem.

Art. 28 – A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitados os diferentes turnos.

Art. 29 – A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, por nível profissional e com vínculo empregatício com a entidade.

Parágrafo único: Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer um novo pleito no respectivo nível profissional.

Art. 30 – A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 31 – Somente serão computadas as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentem dúvidas ou dupla interpretação.

Art. 32 – Serão considerados eleitos, como membros efetivos, os candidatos que obtiverem o maior número de votos, por nível profissional, seguido de seus membros suplentes na mesma ordem decrescente.

Parágrafo único: Em caso de empate, assumirá o candidato eleito que tiver maior tempo de contrato de trabalho na entidade.

Art. 33 – Os candidatos que receberam votos, mas não foram eleitos como membros efetivos ou suplentes deverão ser, também, relacionados por nível profissional na ata da eleição e constar da lista dos resultados das eleições a ser encaminhada ao COREN-GO.

Parágrafo único: Os candidatos indicados no caput deste artigo assumirão o mandato em caso de afastamento temporário, desistência ou destituição, segundo consta no Art. 16, Incisos II e III.

Art. 34 – Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo Presidente, pelo Secretário, pelos demais membros da Comissão Eleitoral e pelos ficais, se houverem.

Parágrafo único: O Presidente da Comissão Eleitoral encaminhará os resultados das eleições com a respectiva ata à Gerência do Órgão de Enfermagem, imediatamente após o término da apuração.

Art. 35 – A Gerência do Órgão de Enfermagem proclamará os resultados das eleições através de edital interno, no primeiro dia útil após o seu recebimento.

Art. 36 – Os recursos relativos ao pleito somente serão recebidos pela Comissão Eleitoral se entregues, por escrito, até 48 (quarenta e oito) horas após a publicação dos resultados pela Gerência do Órgão de Enfermagem.

Parágrafo primeiro: O recurso será julgado pela Comissão Eleitoral no prazo máximo de 05 (cinco) dias.

Parágrafo segundo: Caso necessário, o recurso terá como segunda instância a Comissão de Ética do COREN-GO.

Art. 37 – A Gerência do Órgão de Enfermagem, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data do pleito, encaminhará, ao COREN-GO, a lista nominal de todos os votados.

Parágrafo único: A listagem deverá informar:

a) o nome dos membros efetivos, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN-GO.

b) o nome dos membros suplentes, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN-GO.

c) o nome dos profissionais que receberam votos, seu nível formação e o número de inscrição no COREN-GO, que não farão parte no primeiro momento da CEEn, mas que poderão ser convocados em caso de afastamento temporário, vacância por desistência ou por destituição de membros empossados.

Art. 38 – Somente após a homologação pelo Plenário do COREN-GO e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a CEEn estará oficialmente autorizada para iniciar as atividades definidas neste regimento.

CAPÍTULO V
Das competências

Art. 39 – A CEEn tem as seguintes competências:

I – Divulgar os objetivos da CEEn.

II – Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

III – Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

IV – Assessorar a Gerência do Órgão de Enfermagem da entidade nas questões éticas.

V – Orientar a equipe de Enfermagem sobre o comportamento ético-profissional e sobre as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

VI – Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas relativas ao exercício profissional da Enfermagem.

VII – Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.

VIII – Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem.

IX – Apreciar e emitir parecer sobre os aspectos éticos de projetos de ensino e de pesquisa da Enfermagem.

X – Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem.

XI – Averiguar:

a) O exercício ético dos profissionais da Enfermagem.

b) As condições oferecidas pela entidade e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional.

c) A qualidade de atendimento dispensada à clientela pelos profissionais de Enfermagem.

XII – Averiguar denúncias, ou atitudes não éticas praticadas por profissionais de Enfermagem.

XIII – Comunicar, por escrito, ao COREN-GO, as irregularidades ou infrações éticas detectadas.

XIV – Encaminhar anualmente ao COREN-GO e à Gerência do Órgão de Enfermagem, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e o relatório das atividades do ano anterior até primeiro de março.
XV – Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO em caso de necessidade.
XVI – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e da Decisão do COREN-SC nº 002 de 25 de janeiro de 2006.

Art. 40 – Compete ao Coordenador da CEEn:
I – Convocar e presidir as reuniões.
II – Propor a pauta da reunião.
III – Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação.
IV – Representar a CEEn junto ao Órgão de Enfermagem da entidade.
V – Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou a participação da CEEn.
VI – Encaminhar as decisões da CEEn, segundo a indicação.
VII – Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 01 (um) de março de cada ano, à Gerência do Órgão de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN-GO.
VIII – Representar o COREN-GO em eventos, segundo a solicitação.
IX – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao exercício ético-profissional.

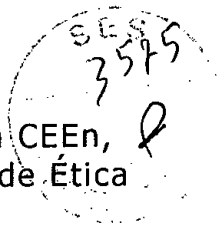
Art. 41. Compete ao Secretário da CEEn:
I – Secretariar as reuniões da CEEn, redigindo atas e documentos.
II – Providenciar a reprodução de documentos.
III – Encaminhar o expediente da CEEn.
IV – Arquivar uma cópia de todos os documentos.
V – Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais.
VI – Presidir as reuniões nos impedimentos do Coordenador.
VII – Representar a CEEn nos impedimentos do Coordenador.
VIII – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 42 – Compete aos membros efetivos da CEEn:
I – Comparecer e participar das reuniões.
II – Emitir parecer sobre as questões propostas.
III – Participar de reuniões ou programações relacionadas à ética, promovidas pela CEEn ou por outras entidades.
IV – Representar a CEEn quando solicitado pelo Coordenador.
V – Participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEn.
VI – Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião.
VII – Participar da elaboração do planejamento e relatório anuais.
VIII – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 43 – Compete aos membros suplentes da CEEn:
I – Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos.
II – Participar das reuniões da CEEn.
III – Participar das atividades promovidas pela CEEn.

III – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

CAPÍTULO VI
Das disposições gerais



Art. 44 – Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEn, da Gerência do Órgão de Enfermagem da entidade ou da Comissão de Ética do COREN-GO.

Parágrafo único: A alteração será submetida à aprovação da Assembléia da categoria da entidade e à homologação da Plenária do COREN-GO.

Art. 45 – A Gerência do Órgão de Enfermagem da entidade, garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEn.

Art. 46 – Os casos omissos serão decididos pela Plenária do COREN-GO.

Art. 47 – Este regimento entrará em vigor a partir da publicação da .....

Goiânia, de de 2011

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
357
fls

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta do Regimento do Serviço de Enfermagem

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
3577
Fls.
04

1. **INTRODUÇÃO** 04

2. **MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM** 04

1. INTRODUÇÃO

Este documento apresenta a sugestão de modelo de regimento interno do serviço de enfermagem do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

2. MODELO RE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I
Das Finalidades ou objetivos

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é o compromisso e o dever dos profissionais da Enfermagem para com seus clientes internos ou externos.

Art.1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:
1. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível;
2. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
3. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CAPÍTULO II
Da Posição:

Posição do serviço de Enfermagem no organograma da instituição e quem o coordenará.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem do HGG está subordinado a/ao _____, (Direção, Secretário de Saúde, outros) e será coordenado exclusivamente por um Enfermeiro (Gerente / Responsável Técnico), que possui administração própria e autonomia profissional;

CAPÍTULO III
Da Composição: (Estrutura Administrativa)

Profissionais que compõe o Serviço de Enfermagem de forma hierárquica.

Art.3º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

I Chefe do Serviço de Enfermagem – gerente /responsável técnico;
II Enfermeiros supervisores;
III Enfermeiros chefes de unidades;
IV Enfermeiro responsável pela CCIH;
V Técnicos de Enfermagem;
VI Auxiliares de Enfermagem;

CAPÍTULO IV
Da competência

Relacionar as diversas unidades e/ou serviços e suas competências.

Art.4º - A Instituição mantém os Serviços nas áreas que seguem:
Coordenação de Enfermagem;
Unidade de Internação
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
Unidade de Emergência;
Unidade de Centro Cirúrgico;
Unidade de Obstetrícia;
Unidade de Centro de Materiais;

Art.5º - À Gerência de Enfermagem, compete:

1. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem voltado a atender às necessidades organizacionais do Hospital, do próprio serviço e satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados;

2. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;

3. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.

Art.6º - À Unidade de Internação, compete:

1. Assistir o paciente atendendo-o nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua patologia;
2. Colaborar com a equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do cliente;
3. Manter o estoque de material, e os medicamentos de seu turno organizados, para o bom funcionamento da unidade;

Art.8º - À Unidade do Centro Cirúrgico, compete:

1. Realizar os atos cirúrgicos para diagnóstico e/ou tratamento dos pacientes;
2. Proporcionar ao cliente, uma assistência de Enfermagem segura;

Art.9º - À Unidade de Obstetrícia, compete:
1. Prestar assistência de enfermagem à parturiente durante o trabalho de parto, assistência ao parto e pós-parto;
2. Manter-se atualizado tecnologicamente para atendimento as gestantes de alto risco;

Art.10 - À Unidade de Centro de Materiais, compete:

1. Processar todo o processo de esterilização do material utilizado na Instituição;
2. Realizar periodicamente os testes de controle da eficácia da esterilização;

Art.11 - Ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
1. Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares,
2. Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
3. Participar da equipe de Padronização de medicamentos;

Observação: Este capítulo refere-se à instituição de saúde.

CAPÍTULO V
Do Pessoal e seus Requisitos

Discriminar as categorias profissionais e os cargos existentes, assim como os requisitos necessários para seu preenchimento, mostrar a relação chefe/subordinado, a delegação de autoridade e responsabilidade. Faz-se necessário citar como requisito principal a obrigatoriedade de possuir registro no COREN-GO e exercer as atividades dispostas na **Lei nº 7.498,** os demais requisitos necessários ficarão a cargo da instituição.

Art.13 - Classificação das categorias profissionais.
I - Chefe do Serviço de Enfermagem; II - Enfermeiro Supervisor; III - Enfermeiro Chefe de Unidade; IV - Enfermeiro do CCIH; V - Técnico de Enfermagem; VI - Auxiliar de Enfermagem;

Art.14 - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.
I - Chefe do Serviço de Enfermagem:

1. Registro profissional no COREN-GO; Certidão Negativa; Experiência profissional comprovada;
Possuir especialização em Administração Hospitalar;

II – Enfermeiro Supervisor:
1. Registro profissional no COREN-GO; Possuir Certidão Negativa; Experiência profissional comprovada na área de supervisão; Capacidade de liderança;

III - Enfermeiro Chefe de Unidade:
1. Possuir registro profissional no COREN-GO; Estar quite com o Órgão de Classe; Conhecimento específico para chefia da unidade (Centro Cirúrgico, Obstetrícia);

IV-Enfermeiro do CCIH:
1. Registro profissional no COREN-GO; Estar em dia com as anuidades do mesmo; Experiência profissional mínima de dois anos como Enfermeiro de área hospitalar;

V-Técnico de Enfermagem;
1. Registro profissional no COREN-GO; Certidão Negativa; Perfil para trabalhar em equipe; Experiência profissional de seis meses;

VI-Auxiliar de Enfermagem;
1. Possuir o título de Auxiliar de Enfermagem, registro profissional no COREN-BA e estar em dia com o mesmo;

CAPÍTULO VI
Do pessoal e suas atribuições

Discriminar os cargos e as categorias profissionais, relacionando suas atribuições em conformidade com a legislação e normas vigentes (Lei 7498/86(1) e Decreto 94406/87(2)).

Art.15 - São atribuições do pessoal:
I - Chefe do Serviço de Enfermagem
1. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de Enfermagem;
2. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade;

II - Enfermeiro Supervisor
1. Supervisionar e administrar o Serviço de Enfermagem das unidades de internação sob sua competência;

III - Enfermeiro Chefe de Unidade
1. Distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe;

2. Elaborar e responsabilizar-se pela escala de serviço do pessoal de enfermagem sob sua supervisão;
3. Planejar os cuidados de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade;

IV - Enfermeiro do CCIH
1. Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
2. Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIH;
3. Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades;

V - Técnico de Enfermagem
1. Prestar assistência de Enfermagem de maior complexidade;
2. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
3. Prestar os cuidados de Enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades;
4. Cumprir rigorosamente as prescrições médicas e de Enfermagem;
5. Registrar e assinar os procedimentos executados;

VI – Auxiliar de Enfermagem
1. Auxiliar nas atividades técnicas de baixa complexidade;
2. Zelar pela manutenção e organização da unidade;
3. Zelar pela manutenção dos equipamentos da unidade em bom estado de conservação e funcionamento;
4. Encaminhar ao expurgo todo o material usado;

CAPÍTULO VII
Do Horário de trabalho:
Horário de trabalho das diversas categorias profissionais discriminado por turnos e/ou horário de funcionamento de unidades ou setores.

Art.16 - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:
I – Horário Diurno
1. 7h às 13 horas e das 13 às 19 horas;
2. 14h às 20 horas;
3. 16h às 22 horas;
4. Conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

II - Horário noturno:
1. 19h às 7 horas em dias alternados;
2. 20h às 00h00min;
3. Conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

III – Ambulatório
1. 7h às 19 horas (segunda a sexta feira)



CAPÍTULO VIII
Das Disposições Gerais:

Relacionar as situações não previstas nos capítulos anteriores.

Art.17 - Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN;

Art.18 - O pessoal de enfermagem ao ser admitido deve apresentar, além do registro profissional, Certidão Negativa do COREN;

Art.19 - Anualmente o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal, comprovante de quitação da anuidade;

Art.20 - O pessoal de Enfermagem não poderá receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art.21 - O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem";

Art.22 – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pelo Chefe do Serviço de Enfermagem e Diretor da Instituição.

Local e data de expedição

Nome
Enf. Responsável Técnico
COREN –GO nº

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3584

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Regimento Interno do Hospital

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
3585
Pág.

Título I – Das Finalidades..... 04
Título II – Da Manutenção..... 07
Título III – Das Organização Geral..... 08
Título IV – Das Diretorias e Gerências..... 08
Título V– Da Gestão de Pessoas..... 12
Título VI – Dos Serviços de Apoio Administrativo e de Produção de Saúde..... 13
Título VII – Das Disposições Gerais e Transitórias..... 14

TÍTULO I - DAS FINALIDADES

Artigo 1º - O HGG destina-se a prestar atendimento hospitalar nas áreas de clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e ortopédica, bem como urgência e emergência, e atendimento à média complexidade ambulatorial conforme PPI (Programação Pactuada Integrada)

§1 º - O Hospital disponibiliza os seguintes serviços à comunidade usuária do SUS:

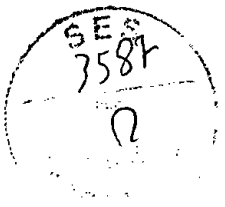
- Internação Hospitalar nas clínicas: médica, cirúrgica, e ortopédica
  - ✓ Em situação eletiva e referenciada

- Atendimento Ambulatorial:
  - ✓ Modalidades dos serviços oferecidos: consultas novas, consultas subseqüentes, cirurgias ambulatoriais
  - ✓ 34 consultórios multidisciplinares
  - ✓ 02 consultórios de odontologia para pacientes especiais
  - ✓ 02 salas para procedimentos de gesso e curativos
  - ✓ Funcionamento: 06 às 19h, 05 dias da semana.
  - ✓ Especialidades disponíveis:
    - Angiologia
    - Cardiologia
    - Dermatologia
    - Gastroenterologia
    - Odontologia
    - Oftalmologia
    - Otorrinolaringologia
    - Urologia
    - Cirurgia Geral
    - Cirurgia plástica
    - Endocrinologia
    - Mastologia

- Neurologia
- Ortopedia
- Pneumologia

✓ Exames disponíveis

- Exames laboratoriais
- Raios-x
- Ultrassonografia



- Internamento
  - ✓ 81 leitos para internação nas clínicas médicas abaixo:
    - Bariátrica
    - Cardiologia
    - Clínica Médica
    - Clínica médica/isolamento
    - Nefrologia
    - Pneumologia
    - Neurologia
    - Reumatologia
    - Hemodinâmica-cardio
    - Endocrinologia
    - Gastroenterologia
  - ✓ 95 leitos para internação nas clínicas cirúrgicas abaixo:
    - Bariátrica/reserva técnica
    - Cabeça e Pescoço
    - Torácica
    - Geral
    - Buco maxilo
    - Neurogirurgia
    - Odontologia/reserva técnica
    - Plástica
    - Vascular
    - Proctologia

- Ortopedia/2 isolamentos
- Urologia
- Otorrino/ 2 reservas
- Isolamento



✓ 47 leitos outras especialidades:

- Diálise
- Hemodiálise (em funcionamento)
- Transplante renal
- Hemodiálise (capacidade)
- Leitos desativos

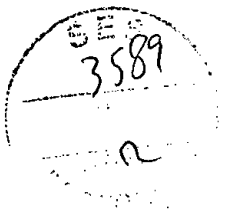
✓ 34 leitos UTI capacidade instalada

- Centro Cirúrgico
  - ✓ 11 salas de procedimentos cirúrgicos (capacidade para mais 01 sala)
  - ✓ Funcionamento 07 ás 19h, 05 dias da semana

- Laboratório de Anátomo-patologia
  - ✓ Para pacientes de cirurgias
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h
  - ✓ Dispõe do serviço de biópsia por congelação

- Laboratório de Análises Clínicas
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe de exames de:
    - Bioquímica
    - Coprologia
    - Hematologia
    - Hormônios

- imunologia
- fluidos corporais (incluindo liquor)
- microbiologia
- patologia clínica
- patologia ocupacional
- gasometria arterial
- uroanálise



- Imageologia
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe de aparelho de Tomografia Computadorizada
  - ✓ Dispõe de aparelho de eletrocardiograma/ergometria
  - ✓ Dispõe de aparelhos de Ultrassonografia (convencional e com doplller) realizando exames de USG:
  - ✓ Dispões de aparelhos de Raio-x
  - ✓ Dispõe de aparelho de audiometria
  - ✓ Dispõe de aparelho de vídeoscopia

TÍTULO II - DA MANUTENÇÃO

Artigo 2º - O HGG será mantido com base nas seguintes fontes de rendas:

a. orçamento da União;
b. prestação de serviços diagnósticos e terapêuticos em nível ambulatorial, de
c. internação através de remuneração prevista em convênio com o SUS;
d. verbas específicas, acordos, repasses, subvenções e donativos.

TÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO GERAL

Artigo 3º - A estrutura do HGG compreende duas áreas articuladas, figurando na primeira a estrutura técnico-administrativa e assistencial para internação, e na segunda (anexo) a estrutura para atendimento ambulatorial.

Artigo 4º - A estrutura do HGG distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:

a. Diretorias
b. Gerências

TÍTULO IV - DAS DIRETORIAS E GERÊNCIAS

Artigo 5º - A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades do HGG

§ 1º - A Diretoria é composta por: Diretor Geral , Diretor Administrativo-Financeiro, diretor clínico e diretor de enfermagem

§ 2º - O Diretor Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Clínico, e Administrativo, nesta ordem.

§ 3º - A indicação da diretoria do HGG ocorrerá concomitantemente com o processo sucessório da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, exceto em se tratando do clínico, que deverá ser eleito pelo corpo clínico conforme legislação do CFM.

Artigo 6º - Ao Diretor Geral, compete:

I. Gerir e representar o HGG
II. Indicar os Diretores clínico, Administrativo-Financeiro e de enfermagem
III. Facilitar processo de votação do Diretor Clínico em parceria com o Conselho Regional de Medicina

IV. Cumprir e fazer cumprir as decisões dos órgãos e autoridades a que esteja subordinado;

V. Cumprir e fazer cumprir as normas deste Regimento Interno;

VI. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

VII. Aplicar recursos orçamentários destinados ao HGG, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, decidindo sobre licitação para aquisição de materiais, equipamentos e execução de serviços;

VIII. Autorizar despesas de compras e serviços de urgência, sem licitação;

IX. Movimentar contas bancárias conjuntas com o Diretor Administrativo-Financeiro.

X. Elaborar e submeter à apreciação da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás o relatório anual, que o submeterá à aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, bem como planos, projetos e orçamentos;

XV. Apresentar ao CDE até o segundo mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades do HGG no ano anterior, e a proposta de trabalho para a ano subseqüente;

Artigo 7º - As demais Diretorias são órgãos executivos da Diretoria, com atribuição de promoverem a articulação dos Serviços do HGG, para a melhor ordenação dos trabalhos assistenciais e administrativos.

§1º - As demais Diretorias são as seguintes:

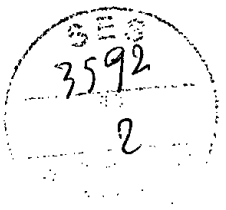
a. Diretoria Clínica

b. Diretoria de Enfermagem

c. Diretoria Administrativa-Financeira

§2º - As demais Diretorias serão exercidas por profissionais de nível superior das áreas de saúde ou administração hospitalar, em regime de tempo integral.

§ 3º - A Diretoria Clínica coordenará as atividades do corpo clínico, bem como as relacionadas a assistência não médica, porém de terapias complementares, de diagnóstico e terapia, e de farmácia



§ 4º - A Diretoria de Enfermagem coordenará o planejamento e a execução das atividades de enfermagem desenvolvidas no âmbito do HGG

§ 5º - A Diretoria Administrativa-Financeira coordenará as atividades técnico administrativas e de apoio às atividades assistenciais.

Artigo 8º - Ao diretor Administrativo-Financeiro, compete:

I. autorizar, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoal e propor contratação e desligamento de acordo com a Legislação vigente;

II. zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

III. aplicar recursos orçamentários destinados ao Hospital, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo corpo diretivo, decidindo sobre aquisição de materiais, equipamentos e execução de serviços;

IV. autorizar despesas de compras e serviços de urgência

V. movimentar contas bancárias conjuntas com o Diretor Geral

VI. assinar folhas de pagamento de serviços extraordinários de profissionais da área

de saúde e de pessoal técnico-administrativo;

XII. delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua diretoria definir normas e determinações de serviços, no âmbito administrativo;

XIII. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal técnico-administrativo;

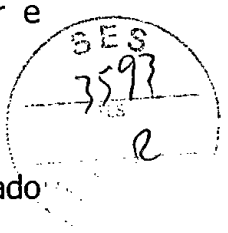
XIV.. superintender o recrutamento, a seleção e o treinamento do pessoal técnicoadministrativo;

XV. efetuar o provimento interno do pessoal técnico-administrativo, podendo transferi-lo de acordo com a necessidade de serviço, sem prejuízo para a servidor;

XVI. propor ao Diretor sanções disciplinares ao pessoal técnico-administrativo,

respeitada a legislação pertinente.

XVII. apresentar ao Diretor, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e propostade trabalho para o ano subseqüente.



Parágrafo único - O Diretor administrativo-financeiro ,será indicado e nomeado pelo Diretor Geral.

Artigo 9º - Ao Diretor clínico compete:

I. coordenar as atividades assistenciais dos profissionais médicos e outros da área de saúde terapias complementares e diagnóstico) lotados no HGG

II. assegurar o cumprimento das escalas de serviço do pessoal médico e outros terapias complementares e diagnóstico)da área de saúde lotados no HGG

III. definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais médicos e outros da área de saúde (terapias complementares e diagnóstico)

IV. apresentar ao Diretor geral, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano,relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e propostade trabalho para o ano subseqüente.

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal médico e outros da área de saúde terapias complementares e diagnóstico)

Parágrafo único - O Diretor clínico, será eleito pelo corpo clínico do Hospital, seguindo as determinações do CFM.

Artigo 10º- Ao Diretor de Enfermagem, compete:

I. coordenar as atividades assistenciais dos profissionais de enfermagem lotados no HGG

II. assegurar o cumprimento das escalas de serviço do pessoal de enfermagem lotados no HGG

III. definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais de enfermagem lotados no HGG

IV. apresentar ao Diretor geral, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano,relatório circunstanciado das atividades da Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subseqüente

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal de enfermagem

Parágrafo único - O Diretor de enfermagem será indicado e nomeado pelo Diretor Geral.

TÍTULO V – DA GESTÃO DE PESSOAS

Artigo 12º - A Gerência de RH, indicada e nomeada pelo Diretor Geral, tem por função a implementação da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas do Hospital

Artigo 13º - Compete ao gerente de RH:

I – Planejar, coordenar e implementar ações pertinentes à gestão e desenvolvimento de pessoas no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG

II-Assessorar as Diretorias do Hospital em assuntos de sua competência;

III - Assessorar as Unidades Funcionais e apóia-las em suas atividades, principalmente as voltadas para capacitação permanente de pessoal.

IV - Desenvolver e acompanhar a Política de Humanização de acordo com as Diretrizes Nacionais;

TÍTULO VI – DOS SERVIÇOS DE APOIO ADMINISTRATIVOS E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Artigo 14º. As Unidades Assistências (diretoria clínica e de enfermagem) e as Unidades de Apoio Hospitalar (administrativa-financeiras), são encarregadas de operacionalizar assistência no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

§ 1º- As Unidades Assistências e as Unidades de Apoio Hospitalar, serão constituídas pela agregação de serviços afins;

SES 3595

§ 2º- O número e a denominação dos Serviços Assistenciais e de Apoio Hospitalar, serão aprovadas pela equipe diretiva do Hospital, mediante processo de Planejamento Estratégico.

§ 4º - Cada Serviço Assistencial e de Apoio Hospitalar, será administrada por um gerente, escolhido e nomeado pelo Diretor Geral;

Artigo 15º .- Compete aos gerentes dos Serviços Assistenciais e de apoio administrativo

I – Elaborar plano de ação, contendo objetivos, metas e indicadores de avaliação de desempenho, em consonância com a missão e as metas gerais do Hospital, contratualizado com a Direção Geral.

II - Encaminhar para apreciação do Diretor de sua área e diretor geral, o planejamento interno do Serviço;

III - Desenvolver as atividades de sua competência de forma integrada com os demais Serviços que compõem o Hospital.

TÍTULO VII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 11º - Este Regimento será aplicado a todo pessoal que exerce atividade no HGG, inclusive aos estagiários, no que couber.

Artigo 12º - Este Regimento entrará em vigor nesta data, revogadas as disposições em Contrário

SES
3596

Goiânia, ___ de _____ de 2011

Representante do HGG

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3597
2

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta do Regimento para o Corpo Clínico

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
04
3598

1. **INTRODUÇÃO** 04

2. **MODELO DE REGIMENTO INTERNO PARA O CORPO CLÍNICO**

1. INTRODUÇÃO

Este documento apresenta a sugestão de modelo de regimento interno do corpo clínico do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

SES 3599

2. MODELO RE REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I – CONCEITUAÇÃO

Art. 1º - Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o (estabelecimento de saúde, hospital, clínica etc.), respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2º - Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico do _____, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em ____/____/____.

CAPÍTULO III – OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO.

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:
I – a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
II – o desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;
III – a implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO IV – DIRETORIA CLÍNICA

Art. 4º - A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico.

Art. 5º - Integram a Diretoria Clínica:
- Diretor Clínico.
- Assistentes Clínicos.
- Comissão de Ética Médica.
- Comissões Técnico-Científicas.
- Gerência de Enfermagem.

Art. 6º - O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Parágrafo Único: O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas.

Art. 7º - O Diretor Clínico será escolhido pelo Diretor Técnico após votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico através de lista tríplice.
Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de (quatro) anos, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 8º - São atribuições do Diretor Clínico:

I – A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no _____, observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal.
II – A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Sistema Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados o âmbito do _____;
III – A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;
IV – A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;
V – O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na instituição.
VI – Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do CRMDF
VII – Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento.
VIII – Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;
IX – Credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo Departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce.
X – A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.
XI – Constituir as Comissões Técnico-Científicas.
XII – Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos

Art. 9º - Os Assistentes Clínicos tem as seguintes atribuições:

I – Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II – Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos.
III – Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento.
IV – Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica.
V – Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;
VI – Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades do Estabelecimento de Saúde em regime de (emergência, internação, ambulatório, unidade-dia etc....)
VII – Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico-Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes.
VIII – Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

Art. 10º - As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico;

Parágrafo único – A Comissão de Ética Médica, será eleita e homologada conforme a Resolução nº 169/99 do CRMDF.

Art. 11º - As Comissões Técnico-Científicas tem sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

Art. 12º - As Comissões Técnico-Científicas tem por finalidade proporcionar subsídios ao

Diretor Clínico no que se refere a:
- Protocolos de conduta.
- Controle de infecção hospitalar.
- Normas e procedimentos operacionais.
- Registros médicos.
- Avaliação de desempenho.
- Farmácia e terapia.
- Qualidade de assistência médica.
- Publicações periódicas.
- Residência médica.
- Credenciamentos.
- Procedimentos complexos.
- Análise de óbitos.

Art. 13º - As comissões devem ter o caráter multidisciplinar.

Art. 14º - Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CRMDF, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação.

Art. 15º - Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

CAPÍTULO V – DOS MÉDICOS

Art. 16 – Os médicos que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem no _____ são distribuídos nas seguintes categorias:
I – Efetivos.
II – Temporários.
III – Consultores.
IV – Estagiários.
V – Autônomos.

Art. 17 – São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de (seis) meses e após aprovação do cadastro se declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

Art. 18 – São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Clinico para internar seus pacientes no _____, podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

Parágrafo único: O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder à (doze)meses.

Art 19 – São membros consultores os médicos de reconhecida capacidade técnica, que aceitam colaborar com o Corpo Clínico quando solicitado pelo Diretor Clínico, na forma deste Regimento.

Art. 20 – São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc) os médicos devidamente inscritos no CRMDF, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Parágrafo único – Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

Art. 21 – São membros autônomos os médicos autorizados pelo Diretor Clínico a atuarem atendendo, dentro do estabelecimento, clientela privada ou de convênios próprios, recebendo seus honorários desvinculados da instituição.

Art. 22 – Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas

administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

CAPITULO VI – DO CREDENCIAMENTO

Art. 23 – O credenciamento consiste na aprovação pelo Corpo Clínico dos cadastro de um membro temporário, candidato a membro efetivo.

Parágrafo único: Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

Art. 24 – São pré-requisitos para credenciamento:
- Atuação como membro temporário do Corpo Clínico há pelo menos (seis) meses.
- Competência, experiência e atualização comprovadas relevantes.
- Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas.

Art. 25 – Cabe a Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

Parágrafo Único: Informações necessárias para cadastramento
- registro profissional e de qualificação pelo CRMDF;
- certificados e atestados de qualificações;
- relação dos programas de treinamento e nome dos responsáveis dos serviços que tenha participado;
- declaração do candidato sob pendências éticas ou jurídicas presentes e passadas;
- declaração de aceite em cumprir o Regulamento da Instituição e o Regimento do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 26 – Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:
- Votar e ser votado.
- Integrar e presidir comissões.
- Representar clínicas e/ou serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

Art. 27 – O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO VIII – DA ORGANIZAÇÃO

Art. 27 – As atividades do médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios nas seguintes especialidades:
a) (Clinica Médica)
b) (Clínica Cirúrgica)
c) (Pediatria)

d) (Gineco-Obstetrícia)
e) _____

Art. 28 – Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Art. 29 – Ao representante do serviço compete:
a- supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;
b- promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais freqüentes no serviço;
c- identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

CAPITULO IX – DAS PENALIDADES

Art. 30 – As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:
§ Advertência escrita reservada.
§ Suspensão temporária do credenciamento.
§ Descredenciamento.

Art. 31 – A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 32 – No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo único: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedido de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

CAPÍTULO X – DAS REUNIÕES

Art. 33 – As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 34– As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 35 – As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 36 – As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 37 – É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 – Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades no _____estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.

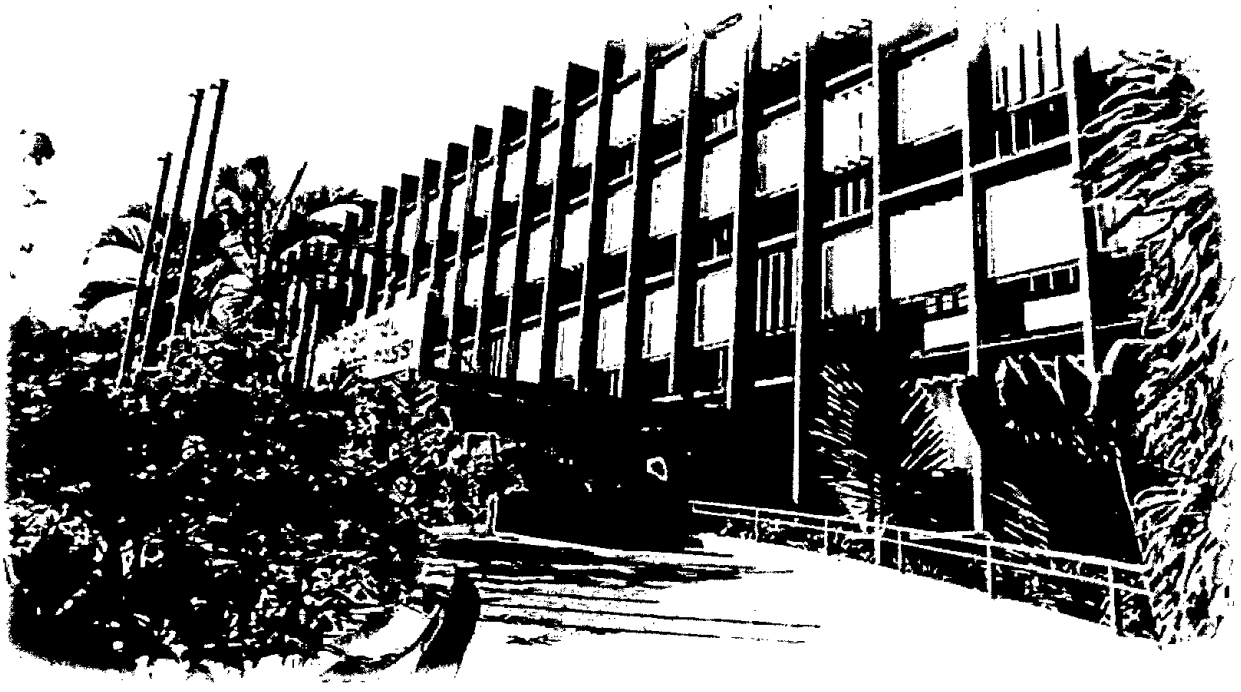
Art. 39 – As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 40 – O presente Regimento aprovado em reunião de ___/___/_____, entrará em vigor na data de sua publicação.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3604

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta Para Implantação da Comissão de Prontuários

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 04

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS 04

3. OBJETIVOS 05

3.1 GERAL 05
3.2 ESPECÍFICOS 05

4. SIGNIFICADO DO PRONTUÁRIO 05

5. ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS 06

6. OBJETIVOS E BENEFÍCIOS DO PRONTUÁRIO 08

7. COMPONENTES BÁSICOS DO PRONTUÁRIO 10

8. COMPOSIÇÃO E ORDEM DAS FOLHAS DO PRONTUÁRIO 20

9. PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO 21

10. ACESSO AO PRONTUÁRIO 24

11. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS 30

12. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO 30

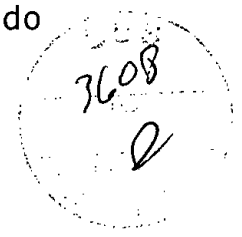
13. ELEMENTOS DE AUDITORIA INTERNA DO PRONTUÁRIO 32

14. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO 37

15. ANEXOS 42

1. INTRODUÇÃO

Este documento norteia o processo para implantação da Comissão de Prontuário no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, visando atender a resolução do CREMESP N.º 70/1995 e a resolução CFM N.º 1638/2002.



2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração das Unidades de Saúde e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística.

Para a instituição assistencial e os poderes públicos, constitui defesa legal, demonstra o padrão de atendimento oferecido, pela análise dos resultados, dispõe dados comprobatórios para reivindicações e, nas sindicâncias, para apurações de fatos desencadeantes de processos.

O prontuário tem ampla aceitação e utilização no meio médico. Entretanto, é freqüentemente usado de modo impróprio. Algumas irregularidades, em seu preenchimento, podem ter efeitos danosos para o doente, para o médico e para a medicina. Ilegibilidade das prescrições, por exemplo, pode ensejar troca de medicamentos, o que pode ser fatal para o paciente. A falta de detalhamentos objetivos completos pode dar lugar a prolongadas atribulações judiciais contra o terapeuta, que amiúde podem se acompanhar de grande desgaste moral e de sofrimento psicológico para o profissional. Pesquisas e avaliações também podem ser prejudicadas por anotações ilegíveis ou de leitura penosa, assim como pela falta de organização das papeletas ou, ainda, omissão de fatos relevantes.

É comum, em pesquisas sobre determinada doença, o lamentável descarte de muitos prontuários por motivo de dados incompletos ou não confiáveis. Descrições de cirurgias mais freqüentes, como hérnias inguinais, cesarianas, apendicectomias, colecistectomias e análogas tendem a ser semelhantes, com jeito de carimbos burocráticos. Repetidas vezes, não há descrições de detalhes, de situações interessantes e de achados anormais, que fariam do relato cirúrgico instrumento mais informativo e de maior aproveitamento científico.

Essas ocorrências demonstram que o verdadeiro valor do prontuário permanece desconhecido para grande parte dos usuários. Sua função primordial como fonte de dados vem sendo persistentemente prejudicada pela insuficiente qualidade de grande parte de seus registros.

A desassistência institucional ao prontuário, qualquer seja sua causa, configura inobservância ao princípio bioético de beneficência. O desconhecimento das normas do prontuário e de suas implicações ético-profissionais pode ser apontado como causa de mal-prática e de outras infrações. O médico pode ser prejudicado pela divulgação de condenações judiciais e no âmbito dos conselhos de classe.

As normas de uso dos registros clínicos são regidas por um complexo de leis, códigos, resoluções, regulamentos, estatutos, regimentos, que freqüentemente trazem mudanças, revogações, adventos de novas legislações e novos dispositivos cujos detalhamentos, em grande parte, fogem a este estudo.

Daí a relevância do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG implantar uma Comissão de Revisão de Prontuários.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar uma Comissão multiprofissional composta por profissionais de nível superior que atuem no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, 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.

3.2 ESPECÍFICOS

- Sensibilizar os profissionais sobre o tema;
- Identificar os profissionais com interesse no tema;
- Instituir oficialmente a Comissão de Revisão de Prontuários

4. SIGNIFICADO DO PRONTUÁRIO

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução n.º 1.638/02, define prontuário como "documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo". Para simplificar – é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente.

O nome prontuário provém do latim prontuarium, lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário. Daí, por extensão, manual de informações úteis; de promptus, preparado, que está à

mão; de promere, tirar uma coisa de onde está guardada, fazer sair (Houaiss, 2001).

A expressão prontuário médico é amplamente usada, o que lhe dá legitimidade. Mas é ambígua e, por isso, objeto de críticas, sobretudo de outras áreas profissionais atinentes à assistência ao doente. Nos dicionários, o adjetivo médico significa medicinal, relativo ao médico, à medicina, àquilo que cura. Desse modo, fica a parecer, sobretudo fora do meio profissional, que o prontuário é do médico ou versa sobre ele ou é usado só por médicos. Tal denominação pode desencorajar profissionais não-médicos de aí fazer suas observações, atitude que pode desfavorecer o enfermo e a equipe assistencial. Embora o prontuário seja escrito, no mais das vezes, pelos médicos, refere-se ao paciente, e os dados aí constantes pertencem a este e à instituição que o assiste. Segundo o parecer CRM-DF 43/2000, toda documentação referente ao atendimento prestado ao assistido pertence a este.

Por analogia a laudo médico, relatório médico, exame médico, diz-se também prontuário médico. Contudo, é oportuno citar que prontuário nosológico do paciente ou prontuário médico do paciente são expressões completas e expressivas, que podem ser adotadas em comunicações científicas formais. Prontuário do paciente é denominação encurtada, aceitável por ser expressiva e "politicamente adequada". No âmbito médico, pode-se dizer apenas prontuário, como doravante será a forma usada neste estudo.

5. ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS

O prontuário é instrumento de defesa e de acusação. É muito lembrada a frase: "O que não está escrito no prontuário não aconteceu". Por conseguinte, é pertinente anotar as dificuldades no atendimento ao doente, seja pela demora com que a medicação é feita, seja pelo plantão tumultuado, que atinge psicologicamente o médico assistente. A falta de condições hospitalares, a ausência de infra-estrutura de atendimento, a privação de material apropriado para procedimentos e o conseqüente uso de substitutos inadequados, a carência de medicamentos e outras anormalidades devem ser anotadas. Tal iniciativa não desobriga o profissional a comunicar as irregularidades à chefia imediata. Para evitar aborrecimentos e questionamentos no ambiente judicial, descrever com precisão, clareza e localização anatômica lesões subseqüentes à violência em pacientes atendidos em serviço de pronto-socorro.

O prontuário é o principal documento constituinte de provas judiciais. Nos processos contra médicos, o acusador, geralmente o paciente, deverá comprovar que o facultativo agiu com imprudência, negligência ou imperícia, isto é, ele ou seu representante legal deve apresentar provas de que houve erro de conduta pelo qual foi prejudicado. Nesse ponto, vale

insistir, o que tem valor decisivo é o prontuário, no qual se podem colher as provas que negam a responsabilidade do médico sobre o fato (Moraes, ob. cit., p. 106).

Graças ao prontuário, pode-se provar que os cuidados médicos aplicados ao reclamante paciente foram adequados. Assim, em casos de registros omitidos ou irregulares, o médico pode perder a possibilidade de comprovação de seus atos. Nesse caso, as alegações do paciente passam a ter mais validade judicial que a memória do médico (Moraes, ob. cit.). A falta ou a insuficiência dos registros podem ser substituídas por prova testemunhal ou pericial.

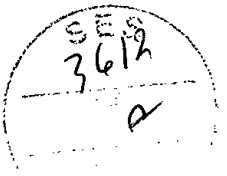
A "medicina de defesa" reforça a importância do prontuário e de seu preenchimento completo. Conhecimentos e informações que proliferam aceleradamente, exigência de superespecializações, ânsia do profissional pela impossibilidade de permanente atualização, recursos médicos de alta tecnologia, revolução farmacológica, procedimentos mais invasivos, solicitações de exames destinados a prever danos às vezes improváveis, atendimentos onerosos e outras circunstâncias exigem da atividade médica extremos cuidados para evitar iatropatogenias e ações judiciais. Os registros da equipe assistencial têm papel preponderante na segurança e no controle do tratamento médico Para evitar casos de erros médicos exige-se mais diligência no preenchimento dos prontuários. Anteriormente, os processos contra o médico eram iniciados pelo paciente queixoso. Atualmente pode ser iniciado pelo ministério público, analogamente ao crime comum.

A medicina defensiva reforçada com a contínua incorporação de tecnologias modernas não substitui o preciso preenchimento do prontuário.

O documento, para ser admitido em juízo como elemento de prova, necessita de ter sua autenticidade reconhecida, estar datado e assinado. A ausência desses elementos demonstra má qualidade da assistência prestada ao paciente. Rasuras comprometem o valor legal. Em casos de retificações, aconselha-se a escrever entre parênteses indicações como sem efeito, digo ou expressões análogas e, a seguir, escrever a correção.

Segundo o artigo 299 do Código Penal, a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário quanto aos fatos relacionados com o paciente pode caracterizar falsidade ideológica: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena – reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular". Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte. Falsidade ideológica refere-se à formação de documento cuja materialidade é perfeita, mas o conteúdo é falso.

Código Civil, Lei n.º 10.406/02, artigo 229: Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato a cujo respeito por estado ou profissão, deva guardar segredo.



6. OBJETIVOS E BENEFÍCIOS DO PRONTUÁRIO

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. O prontuário completo possibilita avaliar o desempenho da instituição responsável pela assistência ao enfermo. A avaliação da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas no prontuário. É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados.

Em princípio, o prontuário bem preenchido traz todas as indicações do que é preciso ser feito, o que demonstra seu valor como documento autêntico para desfazer dúvidas quanto aos procedimentos médicos e quanto às respostas do organismo do paciente (Moraes, 199 1, p. 106). Possibilita o conhecimento e o controle de infecções pós-operatórias hospitalares, saber quantos diagnósticos clínicos não coincidiram com o diagnóstico pós-operatório e com o anatomopatológico, que percentagem de tecido normal foi retirado e outros detalhes (Carvalho, 1977, p. 169).

A importância dos ***registros completos*** é fundamental em caso de intercorrências que exijam intervenção de médicos plantonistas, visto que estes ficarão cientes da evolução da doença pelo exame do prontuário. Além disso, é a forma de ligação e de comunicação entre os variados setores assistenciais.

Para o paciente, o prontuário possibilita atendimento e tratamento mais rápido e eficiente, mediante os dados em registro. Simplifica ou dispensa interrogatório e exames complementares já realizados, com redução do custo de atendimento e do tempo de permanência hospitalar (Mezzomo, ob. cit., p. 246).

Para o médico, é defesa legal como provas documentais em processos com tramitação nos conselhos de classe e tribunais de Justiça, facilita o trabalho na elaboração da diagnose e instituição do tratamento. Permite, a qualquer tempo, a realização de repetidas avaliações sobre diagnóstico, tratamento e resultados obtidos e comparação com outras instituições. Dá condições para que outro médico assuma o atendimento quando necessário. Possibilita ao médico-legista a emissão de pareceres

periciais com mais segurança, e define a competência do profissional assistente (Mezzomo, ob. cit., p. 247).

Para a instituição assistencial e os poderes públicos, constitui defesa legal, demonstra o padrão de atendimento oferecido, pela análise dos resultados, dispõe dados comprobatórios para reivindicações e nas sindicâncias, para apurações de fatos desencadeantes de processos (Coelho Júnior, s.d., p. 8). É ferramenta essencial em sindicâncias administrativas, éticas, judiciais e processos nos conselhos de classe. Pela dispensa de exames já realizados e de diagnósticos já comprovados, diminui a permanência hospitalar, racionaliza o uso de equipamentos e reduz custos. Permite avaliar a eficiência dos profissionais que conduzem os casos. Fornece dados estatísticos para o médico e para a administração e dá elementos para auditorias concernentes a seguros de saúde, cooperativas médicas, medicina de grupo, entidades convenentes de assistência médica. Possibilita investigações epidemiológicas de interesse para a comunidade. Os dados contidos no prontuário têm sido copiosamente utilizados em epidemiologia por trazerem conhecimentos úteis aplicáveis à população – difíceis de serem obtidos por outros meios, como vigilância sanitária, certificados de óbito, fármaco-vigilância, programas que se ocupam com doenças.

Para o ensino e a pesquisa, possibilita análise de grande quantidade de casos, mesmo atendidos em ocasiões distintas. Facilita o estudo dos diagnósticos e a avaliação da terapêutica adotada. Faculta a análises de casos em reuniões científicas. Oferecem dados que permitem formar indicadores sobre mortalidade, morbidade, prevalência e incidência de morbidades, elaboração de fichários estatísticos sobre pacientes, doenças e tratamentos, itens essenciais para investigações epidemiológicas.

As imperfeições dos prontuários têm sido obstáculos para mais pesquisas, o que evidentemente causa restrições à assistência médica e à medicina preventiva, sobretudo as promovidas pela administração governamental. Em relação ao diagnóstico e à terapêutica escolhida, possibilita comparação de diversas condutas. Lamentavelmente, o elevado número de prontuários descartados em atividades de pesquisas, por terem seus dados incompletos, determina a perda de muitos casos interessantes para a medicina.

Para a equipe assistencial, permite mais interação entre os profissionais que acompanham o paciente por ser instrumento de comunicação. O prontuário é, também, o documento de maior valor jurídico para defesa ou acusação referente ao atendimento prestado.

7. COMPONENTES BÁSICOS DO PRONTUÁRIO

Capa do prontuário. Deve conter nome da instituição, o título prontuário médico do paciente ou expressões equivalentes, nome e número de registro do doente, que podem ser escritos a lápis com o propósito de reaproveitamento da capa em casos de erros. Evitar abreviações do nome, e este será atualizado se houve alterações por casamento ou divórcio. São indispensáveis dispositivos adequados para fácil localização do prontuário no arquivo. Deve ter dimensões suficientes para cobrir todas as suas folhas, assim como o conjunto delas até em grande volume. As medidas 20 cm por 30 cm são adequadas. São suficientes cinco dobras no dorso, com espaço de 1 cm entre elas para desdobramento gradual à medida que o prontuário se avolumar. É necessário que os impressos tenham tamanho padrão para caber no prontuário, o que freqüentemente não ocorre; as bordas excedentes ficam, com o tempo, danificadas. Serão substituídas as capas em mau estado de conservação. É útil imprimir, na contracapa, a lista da ordem-padrão em que as folhas serão juntadas no prontuário para orientação daqueles que se encarreguem da organização das folhas.

Formulário de identificação. Conterá os dados de identificação do paciente (figura), como número de registro, nome, local e data de nascimento (ou idade aproximada), sexo, estado civil, nome dos pais, nome do cônjuge, profissão, pessoa responsável (citar parentesco se houver), endereço, telefones (é relevante anotar mais de um número de telefone, pois freqüentemente há mudanças), procedência (outra cidade, outra instituição de assistência médica). É altamente necessário que o serviço de prontuário requeira apresentação de documento para abertura do prontuário, ou seja, carteira de identidade ou certidão de nascimento em casos de pacientes menores. Aconselha-se que no prontuário sejam anotados os dados do documento. Para efetuação de fichas para atendimento de urgência esta poderá ser feita sem apresentação de documentos se o paciente não os tiver consigo, mas aconselha-se que isso seja indicado na ficha.

Etiquetas com dados da identidade do paciente podem ser preenchidas por computador e coladas em espaço próprio na folha de identificação.

Formulário de diagnósticos. Permite rápida revisão do histórico clínico do paciente (figura). Consta da lista de problemas, a relação sumária dos diagnósticos ou das hipóteses de diagnóstico (nesse caso, constar ponto de interrogação) com os respectivos códigos da CID, apresentados pelo paciente ao longo dos atendimentos. Evitar siglas e abreviações. Conterá agenda de data do primeiro atendimento, clínica ou especialidade de atendimento, deve incluir problemas psiquiátricos e sociais. Há quem recomende não registrar, aí, impressões de diagnose (Lobo, 197 6).

O médico e outros profissionais assistentes poderão despender muito tempo na procura das anotações misturadas, às vezes ilegíveis, para avaliar atendimentos realizados. Por vezes, dados relevantes, como alergia a

medicamentos, verminoses, cáries dentárias, focos de cárie dentária e outros são consignados em observações esparsas de difícil localização e podem passar despercebidos. O formulário de diagnósticos bem preenchido expõe, prontamente, todas as afecções das quais o paciente é ou foi portador e necessitou de cuidados médicos.

Formulário de internação (admissão). Deve ter nome da clínica, número da enfermaria e do leito, diagnóstico(s) provisório(s), data da internação, assinatura e carimbo do médico solicitante. Termo de autorização muito resumido, assinado pelo paciente ou por seu responsável legal para realização dos procedimentos médicos necessários pode ser insuficiente (v. falhas e dúvidas mais comuns, item: autorização de tratamento, p. 68). Por norma, o(s) diagnóstico(s) serão assentados com o respectivo código da classificação internacional de doenças (cid).

Prontuário de internação (com capa metálica ou outra especial). Durante a internação, por praticidade, em muitas instituições assistenciais, folhas do prontuário de uso mais amiúde ficam separadas do prontuário e protegidas por capas especiais, freqüentemente metálicas. Esse prontuário especial é constituído de folhas com anotações mais recentes de prescrição médica, de relatos médicos sobre a evolução da doença, de resultados de exames, folhas de descrições cirúrgicas, requisições de parecer, relatórios de pareceres de especialidades, relatórios do corpo da enfermagem e de outros profissionais. Importa conter, também, folha com história e exame clínico de admissão. É de grande utilidade dispor de uma folha para anotação dos exames realizados, sobretudo laboratoriais e de imagem, com datações e resultados. Essa folha pode também ser colada na contra-capa do prontuário.

Algumas normas correlatas a esses dispositivos são habitualmente seguidas e aconselháveis. É necessário que tenham, à vista e protegido por lâmina transparente, cartão com nome da clínica, nome do paciente (data de seu nascimento), do responsável (com endereço e números de telefone destes), registro, número do quarto e do leito, data de admissão –, escritos com letras amplas. Não se expõe o nome da doença por motivo de discrição e de segredo médico.

Muitas instituições mantêm os prontuários em dispositivo móvel, chamado carro de prontuários, ou em escaninhos fixos localizados em salas privativas (sala de prescrição). Estas deverão estar permanentemente acessíveis para permitir o acesso dos profissionais assistentes aos prontuários de internação e o geral, inclusive em casos de atendimentos de urgência.

Formulário de anamnese e exame físico. Um modelo único para todas as clínicas é irreal, em razão da variedade de atendimentos especializados. Na realidade, o padrão geral apresentado no ensino médico é freqüentemente descumprido em vista das peculiaridades de cada clínica. A anamnese e o exame físico bem feitos amiúde indicam a diagnose. O padrão deve, fundamentalmente, conter:

(1) cabeçalho com nome ou sigla da instituição assistencial; clínica; número de registro; número da folha; nome completo do paciente, sem abreviações; filiação; data do nascimento;
(2) queixa principal e duração do quadro;
(3) anamnese: história da doença atual; interrogatório sobre sistemas e aparelhos (cabeça; sistemas cardiovascular, respiratório, digestório, geniturinário, tegumentar, neuropsíquico, musculoesquelético, articular; aparelho visual, auditivo, locomotor), antecedentes pessoais e familiares; hábitos e condições de moradia; doenças concomitantes;
(4) exame físico geral e específico: peso, altura, estado geral, mucosas, pele, temperatura, pressão sangüínea, cabeça (crânio, face, fundo de olho, dentes), visão, audição, gânglios, pescoço, tórax (ausculta pulmonar e cardíaca), mamas, abdome (inspeção, palpação, percussão, ausculta), períneo, ânus (toque anorretal), genitália externa (toque vaginal quando indicado), coluna vertebral (inspeção, palpação), membros (exame de mãos e pés), articulações, sistema nervoso (sensibilidade, reflexos osteotendinosos);
(5) hipóteses de diagnóstico (etiológico, sindrômico) escritas com destaque;
(6) exames complementares indicados pelo quadro clínico;
(7) pareceres solicitados;
(8) conduta(s) a adotar;
(9) datação da próxima consulta se houver;
(10) data e hora do atendimento;
(11) assinatura e carimbo do médico assistente, com o número de inscrição no em seu conselho regional de classe.

Parece tendência viva o uso de ficha especial de anamnese e exame físico para cada especialidade, feita de itens específicos (ou perguntas), alguns com pequenos quadriláteros para serem preenchidos com um x, tudo arranjado de tal sorte que, ao cabo do preenchimento, trazem um exame prático e completo do paciente atendido.

É importante que o examinador faça, na folha de anamnese, um desenho esquemático do corpo humano ou de parte dele e, aí, assinalar o local e a extensão das lesões encontradas se o formulário não dispuser de desenhos impressos. Informações que podem ser acrescentadas são: procedência, nome dos responsáveis (grau de parentesco), tratamento(s) já realizado(s). As hipóteses de diagnóstico constituem um dos itens mais importantes da atividade médica.

Em razão de o paciente ter tido assistência em vários hospitais, a verdadeira e completa história médica de muitos pacientes não está disponível em um só prontuário. Para atenuar essa falha, tem-se proposto prontuário unificado em forma de cartão eletrônico, possuído pelo próprio paciente para registro de todos os atendimentos médicos que lhe foram prestados. Tal sistema já existe em alguns países, como a França, os Estados Unidos e mesmo o Brasil. Convém notificar que a informatização e a utilização da rede mundial de computadores (Internet) para veiculação de prontuários computadorizados podem expor dados sigilosos do enfermo. Vale acrescentar que o Conselho Federal de Medicina, pelas resoluções

1.638/2002 e 1.639/2002, normatiza o uso dos sistemas informatizados para a guarda e o manuseio do prontuário. A resolução 1.639 permite a digitação dos originais em papel e espera a aprovação de projeto de lei no Congresso Nacional para regulamentar a matéria (CFM, www.cfm.org.br) de acordo com artigo publicado no periódico Medicina Conselho Federal, ano XVII, n.º 136, ago., 2002, p. 20-1.

SES 3617

É inadequado que o médico ocupe-se apenas da investigação e do tratamento das doenças pertinentes à sua especialidade. É fundamental investigar e relatar outras enfermidades existentes, ou escrever: ausência de outras anormalidades, ou comentários equivalentes. É indispensável que doenças concomitantes sejam sempre investigadas. Se estas exigirem cuidados de outro especialista, é necessário que o paciente seja orientado e encaminhado para o devido tratamento. É substancial que isso também seja anotado no prontuário.

A folha de anamnese deve ser preenchida totalmente – frente e verso. O espaço restante deve ser inutilizado com um risco para evitar outros tipos de anotações posteriores. A anamnese e o exame físico, feitos para internação, podem ser transcritos em folha especial, constituída de exame padrão que fica paralelamente impresso ao lado esquerdo da folha, como orientação para registro do exame completo. Evitar registro da anamnese inicial em folhas que já contenham anotações de outras clínicas.

Prontuário de serviços do pronto-socorro. Deve conter ficha de atendimento de urgência, guias ou relatórios de encaminhamento, folhas de pareceres, folhas de evolução, relatórios de pareceres solicitados, laudos de exames complementares, folhas de prescrição, comentários de enfermagem e de outros setores assistenciais. É recomendável haver dispositivos de proteção para esses prontuários para que suas folhas não se extraviem tendo em vista sua freqüente manipulação.

Ficha de recém-nascidos. Protocolo cujo preenchimento inclui marcações do tipo x em sistema de pequenos quadriláteros, que, forçosamente, induz o examinador a realizar exame clínico de rotina completo e assim a menos possibilidade de não detectar anormalidades na criança quando houver. Contém comemorativos completos de procedimentos de praxe (Credé, teste do pezinho). É importante incluir descrição pormenorizada dos dados obtidos ao exame clínico atencioso dos sistemas e aparelhos, realizado na ocasião do nascimento.

Ficha obstétrica. Folha especial que contém dados de identificação da parturiente, história e exame físico específicos, impressões de diagnose, partograma e espaço para informações sobre o recém-nascido. Essa folha pode dispor de itens específicos, incluindo-se sistema de preenchimento de pequenos quadriláteros com marcações do tipo x em ordem tal que o examinador sempre registrará dados completos da gestante, do parto e os básicos sobre o recém-nascido. O partograma, representação gráfica da evolução do trabalho de parto, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, constitui parte do prontuário da puérpera. Habitualmente, os documentos relativos à criança permanecem no prontuário da mãe; para o

recém-nado que requeira tratamento, providencia-se prontuário individual. Os gemelares o terão identificados pela respectiva ordem de nascimento.

Folha de evolução. É inadequada a expressão "evolução médica". Evolui a doença do paciente, não o médico. É também impróprio mencionar "fazer a evolução", "evoluir o paciente" "evoluir a dieta" ou "O paciente já foi evoluído". Evoluir é ter transformações, é passar por fases, fato que ocorre com a doença. Não é sinônimo de prescrever, de anotação ou de anotar sobre a evolução de algo.

A folha de evolução conterá observações de estudantes, médicos e de outros profissionais assistentes (enfermeira(o), nutricionista, psicólogo(a), odontólogo(a), fisioterapeuta, assistente social). É substancial que se registrem descrições detalhadas em que constem, do profissional assistente, as impressões, dúvidas e dificuldades referentes à diagnose, ao tratamento e às condições apresentadas pelo enfermo. É importante anotar reações favoráveis e desfavoráveis aos procedimentos terapêuticos, efeitos adversos dos medicamentos, condições do curativo, tipos de drenagem, não-administração de medicamentos (anotar causas), uso ou ocorrência de material inadequado (aparelhos quebrados ou com mau funcionamento) ou falta de material para os procedimentos, demora na entrega dos resultados de exames complementares ou da realização destes. É indispensável registrar más condições de atendimento, como: condições anti-higiênicas do ambiente, falta de auxiliares, de vagas para internação, de vaga na unidade de tratamento intensivo, esperas prolongadas de vaga no centro-cirúrgico em casos de urgências, falta de radiologistas para os pareceres pertinentes aos exames radiológicos, falta de boa iluminação, de formulários, de acomodação para o paciente, impossibilidade de execução de exames complementares, falta de medicamentos, dificuldade para encaminhamento a serviços especializados ou de referência.

Folha de resumo de alta. A última anotação deve conter resumo histórico do período de internação, com relato sumário das condições do estado clínico do paciente no momento da alta, do diagnóstico ou hipóteses de diagnóstico, do(s) tratamento(s) realizados(s), critérios de alta e condutas subseqüentes.

Folha de pedidos de parecer. Serão preenchidas e anexadas ao prontuário pelo profissional consultado. O pedido de parecer deve ter sempre resposta. É relevante anotar, na papeleta do paciente, a hora do pedido e da resposta do parecer, o local (instituição clínica, enfermaria, quarto, leito) em que se encontra o paciente, e indicar a clínica solicitante e a clínica solicitada. Por vezes, os pedidos são feitos na folha de prescrição, e sua resposta, na folha de evolução clínica. É inadequado registrar o parecer na folha de evolução nosológica ou o pedido de constar como um dos itens na folha de prescrição médica.

Guia de consulta e relatório de encaminhamento. Constituem documentos padronizados com resumo da história clínica e do exame físico, relato sumário de procedimentos, exames complementares realizados e

hipóteses de diagnóstico, de ordinário, fornecidos aos pacientes para encaminhá-los a médicos da mesma ou de outras instituições. A segunda via deve ser guardada no prontuário da instituição de origem, e a primeira, no prontuário da instituição ou da clinica a que o paciente foi encaminhado. É regular que os encaminhamentos tragam o nome da instituição emitente, dados do paciente (número de registro, nome, sexo, data de nascimento, filiação, naturalidade, endereço, telefones), nome do médico ou da instituição e clínica aos quais o paciente é encaminhado, data, assinatura e carimbo do médico solicitante. Deve haver espaço para resposta do parecer em caso de retorno do paciente, após a consulta, ao local de origem. É antiético deixar de fornecer relatório completo sobre o estado do enfermo quando da remoção ou do encaminhamento a outro médico ou serviço para continuação do tratamento (artigo 71 do Código de Ética Médica)

Folhas de requisição de exames complementares. É mister que tenham registro dos motivos da solicitação do(s) exame(s), com preenchimento completo dos itens do formulário de pedido, a saber, dados do paciente (registro, nome completo sem abreviação, data do nascimento, sexo, filiação), nome da clínica em que o paciente está em tratamento, nome do profissional requisitante e seu carimbo. É aconselhável guardar, no prontuário, a segunda via de solicitações de exames, de pareceres e análogos, para comprovar o que foi pedido. As segundas vias serão substituídas pelos respectivos laudos ou documento similar. Em casos de perda ou extravios das solicitações e de não-realização dos exames solicitados, a ausência de comprovantes pode acarretar insuficiência do prontuário como instrumento de defesa em casos de queixas, sindicâncias e processos judiciais. É falta grave consignar exames ou procedimentos não realizados.

Laudos de exames complementares. É mister que tenham sempre ampla margem lateral esquerda para formação de orifícios destinados à presilha do prontuário. Inexiste esse espaço em muitos laudos, mormente nos de clínicas e laboratórios particulares. Além disso, é conveniente que tenham dimensões para caberem no prontuário sem serem dobrados. É recomendável que os papéis tenham formato grande para serem fixados, em ordem, na presilha. É imprescindível que contenham, além da assinatura, o carimbo do médico emitente ou seu nome em letras legíveis impressas ou manuscritas, em ambos os casos com o número de inscrição no conselho regional de classe. A identificação explícita do profissional relator do laudo facilita a busca de esclarecimentos pelo médico que assiste o paciente ou que faz pesquisas sobre o caso deste.

Relatórios de quimioterapia e radioterapia. Deve estar, no prontuário, a descrição detalhada do programa proposto e dos procedimentos realizados. Pode ser escrita – melhor, digitada – em formulário especial.

Formulário de solicitação de cirurgia. É documento importante a constar do prontuário. A primeira via permanecerá no centro cirúrgico e uma cópia deve permanecer no prontuário como documento comprovante da

solicitação cirúrgica em que constarão os dados identificadores do paciente, sua localização no estabelecimento, data e hora da solicitação e assinatura do médico solicitante. O descarte desses documentos ou sua ausência no prontuário significam perda documental relevante. Amiúde, os dados da solicitação não ficam anotados no registro clínico, e as cópias desses formulários de solicitação tornam-se não raramente perdidas ou arquivadas fora do prontuário.

GES 3620 FLS. 9

Folha de descrição dos atos cirúrgicos. Conterá os dados de identificação do paciente, o nome do procedimento cirúrgico, o diagnóstico, o nome do cirurgião e de seus auxiliares, incluindo-se os da equipe de enfermagem, hora do início e do fim da operação, descrição sumária do estado geral do paciente. É prejudicial descrever "oficiosamente" o ato operatório, isto é, fazer descrição sumaríssima apenas dos tempos cirúrgicos básicos com apresentação do mesmo relatório para todos os procedimentos idênticos. É preciso criticar com veemência relatos cirúrgicos em que constem apenas "cirurgia feita pela técnica habitual". Valiosos detalhes são omitidos e se perdem para consultas, pesquisas e esclarecimentos. Deve-se evitar "descrição" prévia, injustificável em todos os casos. O ato cirúrgico será registrado como dissertação minuciosa das táticas e técnicas operatórias usadas, dos acidentes cirúrgicos, das dificuldades técnicas, daquilo que foi visto e realizado do início ao fim do procedimento. Pela sua importância, tal relatório poderá ser refeito em ocasião de mais calma e propícia à reflexão, atentando-se ao maior zelo pela legibilidade.

É muito importante registrar as condições do paciente antes da operação, afecções concomitantes, tempo de início e do fim da operação, posição do paciente, uso de coxim, produto(s) usado(s) na anti-sepsia, via de acesso, uso de eletrocautério, fios utilizados, descrição minuciosa das lesões e dos órgãos examinados, exames radiológicos transoperatórios, anotar falta de material quando houver, relatar obtenção de peças cirúrgicas para histopatologia, biópsias, secreções colhidas para estudos laboratoriais, lavações, tipo de suturas (pontos contínuos, separados, especiais), inclusive as realizadas no fechamento da ferida cirúrgica, tipo de curativo, condições do paciente ao término da intervenção, descrição detalhada das lesões por arma branca e, se possível, do trajeto interno detalhado do projeteis de arma de fogo; anotar se o projétil foi extraído ou não, assim como outros corpos estranhos. Objetos que constituem indício de crime devem ser classificados e rotulados para envio ao instituto médico-legal ou à autoridade policial. É recomendável desenhar, esquematicamente, aspectos importantes da operação. Anotar solicitação de exame histopatológico das peças cirúrgicas que demandem estudo para diagnóstico. Preencher o cabeçalho e demais itens da folha de descrição, como data, hora e duração do ato cirúrgico, forma de anestesia, anotar nome dos auxiliares médicos e dos outros profissionais de toda a equipe, assinatura e carimbo.

A descrição cirúrgica deve constituir atrativo relato de valor científico, cuja leitura inspire confiança e crédito.

A equipe deve conferir todo o material cirúrgico, inclusive gazes e compressas, antes e depois da operação, para evitar permanência de corpo estranho no paciente. É preciso que esses fatos sejam anotados no prontuário, assim como intercorrências dignas de nota durante o ato cirúrgico.

Folha de descrição cirúrgica bem preenchida é documento comprovante imprescindível dos procedimentos cirúrgicos e, em geral, é imprescindível para cobrança dos gastos pelo serviço de faturamento e, principalmente, para comprovação do que foi realizado pela equipe cirúrgica em casos de dúvidas, demanda judicial ou processo ético-profissional.

Folha de anestesia. É preciso que contenha todos os procedimentos aplicados ao paciente na sala de operações e nos períodos pré-anestésico e pós-anestésico. Preencher o cabeçalho com nome da instituição e dados do paciente (nome, registro, data do nascimento, sexo, cor, peso, filiação, clínica, enfermaria, apartamento e leito); anotar diagnóstico pré-operatório, condições pré-operatórias, operação proposta, operação realizada, diagnóstico pós-operatório, nome dos membros da equipe cirúrgica, tipo de intervenção (urgente, eletiva), nome do anestesista e de seus auxiliares. Adicionar relatório de visita pré-anestésica com registro de risco anestésico (ASA 1 a 7): perfil clínico do paciente (anamnese e exame físico), exames complementares, medicação pré-anestésica, data, assinatura e carimbo do médico visitador. Durante a anestesia, fazer gráfico de controle de drogas injetadas e inaladas, líquidos infundidos (transfusão sangüínea), pulso, respiração (assistida, controlada, espontânea), temperatura. Comportamento da pressão arterial. Registro e controle das eliminações urinárias em pessoas com cateter vesical, técnica(s) anestésica(s) usada(s). Fazer relatório do material gasto, da duração do tempo de anestesia, relato de anormalidades (cianose, arritmias, náuseas, vômitos, sudorese, broncospasmos), registro das condições do paciente ao deixar a mesa cirúrgica. É indispensável registrar as intercorrências observadas antes, durante e depois dos procedimentos anestésicos. Data, assinatura e carimbo do anestesista titular.

Folha de prescrições. Constituem-se de: (1) cabeçalho, com nome da instituição; dados do paciente: nome completo (sem abreviações), registro, sexo, data do nascimento (ou a idade), peso, clínica, enfermaria, apartamento, leito, quarto; (2) coluna de prescrição médica com data, horário e vias de administração, doses das drogas usadas; (3) coluna do horário da administração das medicações (anotado pela enfermagem); (4) coluna de informações da enfermagem com registro das ocorrências principais. É desejável numerar as folhas.

Formulário ou boletim de alta. As altas podem ser: hospitalar, para pacientes internados, ambulatorial e domiciliar de acordo com critérios do Ministério da Saúde (Mezzomo, ob. cit., p. 63). É básico que contenha diagnoses principal e secundária(s) (anotar o código do CID), citação dos principais procedimentos médicos realizados (operações, endoscopias,

diálises), assinalar condição do paciente na ocasião da alta (curado, melhorado, inalterado), circunstâncias especiais de alta (a pedido, por evasão, por indisciplina, por transferência).

Escrever o resumo da história da doença atual e citar doenças anteriores ou associadas se houver. Fazer a relação de exames realizados (laboratoriais, imaginológicos, EEG , ECG , medicamentos principais). Relatar procedimentos especiais (nutrição parenteral, diálises, quimioterapia, radioterapia), hemoterapia (transfusões de sangue, de plasma, crioprecipitados, concentrado de plaquetas). Fazer o resumo da evolução da doença, com relato dos métodos que possibilitaram o diagnóstico, resposta aos procedimentos terapêuticos, prognose, motivos da alta e orientação após a alta (encaminhamento a outra instituição, seguimento ambulatorial) ou relato do óbito. Acrescentar data, assinatura e carimbo.

Em todos os casos, no resumo de alta, haverá:
(1) diagnóstico definitivo ou diagnósticos prováveis (com código do CID – evitar siglas);
(2) história sucinta da moléstia;
(3) principais procedimentos médicos realizados;
(4) principais medicamentos utilizados;
(5) resultados resumidos dos principais exames complementares que ajudaram a estabelecer o diagnóstico;
(6) complicações (incluir infecção nosocomial);
(7) condições em que o paciente se encontra no momento da alta (curado, inalterado, melhorado); circunstâncias de alta (a pedido, por evasão, por indisciplina, por transferência);
(8) programação de seguimento médico se houver (ambulatorial, domiciliar, encaminhamentos a outros especialistas). Anotar data de retorno se este for necessário.

Exemplo: "Paciente com diagnóstico de hérnia inguinal direita, notada há seis meses, com relato de um episódio de encarceramento, submeteu-se ao reparo cirúrgico (data), teve alta (data) em bom estado geral, orientado para seguimento ambulatorial (data de retorno)". Será feito resumo de alta mais detalhado (digitado, se possível) na folha de evolução e uma cópia pode ser entregue ao paciente.

Formulário de declaração de óbito. A notificação de óbito é parte da assistência médica e fonte imprescindível de dados epidemiológicos. A primeira via é encaminhada para o setor de estatística da Secretaria de Saúde para registro de mortalidade. A segunda irá para o cartório de registro civil que emitirá certidão ou declaração de óbito (não, atestado ou certificado). A terceira poderia ficar no prontuário do paciente. Quando o corpo é necropsiado, a terceira via tem ficado nos arquivos do departamento de patologia, anexa ao laudo da necropsia, em diversas instituições.

Ficha de fotografias. Útil para controle e avaliações visuais das lesões. Com disponibilidade de copiadoras eletrônicas (scanners) e câmeras fotográficas computadorizadas e mesmo telefones portáteis com câmaras fotográficas, há facilidade em fotografar lesões e arquivar as fotografias, estas impressas em uma folha do prontuário. Como este é documento sigiloso, são permitidas as fotografias dos pacientes, inclusive as de face, mesmo se estes pacientes forem menores.

Boletim de solicitação de necropsia. Se o diagnóstico não estiver bem elucidado e o paciente tiver falecido, deverá ser feita necropsia, sobretudo em hospitais de ensino, e seu relatório será anexado ao prontuário (Carvalho, 1977 , p. 173).

Esse relatório deve conter identificação do paciente, com nome, registro, idade, sexo, cor, data de nascimento, clínica em que foi atendido. Interessa preencher completamente o cabeçalho. No espaço para a requisição de necropsia, o requisitante deve relatar sumário da história da moléstia atual, diagnose(s), exames de comprovação deste(s), procedimentos realizados, causa da morte (condições que causaram ou que provavelmente causaram o óbito), data e hora do óbito, assinatura e carimbo do médico solicitante. A segunda via do pedido de necropsia será guardada no prontuário.

É indispensável, no próprio boletim, a autorização (assinada) do responsável pelo paciente falecido para realização da necropsia. A Resolução CFM n.º 1.081/82 disciplina o consentimento ou a autorização requer a seguinte forma ou similares: "Autorizamos o Serviço de Anatomia Patológica a realizar necropsia no corpo de (espaço), conforme solicitação médica". Local, data, assinatura do responsável, declaração do grau de parentesco. Uma autorização para sepultamento pode integrar esse formulário na seguinte forma: "Autorizamos a Unidade de Anatomia Patológica a fazer o sepultamento de (espaço para nome do falecido)". Assinatura do responsável.

Relatório de necropsia. Anotam-se, aqui, data e hora da autopsia, cor da pele, comprimento do corpo, peso, descrição das partes orgânicas lesadas, relato de procedimentos para exames acessórios e diagnose feitos em seguida ao ato da necropsia. É norma anexar uma cópia do documento ao prontuário e fornecer outra à família do paciente falecido ou a seu responsável.

Folhas divisórias . O uso de folhas com tarjeta colorida pode ser útil para separar as secções do prontuário.

8. COMPOSIÇÃO DA ORDEM DAS FOLHAS

No Brasil, não há leis específicas que determinem quais documentos mínimos devem integrar os prontuários. O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução n.º 1.638/02, estabeleceu os itens que deverão obrigatoriamente constar do prontuário, elaborado em qualquer padrão: identificação do paciente (nome, sexo, data do nascimento, filiação, endereço), anamnese, exame físico e exames complementares, diagnósticos, tratamento, anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente. O Conselho Regional de Medicina do DF , estabelece, na Resolução n.º 189 /01, como norma de fiscalização (NF17), a inclusão de outros documentos que, se originados durante a assistência aos pacientes, serão incluídos no prontuário as declarações de nascimento, de óbito, de transferência, guias de atendimento, partograma, relatório cirúrgico e anestésico, folhas de pareceres, relatório de enfermagem, de assistência social, odontológica e outras. O Ministério da Saúde estabelece como padrão de nível 1 na acreditação hospitalar o arquivo médico, cujos prontuários sejam legíveis, assinados pelo médico assistente e têm uma seqüência lógica e contínua com registro de admissão, história clínica, evolução, informações complementares (exames, pareceres) e condições de alta, exigindo capacitação específica para o responsável técnico (Ministério, 1999, p. 97).

Na composição do prontuário, em consideração à sua importância legal, didática, médica e para o paciente – são utilizados os seguintes elementos, cuja seqüência varia nas instituições. Em geral, segue-se a ordem lógica: identificação – anamnese e exame físico – laudos e pareceres – folha de internação – folhas de prescrição – folhas de evolução – relatório de alta ou de óbito. Podem ser dispostos na subseqüente ordem:

(1) capa ou envelope do prontuário;
(2) ficha de identificação do paciente;
(3) formulário ou pauta de diagnósticos;
(4) folha de anamnese e exame físico;
(5) ficha de pronto-socorro;
(6) formulário de internação e alta;
(7) ficha obstétrica;
(8) ficha de recém-nascido;
(9) ficha de odontologia;
(10) folhas de evolução da doença;
(11) folhas de pedidos de parecer;
(12) guias e relatórios de encaminhamentos;
(13) laudos de exames complementares na seguinte ordem: exames anatomopatológicos (biopsias, citologias), audiometria, da unidade de hemoterapia ("banco de sangue") (tipagem, exame de anticorpos, exame de compatibilidade sangüínea), exames da dermatologia (micológicos), endoscopias (brônquicas, gástricas, do colo), ecocardiografias, eletrencefalografias, imaginologia (ecografias, radiografias, tomografias computadorizadas, medicina nuclear), laudos laboratoriais (culturas, bacterioscopias, antibiogramas, hemograma, gasometria, ionograma, provas de função hepática e renal e outros);

(14) folhas especiais de procedimentos terapêuticos: ficha de desenvolvimento e crescimento, ficha de hemodiálise, relatório de quimioterapia, relatório de radioterapia, ficha de diálise peritoneal, ficha de nutrição parenteral;
(15) ficha de descrições cirúrgicas;
(16) ficha anestésica;
(17) folhas de prescrição;
(18) relatório de enfermagem, folhas de prescrição e de informações da enfermeira e folhas de dados vitais (temperatura, pulso e respiração – tpr), balanço hídrico, eliminações;
(19) relatórios de profissionais não-médicos (assistente social, farmacêutico, estomatorapeuta, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, ortoptista, ortesista, pedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional);
(20) atas de esterilização (vasectomia e ligadura tubária);
(21) folha com resumo de alta, de óbito ou de transferência;
(22) relatório de necropsia e cópia da declaração de óbito;
(23) ficha de controle de infecção hospitalar;
(24) folha de termo de consentimento livre e esclarecido.

SES 3625

9. PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o prontuário conterá, do enfermo, data do nascimento ou idade aproximada, sexo, estado civil, registro de internação e alta, diagnóstico provisório, relatório das intervenções cirúrgicas, descrição do estado de saúde na ocasião da alta e o motivo desta, causa de óbito, diagnóstico principal, outros diagnósticos.

Pode-se acrescentar ainda que há de ter registro, também, de data e hora dos atendimentos, nome completo e assinatura do profissional assistente com seu número de inscrição no respectivo conselho de classe. Usar carimbo. Em caso de não-profissionais assistentes, como alunos em treinamento, é necessário que sua assinatura conste ao lado da do titular atendente.

Importância do preenchimento adequado e metódico. O prontuário é essencialmente do paciente, não do médico. É fundamental que todos os profissionais que lidam com o enfermo façam ali suas anotações. É imprescindível a formação do hábito cultural de escrever metodicamente no prontuário. Isso estimula os profissionais assistentes a conhecer mais o paciente e sua doença. Pressa, negligência, desconhecimento sobre como preencher e outras circunstâncias concorrem para a má utilização do prontuário.

Como critério de qualidade de atendimento, é importante que o médico programe seu tempo de consultas de modo que este seja suficiente para fazer os registros completos no prontuário.

É propício ao melhor relacionamento médico-paciente que, no contato inicial, o profissional converse com o paciente para estabelecer adequada confiança do assistido e conhecer seu quadro mórbido geral e, só posteriormente, realizar as anotações. Priorizar os registros clínicos no primeiro momento de contato com o doente pode transmitir-lhe indiferença do médico e causar entraves ao relacionamento entre ambos.

SES 3624 FLS. 2

Dados incompletos. É infração à ética não anotar, no prontuário, todos os procedimentos decorrentes da assistência ao doente (Código de Ética Médica, art. 69, capítulo V): "Com a tendência a aumentar os litígios entre pacientes, médicos, entidades, torna-se conveniente elaborar o prontuário com o maior número de dados possível, com escrita legível, estendendo-se essa obrigação aos profissionais que lidam com o paciente" (Bittar, 1980). É comum, nas descrições cirúrgicas, a ausência de dados importantes pela descrição insuficiente dos achados cirúrgicos, que pode levar o paciente a sofrer novas intervenções invasivas (Hossne, 199 2). Anamnese e exame físico mal conduzidos dificultam avaliações nas consultas subseqüentes, prejudicam as apreciações legais para fins de seguro, previdência e indenização em casos de doenças do trabalho e infectocontagiosas. É comum constar, aí, apenas comentários específicos pertinentes à especialidade do relator. Isso acarreta a não-detecção de afecções como síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida), hepatite, tuberculose e outras comorbidades, que podem agravar, entre outros eventos, o risco cirúgico-anestésico em relação ao paciente e o risco de contaminação dos profissionais assistentes. Prejudica a instituição que arrecada por meio de convênios, não anotar, no prontuário, todos os atendimentos ao paciente, mesmo os mais simples, como retirar pontos de feridas cirúrgicas, trocar curativos, fazer limpeza de estomas.

É basilar o médico anotar com detalhes e extensivamente, no prontuário, todos os procedimentos realizados, justificar as condutas adotadas, descrever o estado do paciente durante o atendimento, relatar diagnósticos, pareceres, dificuldades de assistência (v. folha de evolução, p. 39). Essas precauções serão redobradas em casos de pacientes a serem transferidos e que estejam em estado grave, ou sejam portadores de doenças de má prognose, casos em que o paciente demonstre hostilidade seja vítima de agressões criminosas, como estupro, espancamento, sevícia de menores (notificação compulsória nesse caso) e outros. Descrever com minúcias todas as lesões de origem criminal ou que assim pareçam, ou de causa violenta como atropelamento ou uso de força física.

Legibilidade. O prontuário é um elo entre os profissionais da equipe assistencial. Recomenda-se, portanto, que a linguagem seja clara, concisa, sem códigos pessoais, sem excesso de siglas, sem abreviaturas desconhecidas. As anotações precisam ser legíveis. "É vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco papeletas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos" (artigo 39 do Código de Ética Médica). Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente (Resolução CFM n.º 1.638/02).

Concisão, clareza e exatidão. São substanciais nas informações. Freqüentemente, poucas linhas bem escritas dão mais informações que muitas frases rotineiras e pouco legíveis a ocupar muitas linhas. Devem-se evitar: (1) prolixidades como: até o presente momento (melhor: até agora); durante o tempo em que (enquanto); dentro dos limites da normalidade (normal); ser submetido a uma intervenção cirúrgica (ser operado); não apresentar febre (sem febre); (2) nomes longos: conseqüentemente (assim), empregar (usar), epidemiológico (epidêmico), traumatismo (trauma); (3) termos dispensáveis: Paciente com presença de varizes (com varizes). Peço uma radiografia ou um raio X (Peço radiografia). Frases longas costumam ser de compreensão difícil.

Preenchimento dos cabeçalhos. A identificação do paciente é importante em cada papeleta, porque permite identificar e repor papéis soltos ou misturados em seus devidos lugares no prontuário. À falta desse requisito, principalmente pela ausência do número de registro, grande quantidade de resultados de exames laboratoriais, anatomopatológicos, imaginológicos e outros são acumulados sem possibilidade de integrá-los aos respectivos prontuários, o que acarreta perda de material, gasto de tempo e de mão-de-obra, necessidade de repetição dos exames, o que causa mais gastos e outros prejuízos para os pacientes: pode haver laudos com diagnóstico de neoplasias malignas e outras anormalidades não apresentados a estes e aos médicos que os assistem.

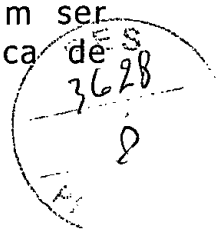
Numeração de folhas. É recomendável que as folhas de anotação sobre a evolução da doença, de prescrição, de relatórios de profissionais não-médicos e outras tenham numeração própria para sua organização e reorganização no prontuário em caso de desvios ou de mistura eventual. A numeração sistemática das folhas do prontuário pode dificultar e desestimular fraudes.

"Código internacional de doenças" — "O CID". Interpretação errônea da sigla. CID refere-se a Classificação Internacional de Doenças (atualmente, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde), não a "código internacional de doenças". Desse modo, em lugar de "número do CID", deve-se dizer código da CID por haver letras e algarismos nessas referências, e por classificação ser nome do gênero feminino. Deve ser escrito ao lado dos diagnósticos (sobretudo os definitivos), nas folhas de internação, de alta, de óbito e no formulário de morbidades. Este sistema tem sofrido contínuas alterações, obrigando as administrações hospitalares a constantes readaptações (Carvalho, 1977, p. 114). Para mais exatidão, é recomendável escrever CID-10, referência à mais atual revisão (10.ª) dessa nomenclatura. Ex.: erisipela, CID -10 A46.

Recentemente, a Associação Médica Brasileira e suas sociedades de especialidade, junto ao Conselho Federal de Medicina, elaboraram a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CPHPM), que permite a nomeação de cerca de 5.400 procedimentos médicos, tornando-se esta uma referência nacional para identificação dos atos

clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, cientificamente comprovados.

Espaços vazios. É relevante inutilizá-los com um risco (traço) para evitar anotações extemporâneas e de outra natureza, que poderiam ser fonte de interpretações confusas pela quebra da seqüência lógica de comentários e de dados no atendimento do paciente.



10. ACESSO AO PRONTUÁRIO

Tendo em vista o sigilo profissional, o acesso ao prontuário é regido de leis e normas, de impedimentos ou de concessões, que é mister conhecer. Em seqüência, apresentam-se situações relevantes sobre o assunto.

Pacientes. O médico fornecerá cópia do prontuário se solicitada pelo paciente (Resolução CFM n.º 1.065/00), ou por seu representante legal. Mas o paciente não levará e guardará o prontuário consigo. O paciente ou autorizado responsável podem ter cópias do respectivo prontuário quando o desejarem (Parecer do CRM – DF à consulta n.º 0043/00), salvo situações especiais. Caso o pedido de informações seja feito por pessoa da família do paciente, é necessária sua autorização. Pelo Código de Ética Médica, art. 70, é vedado ao médico negar ao paciente acesso ao seu prontuário, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros, isto é, se houver, por exemplo, impressões médicas sobre alcoolismo, homossexualismo, distúrbios mentais, prognóstico ruim da doença, tendência ao suicídio e outras considerações desfavoráveis sobre o enfermo. Estas podem instigá-lo a interpretações inadequadas e causar-lhe prejuízos psíquicos, psicossomáticos, sociais, morais, financeiros e utilizá-las em desfavor do médico e de outros profissionais assistentes.

Doentes com distúrbios mentais têm direito ao acesso a seu prontuário, mas esse direito tem restrições, a critério médico, para evitar danos sérios ao próprio paciente ou resguardar a segurança de outros (Resolução CFM n.º 1.408/199 4). Se o médico admitir que tais registros possam trazer mais prejuízo que vantagens ao paciente, tais informações podem ser minimizadas ou até omitidas (França, 2003, p. 126). Respondendo pelo corpo clínico do estabelecimento assistencial, diante da possibilidade de revelação de sigilo médico, é recomendável que a Comissão de Revisão de Prontuários só forneça cópias de documentos mediante consentimento por escrito do paciente e que no pedido conste que a revelação de suas morbidades ou dos seus diagnósticos foi feitas a seu pedido. Em ocasiões futuras, informações do prontuário podem trazer ao paciente, prejuízos aos seus interesses. Por exemplo, parentes de posse de cópias do prontuário em que haja diagnóstico de distúrbios mentais no paciente, podem utilizar tais documentos para obstá-lo de dispor de seus bens.

Por meio de requerimento ou de recurso similar devidamente assinado, o paciente pode solicitar e obter cópia de seu prontuário e fazer dela o uso que julgar conveniente. Diante de qualquer recusa ou impossibilidade, cabe ao seu representante legal fazer os procedimentos conformes à lei e adquirir o que seja de direito do paciente. Por esse motivo, para evitar s versões indébitas, é necessário que as anotações de prontuários sejam feitas de maneira cautelosa.

É usual o paciente trazer ao arquivo requisição médica de outra instituição ou por seu representante legal e, alguns dias depois ou até no mesmo dia, obter fotocópias do prontuário ou de parte dele. Mas seria conveniente que, mediante um protocolo, o médico assistente fosse consultado para sua certificação de que o acesso ao prontuário não trará danos ao doente. Em casos de dúvidas, o Conselho Regional de Medicina deverá ser consultado. Em casos especiais, é de bom senso que o médico deixe no prontuário um aviso de ser inconveniente a cessão do prontuário ao respectivo doente tendo em vista os óbices retro-descritos.

Nos casos em que a instituição não disponha de meios para produzir cópias, um funcionário desta poderá ser incumbido de obtê-las fora do estabelecimento. Não se afigura procedimento seguro essa tarefa ser feita pelo próprio paciente.

Paciente falecido. Com o óbito do paciente, o conteúdo do prontuário ou de parte dele só será revelado se:

(1) houver uma das duas ocorrências previstas no Código de Ética Médica, artigo 102, quais sejam:

a) justa causa, determinada pela lei e não pela autoridade e b) dever legal, como ocorrência de fatos cuja notificação à autoridade sanitária é compulsória;

(2) sendo incapaz o paciente, a requisição for feita por representante legal ou;

(3) o paciente ter deixado expressa sua vontade (Homero Costa e advogados. Parecer Jurídico ao CRM-DF em 10 de maio de 2002).

Conselhos de medicina. A cópia do prontuário pode ser concedida aos conselhos federal ou regionais de medicina mediante requisição (item 17.12 do Regimento e Normas de Fiscalização do CRM-DF, 2001, p. 29; Resolução CFM n.º 1605/2000, artigo 6.º). Em decorrência dessas prerrogativas estatuídas, é possível alegar justa causa para atender à solicitação de informações oriundas de conselhos de medicina. Isso ocorre, por exemplo, em caso de um médico necessitar da revelação do segredo profissional para defender-se de acusações feitas em processo judicial.

Médicos. Em benefício de seu paciente, o médico pode solicitar e obter cópia de seus outros prontuários se existentes em outras instituições. Mas, é vedado ao facultativo este ceder ou facilitar o acesso ao prontuário a pessoas sem compromisso assistencial com o respectivo paciente (Código de Ética Médica, art. 108), exceto se houver consentimento expresso deste

(Parecer do CRM – DF à consulta n.º 0023/00). Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou o prontuário à autoridade competente e solicitar que a matéria seja mantida em segredo de justiça (Resolução CFM n.º 1.605/00).

Pela sua importância, o prontuário deve estar sempre disponível para a equipe assistencial com o propósito de permitir a seqüência do tratamento, mas a cessão de prontuários para estudos e pesquisas a profissionais desvinculados da área médica ou que não pertençam à instituição médica fica desprovida de suporte legal e ético. Como tais estudos podem trazer benefícios à comunidade científica, é necessário que sejam criados dispositivos de apoio.

O médico de seguradora, autorizado pelos beneficiários, tendo acesso ao prontuário, poderá preencher aviso de sinistro e papéis com timbre da firma.

Representante legal. É discutível nomear pais, parentes, cônjuge, como representantes legais do paciente, em referência a responsabilidades e aquisições no âmbito médico-assistencial em relação ao enfermo. No direito brasileiro, a figura de representante legal só existe em referência àqueles civilmente incapazes de exercer por si os atos da vida civil, os quais, segundo o artigo 5.º do Código Civil, são: menores de dezesseis anos; loucos de todo gênero; surdos-mudos que não puderem expressar sua vontade; ausentes declarados como tais por ato do magistrado judicial. Os representantes legais têm livre acesso ao prontuário do paciente. Não há óbice para entrega de cópia do prontuário ao representante legal dos pacientes incapazes ou falecidos (Parecer Jurídico, Homero Costa e Advogados, 10.5.02).

Requisição judicial de informações médicas para elucidação de crime e outras providências . A lei penal só obriga a comunicação, o que não demanda a remessa da ficha ou do prontuário. É ilegal a requisição judicial de documentos médicos, porquanto há outros meios de obter a informação necessária como prova (Conselho Federal de Medicina, 2005, p. 156). Em situações particulares, não obstante o antagonismo entre o interesse social pela preservação do sigilo e o correspondente à repressão do crime, prevalece o primeiro, sob pena de, com sua violação, praticar-se o delito do artigo 154 do Código Penal (Otávio Augusto, DJU, de 14/5/1997 , p. 9.378). Se o paciente estiver envolvido em ato criminoso, o segredo médico não deverá ser revelado à autoridade judiciária ou policial. Tal não será obstáculo à Justiça, visto que a autoridade recorrerá ao perito médico que examinará o registro clínico do paciente, sem que dele extraia cópias (resolução do CFM n.º 1.614/2001). Também, a Resolução CFM 1.605 estabelece:
"Art. 4.º: Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judicial competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento".

A cessão do prontuário original à autoridade judicial pode ter justificativas específicas, como em casos de estudos grafotécnicos, que poderão ser prejudicados se feitos em fotocópias do prontuário. Se houver autorização expressa diretamente do paciente, o médico poderá encaminhar o prontuário a autoridade requisitante (Resolução CFM n.º 1.605/00). Nesses casos, a cópia ficará na instituição assistencial. É preciso considerar que as fotocópias não reproduzem perfeitamente o material original e podem ocasionar mais dificuldades de leitura em algumas partes, especialmente a apreciação de imagens (ecografias, cintilografias), assinaturas e carimbos já originalmente quase apagados.

Estão entre os deveres legais a comunicação compulsória de doença (Lei n.º 643 de 20/8/77, art. 10, inciso vi, publicada em Diário Oficial; Código Penal, artigo 269), de morte materna sofrida durante a gestação ou até 42 dias após o término desta (Portaria n.º 653, do Ministério da Saúde). Na notificação compulsória de doenças, é proibida a remessa do prontuário para a autoridade sanitária (item 17.9 do Regimento e Normas de Fiscalização do CRM – DF, 2001, p. 29).

Delega do. Não é permitido fornecer-lhe cópia do prontuário ou de parte dele, porque é impossível avaliar se haverá ou não qualquer prejuízo ao doente, a menos que este autorize, por escrito, a cessão de cópias.

Agente de inspeção do trabalho. Mesmo que seja médico, é vedado conhecer os comemorativos sobre a enfermidade do doente sem a concordância deste, exceto nos casos de acidente de trabalho, quando o agente será obrigado a respeitar o princípio do sigilo profissional (Parecer do CFM n.º 071/94). Não obstante, infringe o artigo 66 da Lei de Contravenções Penais deixarem de comunicar às autoridades competentes crimes de ação pública, conhecidos no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a processo criminal.

Auditor. A auditoria promove segurança para o paciente, é fonte de controle administrativo, instrumento de avaliação da qualidade dos profissionais, fator de estímulo para o corpo clínico, fonte segura de pesquisas para a ciência. É dever da instituição cooperar com seus legítimos propósitos. Para auditorias, o acesso ao prontuário será feito dentro das dependências da instituição responsável pela sua posse e guarda (Resolução do CFM n.º 1.466/96; Parecer CFM n.º 02/94). Os prontuários ou cópias deste não podem, portanto, ser retirados do estabelecimento de assistência médica pelo auditor. Também este não poderá fazer anotações em suas páginas, mesmo que seja médico, como exarado no item 17.10 do Regimento de Normas de Fiscalização do CRM – DF, 2001, p. 29 e na Resolução do CFM n.º 1.614/01, art. 7. O perito tem o direito de examinar o paciente para confrontar seu estado com o que se descreve no prontuário, conforme Parecer do CFM n.º 021/94.

Perícia por meio de prontuários. O médico perito judicial não está preso ao segredo profissional para com a autoridade competente, ficando, entretanto, obrigado a guardar sigilo pericial, como consta do artigo 44 do Código de Ética Médica. Além disso, o artigo 342 do Código Penal estabelece que "cometerá crime de falsa perícia o médico que, nessa função, fizer afirmativa falsa, negar, ou calar a verdade". A Resolução CFM n.º 1.605 estabelece no art. 4 que "se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judicial competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo Juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento". O médico perito judicial deverá exercer seu mister com absoluta isenção, limitando-se à exposição do que tiver conhecido por meio de exames e observações. Nos seus pareceres, não ultrapassará a esfera de suas atribuições, como estatui o artigo 85 do Código de Ética Médica. O perito médico realizará perícia restrita aos fatos em questionamento.

Perícia por médico-legista. O prontuário está disponível à perícia do médico-legista sob sigilo pericial apenas dentro dos limites do objeto da investigação e mantém-se a proibição da retirada do prontuário do estabelecimento assistencial. Na investigação de fatos que originem denúncias, bem como nas ações propostas contra médicos ou hospitais, o prontuário servirá às partes como meio de prova.

Cobrança de convênios e de seguradoras. Não há dispositivos legais que obriguem o dirigente de instituições médicas declarar, nas guias de atendimento ao paciente, informações constantes do prontuário para ressarcimentos financeiros (Consulta CRM-DF n.º 23/2000).

O médico poderá preencher o formulário para concessão dos benefícios do seguro desde que tal lhe seja solicitado diretamente pelo doente ou por seus responsáveis ou, ainda, pela pessoa beneficiária do seguro de vida ou acidentes pessoais em caso de falecimento do assistido (Resolução CFM n.º 1.076/81).

Contudo, por constituir sigilo profissional, o conteúdo dos registro clínicos não pode ser usado, sem consentimento do paciente, como instrumento de cobranças de convênios (parecer do CFM n.º 26/199 6). Também viola a ética médica a entrega de prontuário de paciente internado à companhia seguradora responsável pelo reembolso de despesas (Ruy Rosado de Aguiar, DJ, 29/6/1998, p. 00206; RSTJ, vol. 00112, p.224). Entretanto, a cessão de cópias das folhas de prescrição, que não possibilitem a revelação do diagnóstico e de outros dados sujeitos ao sigilo profissional é admissível. É oportuno lembrar que cada prestadora de serviços médicos deve ter um responsável técnico reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina a responder por documentos recebidos em razão de convênios e sujeitos ao sigilo profissional (artigo 108 do Código de Ética Médica).

Requerimento por procuração. Para fornecimento de cópia do prontuário ao representante do paciente (representação voluntária, de acordo com o art. 5.º, inciso XXIV, alínea b, da Constituição Federal ou Código Civil, art. 1.288) por meio de ofício civil (procuração), é necessário que esse documento contenha, em cláusula expressa, a concessão de poderes e responsabilidade do paciente para seu representante requerer e receber cópia de seus documentos médicos, e que mencione textualmente "outorgo poder para representar-me, requerer e receber cópia de meus documentos médicos, mantidos sob posse e guarda por esta instituição de assistência médica" (é necessário citar o nome da instituição).

Ensino e pesquisa. Visando a garantir os benefícios que o prontuário pode oferecer à sociedade, o Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM n.º 1.639/2002, artigo 4.º) estabelece a exigência de sua preservação pelos estabelecimentos de assistência médica. Para o ensino e a pesquisa, o prontuário, como documento autêntico, é fonte de consulta para investigações epidemiológicas de interesse científico. Obedecidas as normas éticas vigentes, considera-se que o prontuário pode ser liberado para consultas solicitadas por autoridades sanitárias nas dependências do serviço de arquivo.

Paciente impossibilitado. Em circunstâncias nas quais o paciente, internado ou não, esteja impossibilitado de autorizar a prestação de informações sobre seu estado mórbido, passado ou presente (estado de coma, distúrbios mentais, morte), se estas forem solicitadas por parentes ou representante legal, a juízo médico, poderão ser prestadas sob forma de relatório, elaborado pelo médico assistente. Nesses casos de enfermo impossibilitado de emitir consentimento próprio, quanto maior o número de parentes consentirem, por escrito, no interesse de revelar o sigilo profissional, menor é a possibilidade de o médico sofrer representações desfavoráveis.

Paciente em acidente de trânsito. Nesses casos, para cessão de cópia da ficha de atendimento ou prontuário, é necessária a autorização do paciente. "Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão deva guardar segredo" (Código Civil, art. 144).

Paciente com transtorno mental. Cabe ao médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com transtorno mental sob sua responsabilidade profissional. As pessoas com transtorno mental têm direito de acesso às informações concernentes a ela, à sua doença e aos registros pessoais mantidos pelo estabelecimento assistencial. Esse direito poderá estar sujeito a restrições, para evitar danos sérios à saúde do paciente ou risco à segurança de outros (Resolução CFM 1.408/94).

Paciente menor. Diante da possibilidade de que a não-revelação de informações sobre a morbidade do menor possa acarretar danos a este, elas poderão ser prestadas, a juízo médico, sob a forma de parecer, elaborado pelo médico assistente.

Conselho Estadual e Municipal de Saúde. É vedado ao diretor clínico da instituição assistencial liberar cópia do prontuário ou de parte dele nesse caso (Parecer CFM n.º 05/1996).



11. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

A existência de ***comissão de prontuário*** ativo na instituição é fator de alta relevância por propiciar-lhe sistema de fiscalização, orientação e suscitar às equipes assistenciais ***consciência*** de haver um corpo especializado participativo, o que pode estimular o uso adequado do prontuário e de seu serviço.

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica da Instituição. Em aspecto geral, além de um coordenador médico, é aconselhável, sobretudo, compor a ***comissão***, o chefe do ***serviço de prontuário***, o chefe do ***serviço médico***, um clínico geral, um cirurgião geral, uma enfermeira. Não convém ao diretor técnico da Instituição fazer parte da comissão. A ele compete receber dados e promover mudanças necessárias. A dedicação exclusiva de um ou mais médicos da comissão confere mais celeridade às ações e mais profundidade aos estudos. É conveniente que periodicamente haja rodízio dos integrantes da comissão no mínimo de um terço. A comissão disporá de regimento interno e registros de reuniões periódicas em ata.

A elaboração detalhada das normas será determinada a depender da particularidade da instituição, tendo em vista a Resolução CFM n.º 1.638/02 e as diversas necessidades técnicas e funcionais peculiares a cada uma.

12. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

São competências da Comissão de Revisão de Prontuários:

- Realizar treinamento para utilização do prontuário;
- Realizar auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros;
- Analisar e consolidar os resultados da revisão;
- Emissão de relatórios periódicos;
- Verificar identificação do paciente, se há seu endereço e nome completo,
- data do nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, município e Estado de nascimento;
- Avaliar anamnese, exame físico, hipóteses de diagnose, resultados de exames complementares, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado, prescrições e sua freqüência, registro diário da evolução clínica, registro de data e hora das anotações, análise da alta ou do óbito,

legibilidade, assinatura, carimbo, número de inscrição no conselho de classe referentes ao profissional assistente;

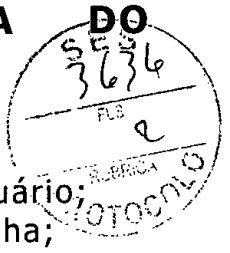
- Conferir anotações diárias sobre a evolução do estado mórbido do paciente, discriminação dos procedimentos realizados, identificação dos profissionais que os realizaram;
- Verificar a legibilidade da letra dos profissionais nas anotações, assim como assinatura e o respectivo número de registro no órgão de classe;
- Conferir periodicamente se os prontuários utilizados nas consultas ambulatoriais foram preenchidos e se o número destes confere com o número de consultas agendadas;
- Conferir se o número de fichas de pronto-socorro registradas conforma-se ao número efetivamente preenchido durante os atendimentos;
- Orientar a ordenação dos formulários, fichas e páginas no prontuário;
- Verificar o padrão de atendimento ao paciente e sugerir medidas para melhorá-lo;
- Apreciar os resultados das condutas terapêuticas;
- Orientar (e não, fiscalizar) a atuação dos profissionais;
- Analisar os impressos e sugerir modificações para atualizá-los, adaptá-los, corrigi-los;
- Selecionar casos para apresentação em reuniões anatomoclínicas e revisão de óbitos;
- Fazer estudos estatísticos (taxa de permanência, taxa de falhas no preenchimento do prontuário) e propor indicadores de resultados;
- Analisar causas de longa permanência nas internações;
- Verificar condições de alta ou circunstâncias do óbito;
- Assegurar a responsabilidade de preenchimento, o que cabe ao médico assistente, guarda, confidencialidade, manutenção e disponibilidade dos prontuários em local de fácil acesso, a cargo da chefia de equipe, da chefia da clínica e da direção técnica;
- Convocar profissionais de assistência ao doente para esclarecimentos sobre seus registros no prontuário. O profissional solicitado comparecerá à consulta não obstante sua importância hierárquica;
- Apresentar ao administrador da instituição relatório periódico (mensal ou no tempo que for necessário) e assessorar a administração em assuntos pertinentes ao prontuário;
- Atuar em acordo comum com a Comissão de Ética Médica;
- Comparar, avaliar e divulgar indicadores de atenção ao paciente; buscar melhorias da atenção conforme os resultados.

Em princípio, a análise dos prontuários será feita por amostragem *(v. modelo para avaliação de prontuário)*, com inclusão dos serviços de urgência, ambulatório e internação. Dados estatísticos sobre pacientes e doenças são instrumentos fundamentais para a comissão *(v. serviço de arquivo)*. Em antecedência ao arquivamento dos documentos médicos, serão efetuadas revisões qualitativas e quantitativas, visando à garantia de transparência e qualidade de todo o atendimento prestado.

A qualitativa contemplará itens obrigatórios quanto ao teor e à sua presença no prontuário. ***A quantitativa*** avaliará o volume de informações, se o diagnóstico está bem fundamentado, se as prescrições e anotações

sobre a evolução do estado clínico do paciente foram feitas diariamente, se há seqüência lógica e contínua dos registros.

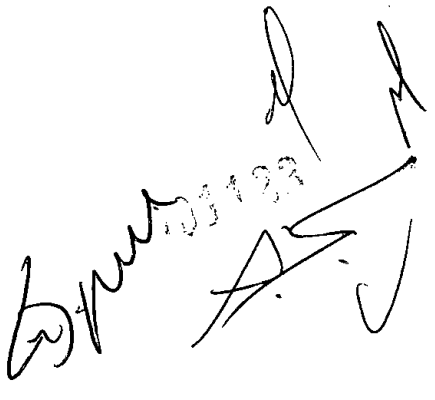
13. ELEMENTOS DE AUDITORIA INTERNA DO PRONTUÁRIO



1. Verificação do correto preenchimento dos elementos do prontuário;
2. Verificação da identificação e preenchimento atualizado da Ficha;
3. Verificação da identificação do paciente: número do prontuário da família, endereço, nome completo, data do nascimento, sexo, nome da mãe, raça, cor, naturalidade, município, Estado de nascimento e número do cartão nacional de saúde (Cartão SUS);
4. Avaliação da anamnese, exame físico, hipóteses de diagnose, resultados de exames complementares, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado, prescrições e sua freqüência, registro da evolução clínica, presença de diagnóstico clínico – CID, conduta clínica, registro de data e hora das anotações, análise da alta ou do óbito;
5. Verificação da legibilidade da letra dos profissionais nas anotações, assim como assinatura e o respectivo número de registro no órgão de classe;
6. Orientação da ordenação dos formulários, fichas e páginas no prontuário;
7. Orientação da atuação dos profissionais quanto aos registros no prontuário;
8. Análise dos impressos e sugerir modificações para atualizá-los, adaptá-los, corrigi-los.

Sugestão de fichas para a revisão dos prontuários, constando de elementos presentes, ausentes, irregulares e não aplicáveis:

PRONTUÁRIO E CAPA					
ITENS	**PRESENTE**	**AUSENTE**	**IRREGULAR**	**NÃO APLICAVEL**	**OBSERVAÇÕES**
Nome do paciente					
Número do registro					
Folhas presas					
Bom estado de conservação					
Folhas ordenadas					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**



FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO					
ITENS	**PRESENTE**	**AUSENTE**	**IRREGULAR**	**NÃO APLICÁVEL**	**OBSERVAÇÕES**
Nome do paciente					
Local do nascimento					
Data de nascimento					
Sexo					
Estado civil					
Número de registro					
Procedência					
Nome dos pais					
Nome do cônjuge					
Profissão					
Pessoa responsável					
Endereço					
Telefones					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO (ADMISSÃO)					
ITENS	**PRESENTE**	**AUSENTE**	**IRREGULAR**	**NÃO APLICÁVEL**	**OBSERVAÇÕES**
Nome da clínica					
Diagnóstico(s) provisório(s)					
CID					
Data da internação					
Assinatura do médico					
Carimbo ou CRM do médico					
Autorização para procedimentos médicos					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

FORMULÁRIO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO					
ITENS	**PRESENTE**	**AUSENTE**	**IRREGULAR**	**NÃO APLICÁVEL**	**OBSERVAÇÕES**
Cabeçalho completo					
Informante					
Grau de informação do informante					
Queixa principal					
História da doença atual					
Interrogatório sobre cabeça					
Interrogatório sistema cardiovascular					
Sistema digestório					
Aparelho geniturinário					
Sistema tegumentar					
Sistema nervoso condições psíquicas					
Sistema músculo-esquelético					
Sistema articular					
Aparelho visual					
Aparelho auditivo					
Tratamentos anteriores					
Antecedentes pessoais					
Antecedentes familiares					
Tabagismo					
Alcoolismo					
Condições sociais de moradia					
EXAME FÍSICO					
Estado geral					
Dados vitais*					

Mucosas*					
Pele*					
Peso do paciente					
Estatura do paciente					
Gânglios					
Cabeça*					
Pescoço*					
Exame pulmonar*					
Asculta cardíaca, icto					
Exame abdominal*					
Exame de mamas					
Toque anoretal e vaginal					
Genitália externa					
Coluna vertebral					
Membros (mãos, pés)					
Articulações					
Sist. Nervoso(consciência, motilidade)					
Sistema nervoso (reflexos)*					
Hipótese de diagnóstico					
Exames complementares					
Pareceres solicitados					
Data de atendimento					
Hora do atendimento					
Conduta					
Assinatura do médico					
Carimbo ou CRM do médico					
Legibilidade					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES: (%)**

FOLHAS DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Cabeçalho					
Freqüência das anotações*					
Data das anotações*					
Anotações de queixas					
Dados vitais					
Exame sumário de sistemas e aparelhos					
Exame relativo à doença principal					
Condutas					
Resumo de alta					
Legibilidade					
Assinatura do médico					
Carimbo ou CRM do médico					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

FOLHAS DE PEDIDO DE PARECER

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Cabeçalho*					
Hora do pedido					
Hora da resposta					
Legibilidade					
Assinatura do médico solicitante*					
Assinatura do médico consultado*					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

LAUDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Correspondente aos solicitados					
Assinatura de médico que fez o exame					
Exames que comprovam o diagnóstico principal					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

RELATÓRIOS DE QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Descrição detalhada do programa					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

FOLHAS DE PRESCRIÇÕES

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Cabeçalho completo					
Diagnósticos ou hipóteses					
Data					
Hora					
Numeração dos itens					
Freqüência 9NO MÍNIMO CADA 24 HORAS)					
Legibilidade					
Coluna de horário de medicação com visto da enfermagem					
Assinatura do médico					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Anotações por período*					
Registro de dados vitais (pulso, freqüência respiratória, pressão sanguínea, temperatura)					
Peso do paciente					
Eliminações (fezes, urina)					
Ocorrências mórbidas					
Procedimentos (curativos, irrigação, troca de coletores)					
Legibilidade					
Assinatura					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

RELATÓRIOS DE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Odontologista, assistente social, nutricionista, pedagogo, psicólogo e fisioterapeuta					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

FORMULÁRIO OU BOLETIM DE ALTA					
ITENS	**PRESENTE**	**AUSENTE**	**IRREGULAR**	**NÃO APLICÁVEL**	**OBSERVAÇÕES**
Diagnóstico principal					
Código da CID					
Diagnóstico(s) secundário(s)					
Código da CID					
Procedimentos médicos realizados					
Condições do paciente*					
Sumário da história da doença					
Relação de exames realizados					
Medicamentos principais					
Procedimentos especiais (nutrição parenteral, diálises, quimioterapia, etc.)					
Programação de seguimento médico					
Data da alta					
Assinatura do médico					
Carimbo ou CRM do médico					
AVALIAÇÕES					**IRREGULARIDADES (%)**

TOTAL DE ITENS AVERIGUADOS	ITENS REGULARES	ITENS IRREGULARES	TAXA GLOBAL DE IRREGULARIDADES%

14. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (CRPM)

SES 3691

II. FINALIDADE:

Atender a resolução CREMESP No. 70/1995 e a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre 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. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

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

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

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

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

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

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

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

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) 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 de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

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

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

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

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

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

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

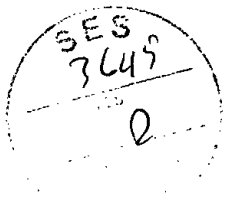
a) Organizar a ordem do dia.
b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
e) Organizar e manter o arquivo da comissão.
f) Preparar a correspondência.
g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇOES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.



15. ANEXOS

SES 3644

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.605/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;
CONSIDERANDO a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;
CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5.º, inciso X, da Constituição Federal;
CONSIDERANDO que o "dever legal" se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;
CONSIDERANDO que a lei penal só obriga a "comunicação", o que não implica a remessa da ficha ou prontuário médico;
CONSIDERANDO que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;
CONSIDERANDO a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;
CONSIDERANDO que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;
CONSIDERANDO o parecer CFM n.º 22/2000;
CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00,
RESOLVE:
Art. 1.º. – O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.
Art. 2.º. – Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.
Art. 3.º. – Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.
Art. 4.º. – Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5.º. – Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.
Art. 6.º. – O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos conselhos Federal ou Regional de Medicina.
Art. 7.º. – Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.
Art. 8.º. – Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.
Art. 9.º. – Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2.000

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

SES
3648

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.638/2002

"Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde".

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM n.º 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002,

RESOLVE:

Art. 1.º. – Definir 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.

Art. 2.º. – Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe: Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3.º. – Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4.º. – A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5.º. – Compete à Comissão de Revisão de Prontuários: Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP). Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento.

São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM.

Nos casos de urgência, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6.º. – A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7.º. – Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
365
2

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA

ITEM QUALIDADE – QUALIDADE SUBJETIVA

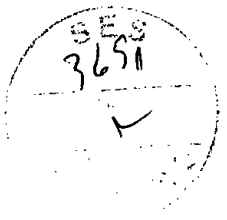
PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE BIOÉTICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Membros:



- Médico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Resprs. SCIH
- Respr. diretoria

Finalidade:

- Discussão dos valores referentes a vida e saúde dos seres humanos

PROPOSTA DE REGIMENTO

CAPÍTULO I
CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º -A **COMISSÃO DE BIOÉTICA** - de natureza técnico-científica permanente, tem por finalidade assessorar o Diretor Clínico em questões de natureza bioética, com ênfase nas ações educativas e de divulgação, promovendo a integração entre os profissionais da saúde e a comunidade.

Parágrafo único – Bioética é a área de conhecimento voltada para a reflexão e discussão dos valores inerentes à vida, a saúde humana e suas relações.

CAPÍTULO II
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º - A estrutura compreende:
Membros do Corpo profissional do Hospital

Artigo 3º - A Comissão, para a execução de suas atividades, poderá instituir Grupos de Trabalho.

CAPÍTULO III
ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO
SEÇÃO I
COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A Comissão terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

Artigo 6º - As indicações para integrar a Comissão serão apresentadas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

a) (três) nomes de médicos;
b) (três) nomes de outros profissionais da saúde de diferentes categorias funcionais.

Artigo 7º - O Diretor Clínico poderá, a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da Comissão.

Artigo 8º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 10 - As funções dos membros da Comissão não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o

3653

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I

COMPETÊNCIA DA COMISSÃO

Artigo 17 - Compete à Comissão:

I. a análise, emissão de pareceres, promoção de ações educativas e de divulgação sobre problemas bioéticos,destacando-se os referentes à:

a. início e fim da vida humana;
b. procedimentos relativos às ações e serviços de saúde;
c. direitos e deveres do paciente;
d. direitos e deveres do profissional de saúde;
e. pacientes terminais e eutanásia;
f. transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano;
g. recursos profiláticos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação;
h. reprodução assistida;
i. prontuário do paciente;
j. Sistema Único de Saúde;
k. clonagem

II. zelar pelo cumprimento das normas nacionais e internacionais sobre bioética;

III. a expedição de normas técnicas e de instruções para disciplinar as relações entre os profissionais de saúde e pacientes;

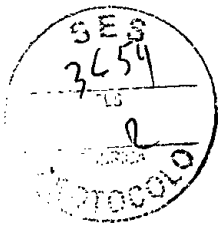
IV. proposição de encaminhamento de questões disciplinares resultantes de relações conflitantes envolvendo médicos, à Comissão de Ética Médica;

V. opinar em procedimentos disciplinares que envolvam profissionais de saúde não-médicos, pela prática de infrações de natureza ética.

SEÇÃO II

ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES DA COMISSÃO

Artigo 18 - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:



I. representar a Comissão em suas relações internas e externas;

II. Presidir suas reuniões:

III. suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões bioéticas;

IV. promover a convocação das reuniões;

V. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso,exercer direito do voto de desempate;

VI. indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;

VII. indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII. elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

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

I. estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II. comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. requerer votação da matéria em regime de urgência;

IV. desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

ATRIBUIÇÕES DA INFRA-ESTRUTURA DA COMISSÃO

Artigo 20 - À Secretária da Comissão incumbe:

I. assistir às reuniões;

II. encaminhar o expediente;

III. preparar o expediente da;

IV. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões;

V. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

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. elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII. lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX. providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X. distribuir aos Membros pauta das reuniões.

SES
3655
FLS.
8
RUBRICA
PROTOCOLO

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3656
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta Para Implantação da Comissão Revisão de Óbitos

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO



01. INTRODUÇÃO	04
02. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS	04
03. OBJETIVOS	05
3.1 GERAL	05
3.2 ESPECÍFICOS	06
04. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO	06
05. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO	07
06. SUGESTÃO DE REGIMENTO INTERNO PARA A COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (C.R.O)	09
07. ANEXOS	14

1. INTRODUÇÃO

SES 3658 PROTOCOLO

Este documento norteia o processo para implantação da Comissão de Revisão do Óbito no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG visando atender a resolução do CREMEPE N.º 02/2005, onde se evidencia que a revisão de óbitos é um instrumento precioso de avaliação de qualidade de atendimento ao paciente, demonstrando suas falhas e apontando as soluções prioritárias.

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O cumprimento da resolução do CREMEPE N.º 02/2005 , que prevê a avaliação de todos os óbitos hospitalares, objetiva também manter o foco na qualidade do prontuário médico, na avaliação e condução clínica do caso, na detecção de eventos adversos e na caracterização da conclusão sobre a inevitabilidade do óbito.

Outras estratégias de análise, como a avaliação do índice de acertos diagnósticos, são também importantes porque ensejam discussões multidisciplinares, revisões de literatura e, conseqüentemente, atualização das equipes médicas.

A investigação de óbitos é, portanto, ferramenta indispensável na formação dos profissionais mais jovens e em educação continuada.

Fica evidente a necessidade de serem homogeneizados os conceitos para diminuir a grande variabilidade em relação ao julgamento da adequação dos dados registrados e, também, quanto à conclusão, e as fontes de informação utilizadas para a obtenção de dados de diagnóstico (às vezes uma referência em fase tardia da evolução do paciente).

As análises da Comissão de Revisão de Óbitos permitirá uma avaliação mais apurada da competência técnica do profissional da saúde quanto aspectos interpessoais e humanísticos da relação paciente-profissional: quais procedimentos diagnósticos, terapêuticos, de reabilitação são oferecidos e como resultado, adotar medidas mais seguras para o bem estar do paciente: prolongamento da vida, controle da doença, cura, reabilitação e satisfação do consumidor quanto ao serviço de saúde.

"Na prática, a base de conhecimento tanto para a eficácia quanto para efetividade em muitos serviços de saúde é fraca; nossa compreensão das

ligações entre processos e resultados da assistência e da importância relativa da ciência e arte do cuidado é incompleta". (Lohr et al, 1988)

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, etc...

Travassos afirma: "Apesar do crescente uso de medidas de resultado na avaliação da qualidade da assistência médica, essa abordagem ainda apresenta limitações metodológicas importantes". (Travassos et al, 1999).

Essa autora enfatiza, analisando estudos baseados em dados secundários obtidos através dos grandes sistemas de informação em saúde, que diferenças nas taxas de mortalidade podem ser atribuídas a diferenças de gravidade das populações atendidas, a variações na eficácia das tecnologias médicas empregadas, a adequação do processo de cuidado ao paciente e a erros aleatórios e que o problema metodológico central para explicar as variações observadas é identificar a importância relativa de cada um dos fatores envolvidos.

Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho. A tentativa de definir um modelo para essa atividade, que é obrigatória, foi o primeiro desafio enfrentado. Saber se esse modelo poderia ser usado para a avaliação da qualidade da assistência e como fonte de informação para ações de melhoria foi o que se tentou no desenvolvimento dessa atividade.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar uma Comissão multiprofissional composta por profissionais de nível superior que atuem no HGG, para avaliar a qualidade da assistência prestada no HGG, a partir da análise dos prontuários de óbitos hospitalares, a ocorrência de eventos que indiquem necessidade de revisão do processo assistencial e o funcionamento da própria C.R.O/HGG

Essa comissão deverá ter um regimento próprio que defina o número de componentes, funções específicas, periodicidade de reuniões, forma de nomeação. As reuniões desta devem ser registradas em ata.

3.2 ESPECÍFICOS

- Sensibilizar os profissionais sobre o tema;
- Identificar os profissionais com interesse no tema;
- Instituir oficialmente a Comissão de Revisão de Óbitos;
- Conscientizar o corpo diretivo e as equipes de saúde sobre o perfil de mortalidade do HGG;
- Melhorar a quantidade e a qualidade da informação disponível sobre o perfil de mortalidade do HGG;
- Recomendar ações no que se refere à legislação, organização de serviços, formação de RH para diminuir os índices de mortalidade do HGG;
- Avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade e mortalidade do HGG.
- Realização de auditoria interna do uso e qualidade dos registros do prontuário clínico voltada para a análise dos óbitos.
- Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída;
- A ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação;
- o percentual de óbitos não evitáveis;
- Definir com base na metodologia a ser utilizada pela C.R.O./HGG, se os seus achados são úteis para a detecção de áreas ou processos que possam ser objeto de ações de melhoria;
- Avaliar, através do teste de contingência, se é possível estabelecer relação causal entre a conclusão do óbito e as variáveis selecionadas.

4. COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO

O HGG deve eleger através do seu corpo diretivo os membros da comissão de análise de óbitos (3 médicos e um enfermeiro) e que deve ser presidida pelo diretor técnico.

Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme a existência/perfil do hospital:

1. Anestesiologista
2. Unidade de Terapia Intensiva
3. Patologia
4. Pronto-socorro / Pronto-Atendimento
5. Serviço de Clínica Médica / Pediatria
6. Serviço de Cirurgia
7. Especialidade definida a critério da Diretoria
8. Serviço de Enfermagem

SES
9461

Está comissão se dedica, no primeiro momento, ao estudo dos óbitos ocorridos no período, ou seja, a mortalidade intra-hospitalar (quem morreu, idade, sexo, diagnósticos, *causa mortis*).

A dedicação exclusiva de um ou mais médicos da comissão confere mais celeridade às ações e mais profundidade aos estudos. É conveniente que periodicamente haja rodízio dos integrantes da comissão no mínimo de um terço. A comissão disporá de regimento interno e registros de reuniões periódicas em ata.

A elaboração detalhada das normas será determinada a depender da particularidade da instituição, tendo em vista a Resolução CEMEPE N.º 02/2005 e as diversas necessidades técnicas e funcionais peculiares a cada uma.

5. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

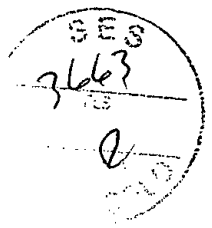
A implantação da comissão de revisão de óbitos contempla o compromisso com a avaliação da compatibilidade entra as causas do óbito e as relacionadas na Declaração, além de verificar os dados de identificação constantes no Prontuário, sendo da sua competência:

- Investigação dos óbitos, visando analisar sua natureza, circunstâncias da sua ocorrência, causas específicas, grupo populacional acometido e evitabilidade;
- Informação e Educação Continuada;
- Definição de Medidas Preventivas;
- Mobilização da Comunidade Hospitalar;
- Elaboração de relatórios técnicos para a Diretoria Médica;
- Participação em eventos científicos;
- Estabelecer os critérios de classificação dos óbitos. Como exemplo, algumas das classificações que podem ser adotadas: óbito esperado, óbito inesperado, óbito de mulheres em idade fértil e outros;
- Definir quais as categorias serão objeto de análise da Comissão;
- Analisar os óbitos escolhidos, verificando os possíveis fatores presentes seja no processo de assistência, na estrutura física, na atenção dada ao paciente, seja em características próprias da doença ou do paciente que possam ter contribuído para sua evolução ao óbito;

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

SES 3662

6. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO PARA COMISSÃO DE ÓBITO –C.R.O



I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

II. FINALIDADE:

Atender a resolução do CREMEPE N.º 02/2005.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil do hospital:

1. Anestesiologista
2. Unidade de Terapia Intensiva
3. Patologia
4. Pronto-socorro / Pronto-Atendimento
5. Serviço de Clínica Médica / Pediatria
6. Serviço de Cirurgia
7. Especialidade definida a critério da Diretoria
8. Serviço de Enfermagem

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro

poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

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

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu Funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

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

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

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
i) Zelar pelo sigilo ético das informações;
j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
m) Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

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

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

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

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;
b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
f) Preparar a correspondência;
g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

7. ANEXOS

SES 3668

RESOLUÇÃO N° 02/2005

Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todos os estabelecimentos hospitalares, adequando-se as já existentes às normas desta Resolução.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO, na vigência do artigo da Constituição Brasileira - A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO -, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que o avanço técnico-científico com a ampliação e complexidade dos serviços de saúde exigem reavaliação constante do trabalho médico;

CONSIDERANDO que a revisão de óbitos é um instrumento precioso de avaliação de qualidade de atendimento ao paciente, demonstrando suas falhas e apontando as soluções prioritárias;

CONSIDERANDO que o exercício ético-profissional da Medicina exige o conhecimento das causas da morte;

RESOLVE:

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todos os estabelecimentos hospitalares, adequando-se as já existentes às normas desta Resolução.

Art. 2º A Comissão de que trata o artigo anterior será eleita pelo corpo clínico, promovida pela Direção Técnica da Unidade, ou, designada por esta se houver neste período dois processos eleitorais sem candidatos.

§. I - O número de membros da Comissão de Revisão de Óbitos não poderá ser inferior a três, todos médicos;
§. II – A critério da Comissão, poderão ser convidados outros profissionais de saúde a participar de reuniões específicas ou rotineiras;
§. III - A periodicidade das reuniões ordinárias deverá ser mensal.

Art. 3º A não existência na Instituição de Serviço de Anatomia Patológica não exclui o trabalho da Comissão de Revisão de Óbito.

SES 3669

Art. 4º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necrópsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

Art. 5º A participação de pelo menos dois membros da Comissão de Óbito não poderá ser concomitante nas Comissão de Ética, Revisão de Prontuário e Controle de Infecção Hospitalar, nas unidades de saúde com até 20 médicos.

Art. 6º A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios ao Diretor Clínico e ao Diretor Técnico.

Art. 7º A Diretoria Técnica dos hospitais tem o prazo de 90 (noventa) dias a partir da publicação desta Resolução, para criar a Comissão de Revisão de Óbitos, devendo comunicar sua composição imediatamente à Seção de Pessoa Jurídica e Fiscalização do CREMEPE, bem como quando das alterações de sua composição.

Art. 8º À Diretoria Técnica cabe, ainda, promover a disponibilização de horários no regime de trabalho dos médicos integrantes da Comissão de Revisão de Óbito, compatibilizando as obrigações para com a Comissão e suas outras atribuições junto à instituição.

Art. 9º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura, revogadas as disposições em contrário.

Recife, 19 de setembro de 2005.

Ricardo Albuquerque Paiva
Presidente

Antônio Jordão de Oliveira Neto
1º Secretário

FICHA DE REVISÃO DE ÓBITO

Município _____ Data ___/___/___ Nº da DO _____

Nome _____ Nome da mãe _____

Data do óbito ___/___/___ Data de nascimento ___/___/___ Idade ____ Sexo [M] [F]

Local de ocorrência do óbito
- [ ] Est. de Saúde
- [ ] Domicílio
- [ ] Via Publica
- [ ] Outros / Ignorado

Óbito materno
a morte ocorreu durante
- [ ] gravidez
- [ ] parto
- [ ] aborto
- [ ] puerpério

Óbito por causa externa (especificar a causa)
- [ ] Acidente _____
- [ ] Suicídio _____
- [ ] Homicídio _____
- [ ] Outros _____

Fonte da Informação
- [ ] Boletim de ocorrência
- [ ] Est. de Saúde
- [ ] Familiares
- [ ] Outras

Óbito fetal ou infantil peso ao nascer _____ gramas

A) Investigação no Estabelecimento de Saude

Nome do Est. de Saude _____ Nº do Prontuário _____

Data da internação ___/___/___

Data da alta ___/___/___

Estado do paciente na hospitalização
- [ ] Consciente
- [ ] Inconsciente
- [ ] Agonizante
- [ ] Sem vida

Motivo da alta
- [ ] Cura
- [ ] Óbito
- [ ] Evasão
- [ ] Saída por solicitação da família

Procedência do paciente	próprio *município*	outro *município*
domicílio		
transferido de outro Est. de Saúde		
enc. de outro Est. de Saúde		
enc. da Unidade Básica de Saúde		
enc. de ser. de saúde ambulatorial		

Hipótese diagnóstica na internação _____

Causa do óbito registrada no prontuário _____

Principais exames e procedimentos realizados _____

B) Investigação na Unidade Básica de Saúde do Programa Saúde da Familia

Nome da Unidade Básica _____ Nº do Prontuário _____

Data de inclusão no PSF ___/___/___ Data de exclusão do PSF ___/___/___

Nº de consultas na UBS durante

Patologia crônica que exigia atendimento contínuo _____ **o ultimo ano** _____

O paciente recebia atendimento médico domiciliar? ____ Por quê? _____

C) Investigação Domiciliar

O paciente fazia tratamento de saude? ____ Para qual agravo de saúde? _____

O paciente fazia uso de medicamentos? ____ Quais? _____

Antecedentes e fatores de risco

- [ ] Hipertensão arterial
- [ ] Diabetes
- [ ] Neoplasia
- [ ] Cardiopatia
- [ ] Tuberculose
- [ ] Aids
- [ ] Tabagismo
- [ ] Alcoolismo
- [ ] Baixo peso ao nascer

Durante o ultimo ano, o paciente foi hospitalizado _____ vezes por

- [ ] Insuficiência cardíaca
- [ ] Cardiopatia
- [ ] Infarto agudo do miocárdio
- [ ] Acidente vascular cerebral
- [ ] Neoplasia
- [ ] Diabetes

- [ ] Infecção respiratória aguda
- [ ] Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- [ ] Asma brônquica
- [ ] Pneumonia
- [ ] Tuberculose
- [ ] Infecções intestinais ou diarréias

especificar outro motivo _____

Descrição referida pelos familiares dos sinais e sintomas que o paciente apresentou durante a doença que o levou ao óbito

_____

_____

_____

Resultado dos exames, radiografias e ultrassonografias realizados pelo paciente e que se encontram em poder dos familiares

_____

_____

D) Investigação em outros locais

CARTÓRIO O óbito foi registrado sem a DO? ____ Por que? _____

IML Laudo da necropsia _____

SVO Laudo da necropsia _____

FUNASA ***Cadastrado no SIASI*** _____

Conclusão da investigação

Causas do óbito _____

SES
347

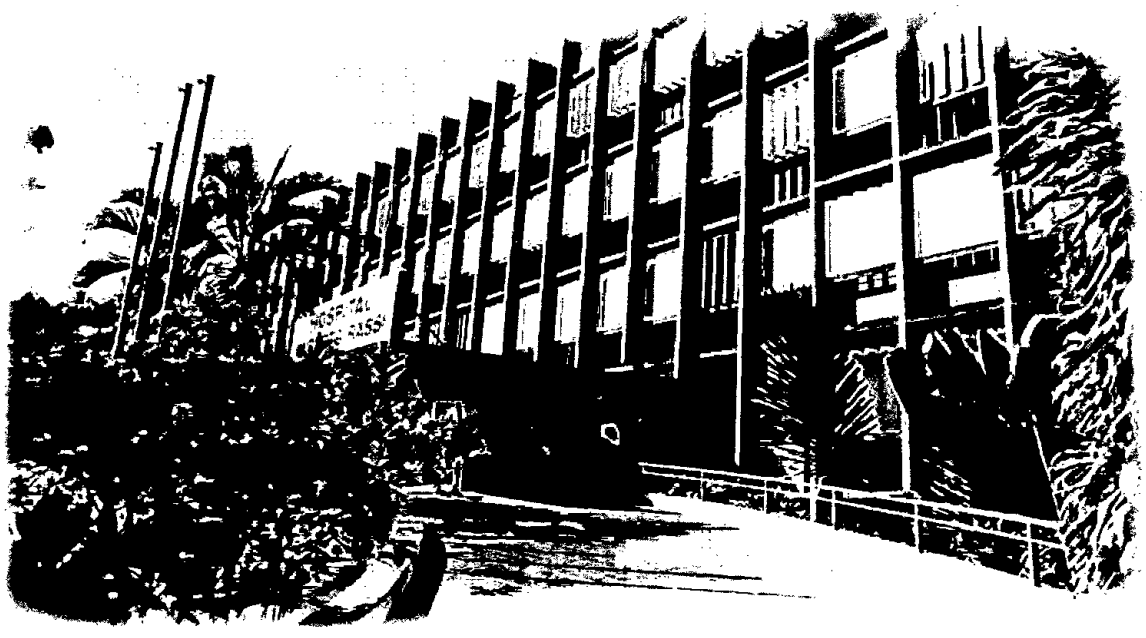
Responsável pela investigação _____

Coordenador da Vigilância Epidemiológica _____

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3674

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**

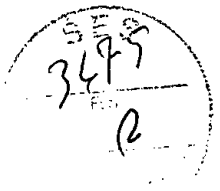


PROPOSTA TÉCNICA
ITEM QUALIDADE – QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE USO E REUSO DE MATERIAL DE USO ÚNICO

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO



Membros:

- Médico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Resprs. SCIH
- Respr. diretoria

Finalidade:

- Analisar (considerando a Leg. específica) as possibilidades de reprocessamento de materiais de uso único e definir regras internas

Reprocessamento

SES 3676

É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção, esterilização;

Para o reprocessamento de materiais 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 dereprocessamentos;

SES 3677

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;
- O processo de limpeza e esterilização subseqüente 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;

SES
3678

Lista de Produtos Médicos de Uso Único: *(Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).*

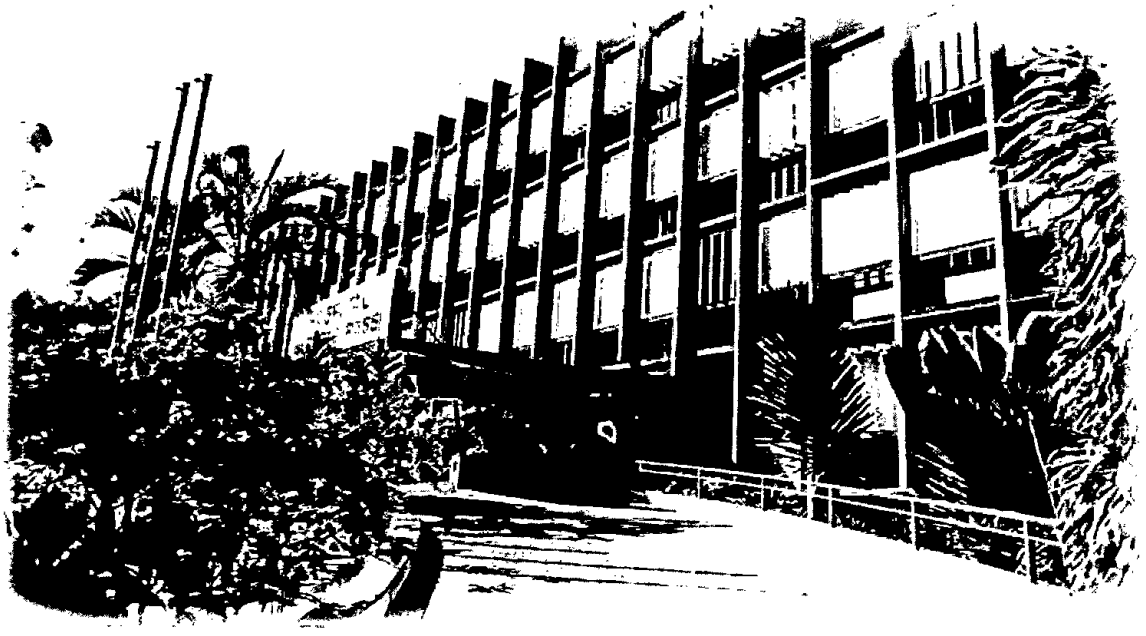
1. Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
2. Aventais descartáveis;
3. Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
4. Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade);
5. Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
6. Bolsas de sangue;
7. Bomba centrífuga de sangue;
8. Bomba de infusão implantável;
9. Campos cirúrgicos descartáveis;
10. Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
11. Cateter de Balão Intra-aórtico;
12. Cateter epidural;
13. Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
14. Cateter para oxigênio;
15. Cateter para medida de débito por termodiluição;
16. Cateter duplo J, para ureter;
17. Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
18. Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
19. Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
20. Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
21. Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
22. Compressas cirúrgicas descartáveis;
23. Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
24. Dique de borracha para uso odontológico;
25. Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
26. Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
27. Drenos em geral;
28. Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
29. Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
30. Esponjas Oftalmológicas;
31. Expansores de pele com válvula;
32. Extensões para eletrodos implantáveis;

33. Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
34 Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
35. Filtros de linha para sangue arterial;
36. Filtros para cardioplegia;
37. Filtros endovasculares;
38. Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
39. Geradores de pulso implantáveis;
40. Hemoconcentradores;
41. Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
42. Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
43. Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
44. Lancetas de hemoglicoteste;
45. Lentes de contato descartáveis;
46. Luvas cirúrgicas;
47. Luvas de procedimento;
48. Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
49. Oxigenador de bolhas;
50. Oxigenador de membrana;
51. Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
52. Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, digestiva, neurológica, odontológica,oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular.
53. Punch cardíaco plástico;
54. Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiotomia;
55. Sensor débito cardíaco;
56. Sensores de Pressão Intra-Craniana;
57. Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico.8
58 Sondas de aspiração;
59. Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo fouché;
60 Sondas retais;
61 Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
62. Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
63. Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
64.Cúpula isoladas para transdutores de pressão sangüínea;
65.Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
66.Tubo de coleta de sangue;

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3681
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**

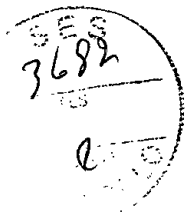


PROPOSTA TÉCNICA
ITEM QUALIDADE – QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO



Membros:

- Médico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Resprs. SCIH
- Respr. diretoria

Finalidade:

- Promover aos pacientes e profissionais, o uso e manipulação segura do sangue e seus derivados

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

SES
3683
Fls.
8

CAPÍTULO I
CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional é de natureza técnico científica permanente.

Artigo 2° - A Comissão tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no Hospital, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II
ORGANIZAÇÃO
SEÇÃO I COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Artigo 3° - A Comissão terá composição multidisciplinar e multiprofissional, contando com 11 membros. 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.

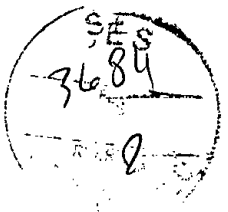
Artigo 4º – As indicações para integrar a Comissão serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

I. 2 (um) representantes da área de Hematologia e Hemoterapia
II. 1 (um) representante da UTI
III. 1 (um) representante da Clínica Médica
IV. 1 (um) representante da Clínica Cirúrgica
V. 1 (um) representante dos Ambulatórios
VI. 1 (um) representante da Divisão de Clínica Anestésica
VII. 1 (um) representante da Imagen
VIII. 1 (um) representante da Comissão de Ética de Enfermagem

Artigo 5º - O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia

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 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

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 não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Hospital

Artigo 11º - A Comissão 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, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infra-estrutura necessária.

SEÇÃO II

FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – A Comissão terá como sede a Diretoria Clínica, onde reunir-seá, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação. O "quorum" mínimo para deliberação será de 6 (seis) membros.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 4º - As deliberações da CACMT serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal.

Artigo 14º – A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Parágrafo Único – A Comissão, para execução de suas atividades poderá instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional .

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise da Comissão serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativos da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da Comissão ou por membro designado.

Artigo 16º - A seqüência das reuniões da Comissão será a seguinte:

I – verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;

II – verificação de presença e existência de "quorum";

III – votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV – leitura e despacho do expediente;

V – ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres ou expedientes;

VI – organização da pauta da próxima reunião;

VII – distribuição de expedientes aos relatores;

VIII – comunicação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a seqüência de alguma matéria.

§ 2º – Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo,que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas aoutras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais,para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos quelhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 17º – A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único – A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 18º – Após a leitura do parecer, o Presidente ou o vice- presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 19º – Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 20º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 21º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE EM MEDICINA TRANSFUSIONAL

SES
2687

Artigo 22º – Compete à Comissão:

I - Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, respeitadas as particularidades de cada Unidade, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO



Membros:

- Médico Nutrólogo
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Enfermeiro
- Membro do SCIH

Finalidade:

- Identificar os problemas inerentes à administração da terapia nutricional em pacientes hospitalizados, evitando a desnutrição hospitalar

Regulamentação da Terapia Nutricional:

·Portaria 272/MS/ANVISA de 08/04/1998 – Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Parenteral;

·RDC nº. 63 de 06/07/2000 – Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral.

Em 2005 foram criadas novas portarias para credenciamento e reembolso dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência em TN junto ao SUS (Portarias 131, 135 e 343 do MS/ANVISA). Para o reembolso é imprescindível o preenchimento pelo médico e pelo nutricionista do formulário Banco de Dados dos Usuários de TN (Anexo 1).

Prescrição da TN:

·Na internação (1º dia):

1)Se TGI funcionante - Nutrição Enteral (NE)

2)Se TGI não funcionante - Nutrição Parenteral (NP)

1) Nutrição Enteral:

No HUSM as dietas são administradas por sistema fechado, em bomba de infusão, de forma contínua (durante 24h). No 1º dia (na internação) prescrever a via de acesso (Ex: Dieta por SNE, SNG, SOE, Gastrostomia ou Jejunostomia) e dieta padrão a 30 ml/h. Nas prescrições subseqüentes o volume e o tipo da dieta serão prescritos pelo nutricionista que acompanha o paciente de 2ª feira a sábado. A prescrição dietética é efetuada pelo nutricionista em formulário padrão encontrada no posto de enfermagem ou na prancheta do paciente.

2) Nutrição Parenteral:

É preparada e liberada pelo Serviço de Farmácia. Para iniciar a NP, o médico responsável deve prescrever no formulário de prescrição médica e também preencher o Impresso específico,

carbonado, legível, sem rasuras e identificado com o nome do paciente, tipo de solução, acesso central ou periférico, volume diário, assinatura e CRM.

Após o 1º dia de NP, basta encaminhar a prescrição médica habitual do paciente incluindo a solução de NP com o volume a ser administrados, lipídios, vitaminas, oligoelementos à Farmácia para dispensação. Caso haja modificação na formulação da NP, enviar nova prescrição (HU 240) para o setor de Nutrição Parenteral (Farmácia).

A solicitação deve ser encaminhada à Farmácia até as 11h, impreterivelmente, para que a solução seja preparada e administrada ao paciente no mesmo dia. Nas sextas-feiras, as soluções são preparadas conforme prescrição deste dia e também para o sábado e domingo. Abaixo segue orientação de prescrição inicial de NP:

Se paciente sem acesso central

Paciente eutrófico e sem catabolismo:

·NP "A" periférica:iniciar com 50ml/h por 12hs e aumentar 10ml/h a cada 8h até atingir o volume de NP desejado (em média 2000ml/d).

·Lipídio a 20%:5ml/Kg/d para correr em 12hs, em veia periférica ou em "Y" com a NP, 3x/semana.

Paciente desnutrido agudo e/ou em catabolismo:

·NP "A" periférica:(idem 2.1.1)

·Lipídio a 20%:5ml/Kg/d no 1º dia; 7,5ml/Kg/d no 2º dia e 10ml/Kg/d do 3º dia em diante, e diariamente, sempre infundindo em 24hs.

Providenciar acesso central logo que possível.

Se paciente com acesso central

SES 3692

Paciente eutrófico e sem catabolismo:

·NP "A" central:iniciar com 50ml/h por 12hs e aumentar 10ml/h a cada 8hs até atingir o volume de NP desejado (em média 1500ml/d).

·Lipídio a 20%:5ml/kg/d para correr em 12hs em "Y" com a NP, 3x/ semana.

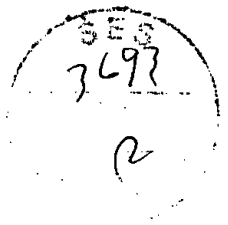
Paciente desnutrido agudo e/ou com catabolismo:

·NP "A" central:(idem 2.2.1), até atingir o volume de NP desejado (em média 2000ml/d).

·Lipídio a 20%:5ml/Kg/d no 1º dia; 7,5ml/Kg/d no 2º dia e 10ml/Kg/d do 3º dia em diante, e diariamente, sempre infundindo em 24hs.

·NP "H" (hiperproteica - SG 50% 250 ml + Sol. AA 10% 750 ml):para pacientes em CTI, hipercatabólicos, nas primeiras 48 horas poderá ser indicada a 1000 ml/dia (42 ml/h), o que fornecerá 75g/d de proteínas, 125g/d de glicose e 800 calorias, sem adição de eletrólitos. Quando associada à NP "A", o volume diário desta solução "H" poderá ser reduzido.

ESQUEMA DE MONITORIZAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL



1. FASE INICIAL Peso/Estatura
HGT
Hemograma
Iono (Na, K, Ca, P, Mg, Cl)
Creatinina/Uréia
TGO/TGP/Gama GT
Proteínas Totais/Albumina
Triglicerídeos
Glicemia
Gasometria

2. FASE DE EVOLUÇÃO
Controle Diário:HGT – 2-3x/dia
Iono (Na, K, Ca, P, Mg, Cl)
Creatinina/Uréia
Gasometria (conforme quadro clínico)
Peso: Pediatria
2x/semana:Triglicerídeos
TGO/TGP/Gama GT
Peso: Adulto

3. FASE DE MANUTENÇÃO (paciente estável)
1x/dia:HGT
1x/semana:Albumina
Proteínas Totais
Triglicerídeos
2x/semana:Iono (Na, K, Ca, P, Mg, Cl)
TGO/TGP/Gama GT
Creatinina/Uréia
Hemograma

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3694
D

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Instrução Normativa Para a Realização de Procedimentos de Aquisição de Materiais (licitação)

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

CRITÉRIOS PARA RECEBIMENTO DE PROPOSTAS DE LICITAÇÕES DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITLARES

SES 3695

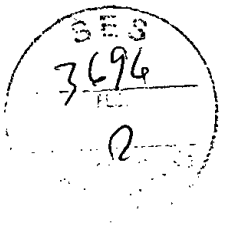
Ficam estabelecidos os seguintes critérios de aceitação de propostas em licitações de materiais médico-hospitalares e laboratoriais no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG:

1. Somente serão aceitos nas licitações para compra de materiais médico-hospitalares e laboratoriais no HGG produtos cujas marcas se encontrem pré-qualificadas até a data da publicação do edital.

2. Os fornecedores interessados em pré-qualificar marcas deverão entregar as amostras, juntamente com o Requerimento de pré-qualificação de marca e produto médico-hospitalar e documentação pertinente a cada produto para pré-qualificação, de acordo com a sua classificação, na **Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos (Rua .....), de segunda a quinta-feira, das 14h às 16h30.** Deverão ser apresentadas cópias autenticadas dos documentos originais para abertura de processo administrativo de acordo com o disposto na Lei 9784 de 29/01/99 para cada produto, conforme abaixo mencionado:

- Certificado de Registro no MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) RDC 185/2001.
- Certificado de Registro no MS/Anvisa por família (Publicação no D.O.U) RDC 97/2000.
- Certificado de BPF e C MS/Anvisa do fabricante RDC Nº 59/2000.
- Certificado de Isenção de Registro MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) Decreto 79.094/1977/RDC 185/2001 e 260/02.
- Certificado de Aprovação de Equipamento de Proteção Individual CA Ministério do Trabalho.
- Laudo de Laboratório Oficial do MS e Inmetro*
  *Em casos de comprovação de gramaturas, adesividades, saneantes, equipamentos relacionado ao uso do produto.
- Autorização de Funcionamento da empresa fabricante Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977 (Publicação no D.O.U).
- Licença de Funcionamento Estadual Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977.
- Licença de Funcionamento Municipal Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977.
- Em caso de empresas comerciais, distribuidoras e os importadores, carta do fabricante assegurando que a amostra apresentada correspondem à versão do produto fabricada no momento e autorização para comercialização do produto.
- Literatura técnica.

- Documentos em língua estrangeira acompanhados de tradução juramentada.



3. A embalagem e os rótulos dos produtos apresentados devem atender aos critérios estabelecidos na RDC 185/2001/MS Anvisa.

4.O HGG se compromete a informar o resultado dos testes em no máximo 45 dias a partir da apresentação das amostras e da documentação legal.

5.Através do processo administrativo instaurado para cada produto apresentado, o fornecedor poderá acompanhar as etapas da avaliação junto à Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos.

6. Materiais cuja entrega para teste tenha ocorrido fora do prazo estabelecido de 45 dias anteriores à publicação do Edital não terão direito a participar da licitação caso os testes não estejam concluídos. Recursos nesse sentido serão *peremptoria*mente negados.

7. Os materiais que apresentarem queixa técnica notificadas junto as Gerencias de Risco do HGG e também comunicadas por Alertas Sanitários da Anvisa serão recusados e não terão os testes consumados.

8. A relação das marcas pré-qualificadas registradas no HGG encontra-se disponível para consulta no setor de Gestão de Licitações.

9. O fornecedor cuja marca do produto esteja pré-qualificada para uso no HGG obriga-se a comunicar formalmente à Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos as eventuais alterações de fabricação e fusões de empresas fabricantes que levem a alterações na nomenclatura da marca. A omissão dessa informação levará a retirada da marca do produto no Sistema de Pré-qualificação, ficando sujeito a novo processo administrativo para avaliação.

10. O fornecedor poderá solicitar a pré-qualificação da marca do produto, independentemente de solicitação do HGG e da existência de certame licitatório marcado, desde que este faça parte da grade de compras da Instituição.

11. A quantidade de amostras dos produtos para pré-qualificação deverão ser consultadas na Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos do HGG. As quantidades estarão sujeitas a variações, dependendo do numero de usuários e testadores requeridos para o produto.

REQUERIMENTO DE PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE MARCA E PRODUTO MÉDICO-HOSPITALAR

SES 3697

À
Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos do HGG
Na condição de representante legal da empresa:

CNPJ	
Razão Social	
Endereço	
Telefone/e-mail	

Venho requer a análise técnica para Pré-qualificação do produto abaixo discriminado, no qual identificamos a possibilidade de correspondência com a descrição narrativa do código do HGG:

Produto			
Marca		Referência	
Fabricante		Origem	

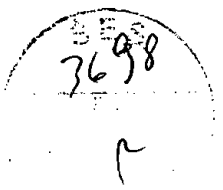
N.º de Amostras	( )

Documentação Anexa (cópias anexadas)

	Certificado de Registro no MS/ ANVISA – RDC n.º 185/2011 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de Registro no MS/ANVISA por família – RDC n.167 97/2000 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de BPFeC MS/ANVISA do frabricante – RDC n.º 59/2000 (cópia publicação D.O.U)
	Certificado de Isenção do Registro MS/ANVISA – decreto 79.094/77/RDC nº 185/01 e 260/02 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de Aprovação de Equipamento de Proteção Individual – CA – Ministério do Trabalho
	Laudo de Laboratório Oficial do MS e INMETRO (Em casos de gramaturas/adesividades/saneantes/equipamentos)
	Autorização de Funcionamento do Fabricante – Lei 6.360/76/ Dec. 79.094/77/ Lei 9782/99 (validade: 1 ano)
	Autorização do fabricante para comercialização dos produtos por Distribuidores e/ou Importadores (obrigatório)
	Eventuais documentos em língua estrangeira, acompanhados de tradução juramentada
	Licença de Funcionamento Estadual – Lei 6.360/76/ Decreto 79.094/77
	Licença de Funcionamento Municipal – Lei 6.360/76/ Decreto 79.094/77
	Leitura Técnica

_____, ___/___/____ (local e data)
_____ (carimbo e assinatura)

ATIVIDADES DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS



- Pesquisa do Catálogo de Materiais
- Composição dos itens de materiais do Catálogo
- Análise da necessidade de compra
- Iniciação e acompanhamento do processo de compra
- Recebimento dos materiais
- Conferência e inspeção dos materiais
- Estocagem e preservação dos materiais
- Requisição de material ao almoxarifado
- *Fornecimento* interno de material
- Utilização de material pelo usuário
- Devolução de materiais ao almoxarifado
- Descarte de material utilizado
- Gestão e controle dos processos de administração de materiais
- Gestão das informações

ETAPAS DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

1. Realizar alinhamento de processos-chave do negócio
    - fluxos
    - serviços
    - informações
    - recursos
    - qualidade

2. Avaliar áreas de armazenamento
    - Dimensionamento e lay-out adequados

3. Realizar integração com Fornecedores
    - Avaliar fornecedores atuais
    - Selecionar fornecedores
    - Providenciar certificação dos fornecedores

4. Definir a política de suprimentos
    - Fluxo de solicitação e recebimento de insumos ao Almoxarifado
    - Prazo de entrega das solicitações
    - Forma de entrega

5. Realizar avaliação e controle de contratos com fornecedores

6. Definir a política de compras
    - Padronização de Materiais

- Padronização de medicamentos
- Períodos de realização de compras
- Fluxos de processos de compra
- Reposição periódica
- Estoque mínimo



7. Avaliar o sistema de informações
   - Cadastro de materiais
   - Cadastro de fornecedores
   - Controle de estoque

8. Definir Fluxos operacionais
   - Estruturar os produtos ou serviços que oferece de acordo com alguns ou todos os fluxos físicos a seguir:
     - ✓ Matérias-primas, do ponto de estocagem da fonte original até a entrega para o cliente.
     - ✓ Produtos semi-acabados, vindos de unidades próprias ou de fabricas ou armazéns dos fornecedores.
     - ✓ Ferramentas ou maquinas, de uma unidade de manufatura para outra.
     - ✓ Produtos acabados entre plantas, armazéns próprios, armazéns dos clientes, ou armazéns pertencentes a empresas de serviços logísticos.
     - ✓ Itens consumíveis e peças de reposição, de armazéns para veículos dos técnicos de reparos, ou para unidades dos clientes onde os equipamentos estão instalados.
     - ✓ Produtos e peças a serem reparados, da unidade do cliente para o local de reparo / recuperação.
     - ✓ Embalagens vazias retornadas, dos pontos de entrega para os pontos de carregamento.
     - ✓ Produtos vendidos ou componentes devolvidos, dos pontos de entrega para o ponto inicial de armazenagem ou manufatura (fluxo reverso).
     - ✓ Produtos usados / consumidos a serem reciclados, recauchutados, reutilizados ou postos à disposição (fluxo reverso).

1. NORMAS DO ALMOXARIFADO

HSOPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Almoxarifado**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Almoxarifado		Revisão
		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- O horário de funcionamento do Almoxarifado (Coordenação e auxiliares): segunda a sexta-feira das 07h às 17h – Almoço das 11:30h às 13:45h
- O horário de entrega de fornecedores no Almoxarifado: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (todos os setores do hospital e fornecedores) que buscam os serviços do Almoxarifado.

Normas

- O horário de liberação de material pelo Almoxarifado segue as determinações abaixo:
  1. Diretorias, seções e setores da área administrativa – entrega da "requisição de material" – de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h – com entrega imediata do material;
  2. Seções, setores e serviços assistenciais – a reposição de material será feita de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h, pelo funcionário do Almoxarifado.
- Não é permitida a entrada de pessoas estranhas nas dependências do Almoxarifado, sem a autorização prévia da Administração do Hospital;
- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem a respectiva requisição, devidamente assinada e carimbada pelo chefe do setor requisitante;
- A quantidade de material entregue pelo Almoxarifado deverá ser sempre igual ao que consta na "requisição de material";
- Todo material recebido deverá ser armazenado por número de lote e data de vencimento;
- É de responsabilidade da chefia do Almoxarifado receber conferir toda mercadoria entregue, conforme nota fiscal e somente após a conferência de todos os itens, observando as especificações técnicas, assinará o recebimento;
- Diariamente deverá ser feita a higienização e limpeza do ambiente do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feita a higienização e limpeza das prateleiras e armários do Almoxarifado;
- Quinzenalmente deverá ser feita a conferência do estoque do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feito o inventário do Almoxarifado;
- Todos os funcionários do Almoxarifado devem trabalhar visando o funcionamento satisfatório do serviço e para tanto devem observar:

  1. Facilidade de acesso aos itens disponíveis dentro do Almoxarifado;
  2. Otimização e organização do espaço físico;
  3. Minimizar perdas por deterioração e desvios de materiais do Almoxarifado;
  4. Redução do uso de equipamentos desnecessários ao serviço.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

2. ROTINAS DO ALMOXARIFADO

SES 3702

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.1 Emissão
Tarefa: Pedido de Suprimento		Revisão: No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Evitar a falta de materiais no estoque do Almoxarifado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.

Atividades
- Calcular lote de reposição;
- Preencher o pedido de compra;
- Enviar para a administração;
- Acompanha o processo para reposição de material no estoque.

Cuidados
- Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício;
- Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.2 Emissão 3703 Revisão A No: Data:
Tarefa: Recebimento e armazenagem de material		

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade no recebimento e armazenagem dos materiais.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, fichas de controle de estoque, computador, impressora, estantes, armários e caneta.

Atividades

- Receber os materiais com as respectivas notas fiscais;
- Conferir os materiais através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade, qualidade e prazo de validade;
- Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador;
- Atualizar as fichas de controle de estoque, lançando a entrada dos materiais;
- Cadastrar no computador todos os materiais recebidos;
- Armazenar nas estantes o material recebido, observando o lote, vencimento e registro da vigilância sanitária.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências;
- Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.3
		Emissão 31/08/04
Tarefa: Conferência de notas fiscais e material recebido		Revisão
		No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais recebidos estão de acordo com o que foi solicitado no pedido de compra.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, notas fiscais, pedido de compra e caneta.

Atividades
- Conferir as notas fiscais e o material recebido, conforme o pedido de compra, verificando o prazo de validade, quantidade e qualidade do mesmo;

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as especificações, quantidades, qualidade e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Se algum material que está sendo entregue divergir do pedido de compra, devolvê-lo imediatamente ao fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação
	Assinatura do representante / Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.4 Emissão 31/05 Revisão A No: Data:
Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração		

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.

Atividades

- Receber as notas fiscais;
- Colocar nas notas fiscais a confirmação de "mercadoria entregue";
- Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque;
- Protocolar as notas fiscais;
- Encaminhar as notas fiscais para a administração.

Cuidados
Ter atenção a arquivar as notas fiscais.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que existe alguma divergência entre a nota fiscal, o material que está sendo entregue e o pedido de compra, devolver imediatamente para o fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.5
		Emissão SES
Tarefa: realizar controle de estoque		Revisão 04
		No: Data: 31

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir o controle de estoque e indicar a previsão de compra mensal.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, computador, impressora, software de controle de estoque e papel.

Atividades
- Receber solicitações dos chefes de serviço;
- Cadastrar diariamente no software de controle de estoque, a entrada e saída de material do almoxarifado;
- Imprimir relatório diário, no final da tarde;
- Analisar relatório;
- Identificar as necessidades de reposição de estoque;
- Arquivar a primeira via da requisição de material.

Cuidados
Atentar quanto às situações emergenciais que indiquem a necessidade de reposição do estoque fora da praticada de forma usual.

Ações em caso de não conformidade
Em casos emergenciais (situações de epidemias) solicitar compra em caráter emergencial.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.6 Emissão
Tarefa: Entrega de material aos setores do hospital		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilizar a entrega de materiais aos setores solicitantes.

Recursos Necessários
Requisição de material, ficha de controle de estoque e caneta.

Atividades

- Receber a requisição de material;
- Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela chefia solicitante;
- Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição;
- Separar o material que deverá ser entregue ao setor solicitante;
- Anotar na requisição de material as quantidades que serão entregues;
- Atualizar as fichas de controle de estoque;
- Arquivar a 1.ª via da requisição de material;
- Entregar o material ao setor requisitante.

Cuidados

- Ter atenção ao conferir a requisição de material;
- Ter atenção ao separar o material solicitado, evitando trocas.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar à Chefia do Almoxarifado a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.7 Emissão
Tarefa: previsão e controle de estoque mensal		Revisão No: Data: 3708

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir que não falte nenhum material no almoxarifado e controlar o consumo destes.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.

Atividades
- Fazer levantamento do estoque do almoxarifado através das requisições de materiais arquivadas;
- Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de dos materiais;
- Emitir relatório diário para controle do estoque;
- Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.

Cuidados
- Ter atenção ao conferir as requisições de material;
- Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.

Ações em caso de não conformidade
Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almoxarifado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

3709

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Padronização de Materiais

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. GRADE DE MATERIAIS	04
2.1 CONCEITO	04
3. DEFINIÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS	04
3.1 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO	04
3.2 CONTROLE DA PADRONIZAÇÃO	04
4. PADRONIZAÇÃO	05
4.1 GRUPO: MATERIAL DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	05
4.2 GRUPO: MATERIAL MANUTENÇÃO PREDIAL	07
4.3 GRUPO: MATERIAIS PERMANENTES	09
4.4 GRUPO: MATERIAL DE ESCRITÓRIO	15
4.5 GRUPO: MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR	19
4.6 GRUPO: MEDICAMENTOS	29

1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de otimizar as compras, dinamizar a manutenção de estoque e do consumo dos diversos materiais do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, a comissão de padronização de materiais, formada por profissionais das áreas de farmácia, enfermagem, infecção hospitalar e clínica médica, elaborou esse manual que será constantemente revisado, buscando atender às necessidades dos diversos serviços da instituição.

2. GRADE DE MATERIAIS

2.1 CONCEITO

São grupos de materiais selecionados e padronizados conforme as características de cada serviço.

3. DEFINIÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS

A padronização de materiais deve ser vista dentro das instituições como algo que trará benefício para todos: diretores, fornecedores e clientes internos e externos. Nos dias de hoje, diante da complexidade de produtos oferecidos no mercado, se faz necessário adotar critérios que otimizem a gestão de verbas para a aquisição de materiais que atendam as reais necessidades da instituição, respeitando as necessidades dos diversos setores.

3.1 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO

Otimizar verba;
Permitir compra em grandes lotes;
Diminuir o trabalho de compras;
Diminuir os custos de estocagem;
Reduzir quantidade de itens estocados;
Evitar a diversificação de materiais;
Obter maior qualidade e uniformidade de materiais;
Reduzir o risco de falta de estoque.

3.2 CONTROLE DA PADRONIZAÇÃO

A fiscalização sobre o uso correto do presente manual deverá ser feita através da Comissão de Padronização de Materiais (farmacêutico, médico representante da Comissão de Controle de

Infecção Hospitalar, enfermeiro e representante do Serviço Médico), mensalmente, visando sempre o aperfeiçoamento do manual de padronização de materiais.

4. PADRONIZAÇÃO



Ponto de Estoque: Almoxarifado

4.1 GRUPO: MATERIAIS DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: EQUIPAMENTOS/UTENSÍLIOS/LIMPEZA	
Luva antiderrapante grande	Unid
Luva antiderrapante média	Unid
Pano de chão	Unid
Refil Mopita pó 40cm	Unid
Refil Mopita úmido	Unid
Refil para Mopita	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL/LIMPEZA/LAVANDERIA/HIGIENE	
Ácido solução de limpeza	Lt
Água sanitária	Lt
Aidulante neutralizador em pó	Unid
Alvejante a base de cloro pó	
Alvejante a base de sódio	Unid
Alvejante desinfetante para roupas	Unid
Amaciante de roupas 2 Lt	Lt
Amaciante de roupas BB 20 Lt	Lt
Avental de napa	Unid
Balança mecânica c/150 kg	Unid
Balde espremedor duplo	Unid
Balde espremedor para Moppita de 15	Unid
Balde plástico c/tampa 100 l	Unid
Balde plástico p/roupa suja	Unid
Base com rodinhas	Unid
Base seladora BB 5 Lt	Lt
Borrifador	Unid
Carro em fibra de vidro	Unid
Carro funcional polietileno	Unid
Cesto de lixo 18 lt	Unid
Contentor de lixo 650 lt	Unid

Contentor de lixo c/02 rodízios	Unid
Desentupidor de pia	Unid
Desentupidor de vaso sanitário	Unid
Desincrustante BB 5 LT	Lt
Desinfetante odorizante	Unid
Desingraxante para roupa	Unid
Detergente em pó	Unid
Detergente neutro BB 5 Lt	Lt
Dispenser para papel higiênico	Unid
Dispenser para papel toalha	Unid
Dispenser para sabonete líquido	Unid
Escova para roupa	Unid
Espanador eletrostático	Unid
Espátula de aço	Unid
Esponja dupla face	Unid
Fibra limpeza pesada	Unid
Fibra macia branca	Unid
Fibra multiuso verde	Unid
Filtro Lumatox para máscara	Unid
Flanela	Unid
Funil pequeno	Unid
Hipoclorito 2% BB 5 Lt	Lt
Hipoclorito de sódio 1% BB 5 Lt	Lt
Impermeabilizante BB 5 Lt	Lt
Inseticida	Unid
Limpa vidros	Unid
Lixeira c/tampa/pedal 20 lt	Unid
Lixeirinha para pia com tampa	Unid
Lona crua vela c/1,70	Unid
Lustra móveis	Unid
Luva de PVC	Par
Mangueira com gatilho 1/2	Unid
Multiuso para limpeza	Unid
Odorizador de ar	Unid
Pá de lixo	Unid
Palha de aço	Unid
Papel higiênico 300 mt	Unid
Papel toalha	Unid
Pasta cristal	Unid
Pedra sanitária	Unid
Protetor auricular	Unid
Protetor de unha	Unid
Pulverizador plástico	Unid
Regador p/jardim	Unid
Removedor a seco	Unid
Removedor de cera BB 5 LT	Lt

Removedor de ferrugem	Unid
Resistência 2 elementos 300W	Unid
Resistência 2 elementos 500W	Unid
Rodo c/cabo de alumínio	Unid
Rodo limpa vidros	Unid
Sabonete líquido refil com 800 ml	Unid
Saco bobina picotada 25x35	Kg
Saco bobina picotada 30x50	Kg
Saco bobina picotada 30x60	Kg
Saco bobina picotada 35x50	Kg
Saco bobina picotada 40x60	Kg
Saco bobina picotada 50x70	Kg
Saco desinfetante branco 100 lt	Pct
Saco desinfetante branco 200 lt	Pct
Saco desinfetante branco 60 lt	Pct
Saco plástico transparente 08x25	Kg
Saco plástico transparente 50x70	Unid
Saco preto para lixo 100 lt	Pct
Saco preto para lixo 200 lt	Pct
Saco preto para lixo 60 lt	Pct
Saco transparente 20x30	Kg
Seladora branca c/termômetro 400	Unid
Suporte lt c/cabo	Unid
Vasilhame plástico azul	Unid
Vasilhame plástico vermelho	Unid
Vassoura de nylon grande	Unid
Vassoura de pelo	Unid
Vassoura de pia	Unid
Vassoura de piaçava grande	Unid
Vassourinha de sanitário	Unid

4.2 GRUPO: MATERIAL MANUTENÇÃO PREDIAL

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: FERRAMENTAS E EQUIPAMENTOS	
Alicate de pressão	Unid
Alicate universal	Unid
Arco de serra	Unid
Broca de AC rápido 1/8	Unid
Broca de aço rápido 1/4	Unid
Broca de aço rápido 3/16	Unid
Broca de aço rápido 3/8	Unid
Broca de aço rápido 5/16	Unid
Broca de viga 5/6	Unid

Broca de viga 5/8	Unid
Bucha S6	Unid
Bucha S8	Unid
Chave de fenda 1/8	Unid
Chave de fenda 3/16	Unid
Chave Philips ¼	Unid
Chave Philips 1/8	Unid
Chave teste	Unid
Colher de pedreiro	Unid
Furadeira de impacto	Unid
Lâmina de serra	Unid
Lima chat 8	Unid
Lubrificante LUBI 300 ml	Unid
Marreta ¼	Unid
Martelo	Unid
Parafuso para bucha S	Unid
Parafuso para bucha S8	Unid
Prego 2 ¼	Unid
Serrote médio	Unid
Talhadeira	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: HIDRÁULICO E VAPOR	
Adesivo para PVC	Unid
Cola plástica p/tubo	Unid
Joelho PVC 20x90	Unid
Sifão cromado para pia	Unid
Suporte para luminária calha	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE PINTURA	
Estopa para polimento	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: MATERIAL ELÉTRICO	
Cabo para rede	MT
Conector RJ/45 macho	Unid
Estabilizador	Unid
Fita isolante	Unid
Fita zebrada	Unid

Fusíveis 20 amp.	Unid
Lâmpada 40 Wts	Unid
Lâmpada 60 Wts	Unid
Lâmpada fluorescente 20 Wts	Unid
Lâmpada fluorescente 40 Wts	Unid
Reator 2x20 Wts	Unid
Reator 2x40 Wts	Unid
Tomada	Unid
Tomada 2P+T	Unid
Fusível de vidro 0,5 amp.	Unid
Cabo PP 2x2,5 mm	MT
Canaleta de 2,00 x20 mm	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **OUTROS MATERIAIS DE MANUTENÇÃO PREDIAL**	
Caixa tomada 4x2 manutenção	Unid
Cantoneira	MT
Correia A-40	Unid
Dobradiça de aço	Unid
Dreno de sucção	Unid
Filme p/PVC	Unid
Fisca de Smart	Unid
Joelho 3x4	Unid
Luva lisa de manutenção	Unid
Parafuso central 3,5	Unid
Parafuso vertical 2,0	Unid
Pino Pial	Unid
Placa de alumínio 2,7 cm	Unid
Placas A/C 3,5	Unid
Pneu Firestone	Unid
Rabixo de manutenção	Unid
Silicone	Unid
TE manutenção	Unid
Torneira p/bebedouro	Unid
Transformador 800 W	Unid
Tubo de cola manutenção	Unid

4.3 GRUPO: MATERIAIS PERMANENTES

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES - ACESSÓRIOS**	
Apagador p/quadro branco	Unid

Cabide simples	Unid
Cabo de alumínio p/ mope úmido	Unid
Cadeado 25 mm	Unid
Cordão seda PC. 20m	MT
Estetoscópio Pinard	Unid
Ferrolho pequeno	Unid
Jacaré	Unid
Lanterna média	Unid
Pote quadrado pequeno	Unid
Pote redondo alto	Unid
Rastelo p/jardim	Unid
Relógio de parede DIMEP	Unid
Ricofort	Pct
Vaso decorativo	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES – EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA**	
Cabo paralelo impressora	resma
Computador completo	Unid
Suporte p/CPU	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES – EQUIPAMENTOS DE LABORATÓRIO**	
Adaptador p/sistema de coleta	Unid
Barrilete PVC Cap	Unid
Bastão de vidro 6x300 mm	Unid
Caixa térmica plástica	Unid
Cronometro digital	Unid
Destilador de água 5 lts	Unid
Estante de arame	Unid
Fórceps 150	Unid
Fórceps 151	Unid
Galeria plástica	Unid
Instant Prov. 500 ml	Fr
Lamina p/esfregaço cx 50 unid	Cx
Latex garrotes c/5 mm	Pct
Maleta de coleta grande	Unid
Maleta de coleta pequena	Unid
Pipeta automática 500 ml	Unid
Pipeta sorol. Grande 1 ml – 1/100	Unid
Pipeta sorol. Grande 1/100 2 ml	Unid
Pipeta sorol. Grande 10 ml – 1/10	Unid

Pipeta sorol. Grande 5 ml – 1/10	Unid
Pipeta volumétrica 20 ml	Unid
Ponteira micropipeta 100x100	Unid
Ponteira tipo Gilson 0-200 UL	Unids
Porta lamina	Unid
Proveta c/polit. 1000 ml	Unid
Suporte p/lamina cap. 75 unid	Unid
Suporte p/ponteira	Unid
Suporte p/VHS	Unid
Tubo cônico de plástico 10 ml/UR	Unid
Tubo de Nintrobe	Unid
Tubo vácuo c/citrato 2,5 ml	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – EQUIP. MÉDICOS-HOSPITALARES	
Abecedário de chumbo 7 mm	Pct
Ambu reanimador adulto	Unid
Ambu reanimador infantil	Unid
Cahssi 18x24 cm montado	Unid
Chassi 15x40 cm montado	Unid
Chassi 24x30 cm montado	Unid
Chassi 30x40 cm montado	Unid
Chassi 35x35 cm montado	Unid
Chassi 35x43 cm montado	Unid
Estante móvel p/vídeocirurgia	Unid
Fio guia p/cânula adulto	Unid
Fio guia p/cânula infantil	Unid
Halo p/pronga grande	Unid
Halo p/prongA médio	Unid
Halo p/pronga pequeno	Unid
Incubadora vapor 3 m	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – EQUIP. MÉDICOS-HOSPITALARES	
Lamina p/laringoscópio reto	Unid
Numerador 7 mm de altura	Pct
Pasta controle de resultado 3M	Unid
Sensor adulto p/oxímetro	Unid
Sensor infantil p/oxímetro	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS	
Broca cone investido grande	Pct
Broca cone investido médio	Unid
Broca esférica grande	Unid
Broca esférica média	Unid
Broca esférica pequena	Unid
Broca investido pequeno	Unid
Cabo para bisturi	Unid
Cuba horizontal p/colar 10 LAM	Unid
Pinça clínica	Unid
Trio Alavanca	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO	
Abafador de ruído	Pct
Mola para porta – simples	Unid
Mola para porta Triunfo	Unid
Óculos de segurança higienização	Pct
Toma	Unid
Toma	Unid
Toma	Unid
Tomada	Unid
Tomada completa sistema X	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – GÁS DE COZINHA	
Gás de cozinha GLP	Kg

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS	
Caneta p/bisturi BP 100 EMAI	Unid
Cuba retangular 37x24x4 cm	Unid
Mandril p/entub. Endot. Adulto	Unid
Mandril p/entub. Endot. Unfantil	Unid
Óculos de segurança centro cirúrgico	Unid
Pinça Magill 16 cm p/cateter	Unid

Pinça Magill 25 cm p/cateter	Unid
Pinça tipo baioneta isolada	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – INSTRUMENTOS MÉDICOS	
Alavanca p/retirada de gesso	Unid
Kit medidor de glicose Prestig	Unid
Kit censor de glicemia	Unid
Ponteira de 10 polegadas	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – MÓVEIS E UTENSÍLIOS	
Balde de aço inox	Unid
Cadeira sol branca	Unid
Carro de plataforma	Unid
Carro de supermercado 160 lt	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – MÓVEIS E UTENSÍLIOS	
Circulador Arno 110 V	Unid
Colchão	Unid
Colchão 188x78x10	Unid
Colchonete	Unid
Crachás visitante	Unid
Escada c/ 9 degraus	Unid
Escada de alumínio 5 degraus	Unid
Espelho c/moldura 40x40 cm	Unid
Estante de aço	Unid
Garrafa térmica	Unid
Lavadeira água Home elétrica	Unid
Liquidificador Wallita	Unid
Lixeira branca plástica c/pedal	Unid
Mesa auxiliar inox 1,30x0,40	Unid
Persiana media 0,70x2,00	Unid
Porta algodão	Unid
Quadro porta chave	Unid
Quadro porta chave 200 unid	Unid
Suporte para papel higiênico	Unid
Ventilador Mallory	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES – ROUPAS E UNIFORMES**	
Avental listrado	Unid
Balzer Oxford feminino	Unid
Blusa feminina manga longa	Unid
Bota PUC branca 25 cm	Par
Calça com elástico e cordão	Unid
Calça masculina	Unid
Calça reta feminina	Unid
Calça social em panamá	Unid
Camisa em Brim gola V	Unid
Camisa social manga curta	Unid
Camisa social manga longa	Unid
Camisete bebê	Unid
Camisola amarela	Unid
Camisola infantil	Unid
Campo cirúrgico duplo 0,8x0,80	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,00x1,00	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,20x1,20	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,50x1,50	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,50x1,50	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,50x2,20	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,60x1,60	Unid
Campo cirúrgico duplo 40 cm	Unid
Campo cirúrgico duplo 50 cm	Unid
Campo cirúrgico duplo 60 cm	Unid
Capa cirúrgica	Unid
Capa p/chuva forrada	Unid
Capa p/visitante	Unid
Conjunto avental	Unid
Conjunto de brim	Unid
Conjunto de pagão Beby	Unid
Conjunto para cozinha	Unid
Conjunto para higienização	Unid
Conjunto profissional em brim	Unid
Corda sisal	MT
Farda higienização	Unid
Farda lavanderia	Unid
Farda manutenção	Unid
Farda p/copeira	Unid
Fronha lisa branca	Unid
Fronha listrada azul	Unid

Gravata na cor cinza	Unid
Jaleco manga curta	Unid
Jaleco manga longa	Unid
Jaleco ML, MC em oxford	Unid
Lençol de berço	Unid
Lençol liso branco	Unid
Lençol listrado azul	Unid
Lençol p/maca	Unid
Logomarcas para lavanderia	Unid
Regata de elanquinho pérola	Unid
Roupa privativa	Unid
Saia básica	Unid
Sapato branco	Par
Sapato indl. c/cadarço	Par
Spencer clássico manga curta	Unid
Spencer clássico manga longa	Unid
Toalha p/piso lisa	Unid
Vestido branco em brim	Unid

4.4 GRUPO: MATERIAL DE ESCRITÓRIO

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **FITAS - CARTUCHOS**	
Cartucho color HP 8728	Unid
Cartucho preto HP 8728	Unid
Fita p/impressora Epson ERC	Unid
Fita p/impressora Pins	Unid
Recarga de tonner laser 1015	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **MATERIAL DE CONSUMO**	
Copo descartável 200 ml	Tira
Copo descartável 50 ml	Tira

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **MATERIAL DE ESCRITÓRIO**	
Apontador de lápis	Unid

Pincel p/retroprojetor	Unid
Pincel retroprojetor ponta fina	Unid
Porta clips	Unid
Porta durex	Unid
Porta-cartão de visita	Unid
Quadro de aviso	Unid
Quadro negro 80x100 em feltro	Unid
Régua 30 cm	Unid
Saco 4 furos de ofício	Unid
Tesoura 16 cm	Unid
Tesoura 20 cm	Unid
Tesoura 4 cm	Unid
Tinta p/carimbo	Unid
Visor pasta suspensa	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE INFORMÁTICA	
Cabo link USB	Unid
Cartucho color Epson C-63	Unid
Cartucho preto Epson C-63	Unid
CD-Rom	Unid
Cilindro p/tonner HP 1015	Unid
Disquete cx c/10	Unid
Magnético p/Lexmark	Unid
Omega comercial e Importadora	Unid
Tinta Lexmark color T27	Unid
Tinta Lexmark preto T16	Unid
Tonner laser 1015	Unid
Tonner Lexmark E210	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: PAPÉIS/FORMULÁRIOS/ETIQUETAS/LIVROS	
Agenda p/telefone	Unid
Almofada p/carimbo	Unid
Arquivo morto	Unid
Bobina fax	Unid
Bobina máquina 57x30 LOB	Unid
Carbono – folha	Unid
Envelope grande	Unid
Envelope médio	Unid
Envelope P/RX branco 35x38	Unid
Envelope p/RX branco 38x50	Unid

Borracha p/caneta	Unid
Borracha p/lápis	Unid
Calculadora de mesa	Unid
Caneta azul	Unid
Caneta vermelha	Unid
Chaveiro plástico Acrimet	Unid
Clips n.º 1/10	Cx
Clips n.º 3/0	Cx
Clips n.º 4/0	Cx
Cola bastão	Unid
Corretivo	Unid
Durex	Unid
Elástico	Unid
Estilite	Unid
Etiqueta 12x26	Unid
Etiqueta 22x90	Unid
Extrator de grampo	Unid
Ficha pautada	Unid
Fichário	Unid
Fita adesiva 45x45 p/emb.	Unid
Fita cassete	Unid
Fita crepe	Pct
Fita p/impressora Epson LX-300	Unid
Formulário contra-cheque	Pct
Grampeador	Unid
Grampo 23/20	Cx
Grampo 26/26 cx c/100 unid	Cx
Grampo plástico p/pasta suspensa	Unid
Grampo trilho 80 mm	Unid
Índice telefone	Unid
Lacre p/malote	Unid
Lápis	Unid
Marca texto	Unid
Organizador de mesa	Unid
Pasta c/folha plástica	Unid
Pasta catálogo c/50 folhas	Unid
Pasta sanfonada 31 dias	Unid
Pasta transparente PVC	Unid
Percevejo cx c/100	Cx
Perfurador	Unid
Pilha grande	Unid
Pilha media	Unid
Pilha palito	Unid
Pilha pequena	Unid
Pincel atômico	Unid
Pincel p/quadro branco	Unid

Envelope pequeno	Unid
Etiqueta 12x25	Unid
Etiqueta 32x90	Cx
Ficha de devolução (arquivo)	Unid
Ficha odontológica	Unid
Formulário Bol. diário de veículos	Bloc
Formulário Bol. Prod. Ambulatorial	Bloc
Formulário comunicação interna	Bloc
Formulário continuo 80 colunas	Cx
Formulário continuo p/impressora	Cx
Formulário controle de líquidos	Bloc
Formulário de ficha atendimento dermatologia	Unid
Formulário de alta a pedido 100x1	Bloc
Formulário de anamnese	Bloc
Formulário de atestado de comp.	Bloc
Formulário de atestado médico	Bloc
Formulário de aviso 100x1	Bloc
Formulário de comunicação interna	Bloc
Formulário de Depart. De hig	Bloc
Formulário de escala de serviço	Bloc
Formulário de escala social	Bloc
Formulário de evolução de enfermagem	Unid
Formulário de ficha avaliação admissional	Bloc
Formulário de ficha clínica odontológica	Unid
Formulário de ficha de admissão médica	Bloc
Formulário de ficha de emergência	Bloc
Formulário de ficha de emergência	Bloc
Formulário de ficha de referência	Bloc
Formulário de ficha geral	Bloc
Formulário de ficha laudo médico	Bloc
Formulário de ficha social	Bloc
Formulário de fichas Av. Adm.	Bloc
Formulário de fichas de anestesia	Bloc
Formulário de gastro	Bloc
Formulário de gineco	Bloc
Formulário de histórico perionatal neonatal	Bloc
Formulário de laudo medico	Bloc
Formulário de mapa de dieta	Bloc
Formulário de movimento diário de paciente	Bloc
Formulário de nota de sala	Bloc
Formulário de ortopedia frente/verso	Bloc
Formulário de passagem de paciente	Bloc
Formulário de prescrição de enfermagem	Bloc
Formulário de prescrição médica	Bloc
Formulário de programação cirúrgica	Bloc
Formulário de receituário medico	Bloc

Formulário de receituário oftalmologia	Unid
Formulário de regulamento	Bloc
Formulário de relatório de alta de recém-nascido	Bloc
Formulário de resultado de exames	Bloc
Formulário de resumo de alta	Bloc
Formulário de rol de roupas	Bloc
Formulário de solicitação de exames e procedimentos	Bloc
Formulário de solicitação p/esterilização CME	Bloc
Formulário de Termo de Responsabilidade	Bloc
Formulário folha de evolução	Bloc
Livro de atas	Unid
Livro de ocorrência	Unid
Livro de protocolo	Unid
Papel A4 c/500 folhas	Resma
Papel contact	Unid
Papel ECG 48x30	Pct
Sistematização de enfermagem histórico	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: PASTAS	
Pasta AZ	Unid
Pasta c/elástico	Unid
Pasta c/ferragem	Unid
Pasta suspensa	Unid
prancheta	Unid

4.5 GRUPO: MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: AGULHAS/SERINGAS	
Agulha de peridural 18G3	Unid
Agulha de raqui 22G3	Unid
Agulha de raqui 25G3	Unid
Agulha de raqui 26G3	Unid
Agulha de raqui 27G3	Unid
Agulha de raqui 70x06	Unid
Agulha de raqui 70x07	Unid
Agulha de Thohy 80x10	Unid
Agulha de Thohy 80x12	Unid
Agulha de Thohy 80x15	Unid
Agulha de Thohy 80x18	Unid

Agulha de Thohy 80x20	Unid
Agulha descartável 13x4,5 c/100	Unid
Agulha descartável 20x5 c/100	Unid
Agulha descartável 25x7 c/100	Unid
Agulha descartável 25x8 c/100	Unid
Agulha descartável 30x7 c/100	Unid
Agulha descartável 30x8 c/100	Unid
Agulha descartável 40x12 c/100	Unid
Agulha descartável vácuo 25x7	Unid
Agulha descartável vácuo 25x8	Unid
Seringa descartável c/agulha 1 ml	Unid
Seringa descartável c/agulha 3 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 1 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 10 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 20 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 3 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 5 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 10 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 20 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 3 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 5 ml	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: ATADURAS/MALHAS/CURATIVOS	
Algodão hidrófilo 500g	Unid
Algodão ortopédico 10 cm	Unid
Algodão ortopédico 15 cm	Unid
Algodão ortopédico 20 cm	Unid
Atadura de crepon 10 cm	Unid
Atadura de crepon 15 cm	Unid
Atadura de crepon 20 cm	Unid
Atadura gessada 10 cm	Unid
Atadura gessada 15 cm	Unid
Atadura gessada 20 cm	Unid
Compressa cirúrgica 45x50	Unid
Compressa de gaze 7,5x7,5	Unid
Compressa de gaze est. 10x15	Unid
Compressa de gaze est. 15x30	Unid
Esparadrapo 10x4,5	Unid
Gaze rolo 91x91 vaselinada	Unid
Micropore 50x4,5 mm	Unid

3728

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: BARBEADOR/LÂMINAS BISTURI	
Barbeador	Unid
Escova cervical pct/100	Pct
Lâmina de bisturi n.º 11	Unid
Lâmina de bisturi n.º 15	Unid
Lâmina de bisturi n.º 23	Unid
Lâmina de bisturi n.º 24	Unid
Lâmina fosca micros lapidada	Unid
Lâmina fosca n/lapidada 26x76	Unid
Lâmina lisa p/microscópio	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: BOLSAS/FILTROS/COLETORES/TUBOS	
Almontolia clara	Unid
Almontolia escura	Unid
Bolsa coletora estéril	Unid
Bolsa p/colostomia 30 mm	Unid
Bolsa p/colostomia 50 mm	Unid
Sistema dupla baraka	Unid
Sistema duplo baraka 1/0 inf.	Unid
Sistema duplo baraka ½	Unid
Sistema duplo baraka ½ RN	Unid
Sistema duplo baraka 2/0 adulto	Unid
Termômetro clínico analógico	Unid
Termômetro clínico digital	Unid
Tubo látex LEMGRUBER	Pct
Tubo de silicone 06x12 mm – 15m	Pct

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: CÂNULAS/CATETERES/DRENOS/SONDAS	
Cânula de entubação c/b n.º 3,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 4,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 5,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 5,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,5	Unid

Cânula de entubação c/b n.º 7,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 7,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 8,0	Unids
Cânula de entubação c/b n.º 8,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 9,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 9,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 2,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 2,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 3,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 4,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 4,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 5,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 8,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 9,5	Unid
Cânula de Guedel n.º 0	Unid
Cânula de Guedel n.º 01	Unid
Cânula de Guedel n.º 02	Unid
Cânula de Guedel n.º 03	Unid
Cânula de Guedel n.º 04	Unid
Cânula de Guedel n.º 05	Unid
Cânula de Guedel n.º 06	Unid
Cateter 02 tipo óculos	Unid
Cateter oxigênio n.º 04	Unid
Cateter oxigênio n.º 06	Unid
Cateter oxigênio n.º 08	Unid
Cateter oxigênio n.º 10	Unid
Cateter oxigênio n.º 12	Unid
Cateter oxigênio n.º 14	Unid
Cateter oxigênio n.º 16	Unid
Coletor de urina sistema fechado	Unid
Dispositivo urinário	Unid
Dreno de Penrose 1N/estéril	Pct
Dreno Penrose 2N/estéril	Pct
Dreno Penrose 3N/estéril	Pct
Dreno de tórax 2000 ml n.º 28	Cx
Dreno de tórax 5000 ml n.º 22	Cx
Dreno de tórax 2000 ml n.º 36	Cx
Equipo bomba de infusão	Unid
Equipo bomba de infusão SAMTRONIC	Unid
Equipo de PVC	Unid
Equipo fotossensível protetor	Unid
Equipo macrogotas c/injetor	Unid
Equipo macrogotas simples	Unid
Equipo microgotas c/injetor	Unid

Equipo microgotas simples	Unid
Equipo p/soro macro bureta	Unid
Equipo p/soro micor bureta	Unid
Extensor de oxigênio 02	Pct
Gelco 14	Pct
Gelco 16	Unid
Gelco 18	Unid
Gelco 20	Unid
Gelco 22	Unid
Gelco 24	Unid
Intracath adulto normal	Unid
Intrachat infantil normal	Unid
Polifix	Unid
Preservativo não lubrificado C	Cx
Pronga CPA n.º 0	Unid
Pronga CPA n.º 1	Unid
Pronga CPA n.º 2	Unid
Scalp 19	Pct
Scalp 21	Pct
Scalp 23	Unid
Scalp 25	Unid
Scalp 27	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 04	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 06	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 08	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 10	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 12	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 14	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 10	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 12	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 14	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 16	Pct
Sonda de Foley 2 vias n.º 18	Pct
Sonda de Foley 2 vias n.º 20	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 22	Unid
Sonda nasogástrica n.º 14	Unid
Sonda nasogástrica n.º 16	Unid
Sonda nasogástrica n.º 04 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 04 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 06 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 06 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 08 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 08 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 10 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 10 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 12 curta	Unid

Sonda nasogástrica n.º 12 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 14 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 14 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 16 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 16 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 18 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 18 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 22 longa	Unid
Sonda retal n.º 06	Unid
Sonda retal n.º 08	Unid
Sonda retal n.º 10	Unid
Sonda retal n.º 12	Unid
Sonda retal n.º 14	Unid
Sonda retal n.º 16	Unid
Sonda uretral n.º 04	Unid
Sonda uretral n.º 06	Unid
Sonda uretral n.º 08	Unid
Sonda uretral n.º 10	Unid
Sonda uretral n.º 12	Unid
Sonda uretral n.º 14	Unid
torneirinha	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: CONECTORES/INSUFLADORES/OXIGÊNIO	
Conector oxigênio estéril 2,0 m	Unid
Conjunto p/nebulização adulto	Unid
Conjunto p/nebulização infantil	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: DEGERM./TÓPICOS/ANTISSÉPTICOS	
Ácido acético 2%	Unid
Água oxigenanda	Unid
Álcool etílico 70%	Unid
Álcool gel 70%	Lt
Álcool 92,8%	Fr
Álcool absoluto 99,5%	Fr
Álcool iodado 15%	Fr
Cal sodada 4,3 kg (cx c/06)	Unid
Detergente enzimático	Unid
Escova c/clorexidina 2% cx.30	Unid
Escova Marcodine Biotrat	Unid
Éter 50%	Fr

Formol 10%	Fr
Formol 40%	Fr
Lugol 2%	Unid
Povedine degermante 7,5%	Lt
Povedine tópico 7,5%	Lt
Solução álcool ácido 3%	Lt
Solução Lugol 5%	Unid
Vaselina líquida	Lt
Vaselina sólida 450 gr	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: ELETRODOS/CLIPS/GEL	
Eletrodo	Unid
Gel p/ECG BB 05 lt	Unid
Gel p/USG BB 05 lt	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: FILMES/FIXADORES/REVELADORES	
Filme p/ RX HR – GB 15x40	Cx
Filme p/ RX HR – GB 18x24	Cx
Filme p/ RX HR – GB 24x30	Cx
Filme p/ RX HR – GB 30x40	Cx
Filme p/ RX HR – GB 35x35	Cx
Filme p/ RX HR – GB 35x43	Cx
Fixador e reforçador 38 lt	Unid
Reforçador do revelador 38 lt	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: FITAS/PAPÉIS	
Fita adesiva branca 19x50	Unid
Fita p/glicemia cx/50	Unid
Papel térmico UPP 110S Ultraso	Unid
Rolo p/ECG	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: FRALDAS/ABSORVENTE/MAMAD.	
Absorvente íntimo	Pct
Fralda descartável geriátrica	Pct

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO	
Faixa de Smarch	Pct
Fita p/autoclave	Unid
Glutaraldeídeo BB 5 lt	Lt
Indicador biológico	Unid
Intregador químico	Unid
Papel grau cirúrgico 09x100	Unid
Papel grau cirúrgico 10x100	Unid
Papel grau cirúrgico 12x100	Unid
Papel grau cirúrgico 15x100	Unid
Papel grau cirúrgico 20x100	Unid
Papel grau cirúrgico 25x100	Unid
Papel grau cirúrgico 30x100	Unid
Papel grau cirúrgico 40x100	Unid
Tela de Marlex	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE LABORATÓRIO	
ABX Miniclean 1 L – laboratório	Lt
ABX Minilyse LMG 1L – laboratório	Lt
ABX Minoton 20 lts – laboratório	Lt
Albumina 100x200 – teste	Unid
Álcool ácido (ZIEHl) 1000 L	Fr
Álcool ácido laboratório	Fr
ALT (TGP)	Unid
Amilase	Unid
ANTI - IGG	Fr
ASLO	Unid
AST/TGO cinético	Unid
Azul de metileno	Fr
Bálsamo do Canadá	Unid
Bandagem Lab	Unid
BETA HCG T.	Unid
Bilirrubina 250 ml 110-176	Unid
Bilirrubina 5 ml 50T	Fr
CAL n.º 01 LAB	Fr
CAL n.º 02 LAB	Unid
Cálcio A	Unid
CKMB	Unid

Colesterol 250	Unid
Colesterol HDL	Unid
Coletor de urina infatil feminino	Pct
Coletor de urina infantil masculino	Pct
Coletor universal	Unid
Corante EA – 36 1000 ml	Fr
Corante Orange G 1000 ml	Fr
Corante panótico RAP. 500 ml	Unid
Creatinina	Unid
Desproteinizante Lab.	Unid
Deterteck 51	Unid
Entelan novo Merck – Lab	Unid
Eosina azul laboratório	Unid
Ferro – kit's	Unid
Fita p/urina	Unid
Fosfatase alcalina	Fr
Fucsina Zihel Doles	Unid
GAMA GT	Unid
Garrote adulto laboratório	Unid
Garrote infantil laboratório	Unid
Gestatest 50 testes	Unid
Glicose enzimático líquida	Unid
Glumatil transferase	Unid
HCG econômico 100 tiras	Unid
Hematoxilina	Fr
HIV laboratório	Unid
Kit Cubetas	Unid
Lamínula 24x50 labratório	Unid
Lugol p/gram 0,6% 500 ml	Unid
Membrana de referência	Unid
Neo-Clear laboratório	Unid
Panótico	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: MATERIAL ODONTOLÓGICO	
Pulpo San pó	Pct
Revelador dental	Unid
Rolinho de algodão odonto	Lt
Solução fisiológica odonto	Unid
Sugador SS Plus	Unid
Taça de borracha odonto	Unid

4.6 GRUPO: MEDICAMENTOS

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MEDICAMENTOS EM GERAL	
Cefalina ativada	Unid
Gluconato de cálcio	Amp
Glucox 500mg	Unid
Hidróxido de cálcio P.A	Unid
Kanakion 10 mg injetável	Amp
Sol. glicerinada	Fr

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE LABORATÓRIO	
Papanicolau	Unid
Papel termossensível laboratório	Unid
PCR	Unid
Pipeta automática 100 ml	Unid
Pipeta automática 200 ml	Unid
Pipeta automática 50 ml	Unid
Pipetador semi automático pêra	Unid
Planotest	Unid
Rapitest	Unid
Reagente p/hemoglobina	Unid
Reumatest	Unid
RPR BRAS	Unid
Seditub Sist desc. VHS biológico	Unid
Solução Lugol 2%	Lt
Soluplastin	Unid
Soro anti-B fr. 10 ml	Unid
Soro anti-A 10 ml	Fr
Soro anti-RH laboratório	Unid
Soro anti-D (monoconal) 10 ml	Fr
Soro controle	Unid
Soro Coombs anti-Humand	Unid
TP-Soluplattin	Unid
Trans Oxalacética	Unid
Trans Pirúvica 100-200	Unid
Triglicerídes	Unid
Tromboplastina	Unid

Tipa Wiener	Unid
Tubo vácuo TP Ver. Sili 10 ml	Unid
Tubo p/glucose EDTA 2 ml	Unid
Tubo p/sorol. 2 ml	Unid
Tubo p/cagul. 2 ml	Unid
Tubo p/hemat. EDTA 2 ml	Unid
Tubo TP azul citrate	Unids
Tubo vácuo 5 ml - Bloq. Vermel	Unid
Tubo vácuo glucose 5 ml	Cx
Tubo vácuo TP cinza	Unid
Tubo vácuo TP roxo EDTA 5.0	Unid
Urato	Unid
Uréia	Unid
VDRL RPR pronto uso 225 T5	Unid
Violeta genciana – 500 ml	Unid
Xilol 1000 ml	Unid

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3738
Fls

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Padronização de Medicamentos

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 06

2. PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS 06
2.1 CONCEITO 06
2.2 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO 07
2.3 FISCALIZAÇÃO SOBRE O ANDAMENTO PRÁTICO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS 07

3. PADRONIZAÇÃO 08

3.1 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO DIGESTIVO 08

3.1.1 Antiácidos e antiulcerosos 08
3.1.2 Antiespasmódico Gastrointestinais e anticolinérgicos 08
3.1.3 Antiméticos e antinauseantes 08
3.1.4 Laxantes 08
3.1.5 Antiflatulento 08

3.2 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE PROBLEMAS METABÓLICOS, NUTRIÇÃO E EQUILÍBRIO 08

3.2.1 Antidiabéticos 08
3.2.2 Vitaminas 09
3.2.3 Reposição hidroeletrólica 09

3.3 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS 09

3.3.1 Anti-anêmicos 09
3.3.2 Anti-hemorrágicos 09
3.3.3 Anti-coagulantes 09

3.4 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O APARELHO CARDIOVASCULAR 09

3.4.1 Cardiotônicos 09
3.4.2 Anti-arrítmicos 10

3.4.2.1 Bloqueadores dos canais de sódio 10
3.4.2.2 Agosnistas de ação central 10
3.4.2.3 Bloqueadores de canais de cálcio 10
3.4.2.4 Bloqueador Beta adrenérgicos 10

3.4.3 Vasodilatadores 10
3.4.3.1 Vasodilatadores coronarianos 10

3.4.4 Vasoconstrictores 10

3.4.5 Anti-hipertensivo 10

3.4.6 Diuréticos 11

3.5 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE A PELE 11

3.5.1 Antimicrobiano 11

3.6 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O GLOBO OCULAR 11

3.6.1 Midriáticos 11
3.6.2 Anestésicos 11

3.7 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO GENITO-URINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS 11

3.7.1 Anti-hemorrágico uterino 11
3.7.2 Oxitócitos hormonais 11

3.8 HORMÔNIOS 11

3.8.1 Corticosteróides 11

3.9 ANTIBIÓTICOS 12

3.9.1 Aminoglicosídeos 12
3.9.2 Cefalosporinas de 1.ª Geração 12
3.9.3 Penicilinas 12
3.9.4 Penicilia de Largo Espectro 12
3.9.5 Outros Antimicrobianos 12

3.10 ANTIALÉRGICOS 12

3.11 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO RESPIRATÓRIO 12

3.11.1 Broncodilatadores

3.12 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO 13

3.12.1 Antiinflamatórios 13
3.12.2 Relaxantes musculares periféricos 13

SES 3740 FLS. 9 RUBRICA PROTOCOLO

3.13 MEDICAMENTOS QUE ATUAM O SISTEMA NERVOSO 13

3.13.1 Anestésicos gerais 13
3.13.2 Anestésicos locais 13
3.13.3 Analgésicos narcóticos 13
3.13.4 Analgésicos não-opióides 14
3.13.5 Anticonvulsivantes 14
3.13.6 Ansiolíticos 14
3.13.7 Neurolépticos 14
3.13.8 Hipnóticos e sedativos 14
3.13.9 Antagonista de opióide 14
3.13.10 Antagonista de benzodiazepínicos 14

3.14 MEDICAMENTOS USADOS EM INTOXICAÇÃO 15

3.15 OUTROS 15

4. QUADRO DEMONSTRATIVO DOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS – GENÉRICOS x COMERCIAL 15

SES 3741

1. INTRODUÇÃO

A farmácia hospitalar, no âmbito de sua atuação, comporta-se como uma unidade de negócios, dados os seus relacionamentos comerciais com os laboratórios farmacêuticos, com os fabricantes dos diferentes produtos, com distribuidores e com os representantes comerciais. Gerir medicamentos na área hospitalar é deparar-se com uma grande variedade de produtos (cerca de 50000 itens diferentes se encontram à disposição dos profissionais médicos), com o compromisso de não permitir a ocorrência de *stockout*, sinônimo de morte, perdas ou fracasso organizacional.
Assim, quanto maior a habilidade da farmácia hospitalar em administrar seus produtos de forma racional, maior será sua capacidade de oferecer à clientela bens e serviços de qualidade e com baixos custos operacionais. Daí a importância da definição dos fármacos a serem usados no Hospital Dr. Eduardo Ribeiro Bahiana.

Para tanto, foi formada uma comissão com o objetivo de padronizar os medicamentos estabelecendo os critérios para inclusão/exclusão de produtos e revisar continuamente os itens padronizados. Esta comissão considerou o perfil epidemiológico das doenças prevalentes e/ou incidentes na população assistida pela instituição hospitalar; adotou o nome farmacológico para relacionar os medicamentos (mencionando, junto a este, a concentração e a forma de apresentação); selecionou fármacos com valor terapêutico comprovado, de menor toxicidade e de fácil aquisição no mercado; reuniu os produtos em grupos farmacológicos semelhantes (classificação), reduzindo a variedade desnecessária de materiais (simplificação) e adotou uma codificação (para facilitar a identificação dos remédios), o que resultou na elaboração deste manual, que pode ser consultado facilmente pelos profissionais envolvidos.

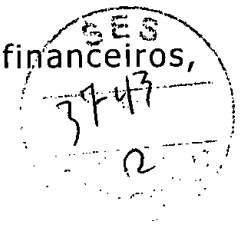
2. PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

2.1 CONCEITO

A padronização de medicamentos em um hospital deve ser o resultado concreto do processo de seleção de medicamentos desenvolvido na instituição e reflete critérios terapêuticos e econômicos.

Terapêuticos:
Promoção do uso Racional e à melhoria na resolutividade terapêutica;
Acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados para as doenças prevalentes.

Econômicos:
Racionalização dos custos dos tratamentos;
Otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros, disponíveis na instituição.



2.2 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO

- Aumentar a qualidade da farmacoterapia e facilitar a vigilância farmacológica;
- Garantir a segurança na prescrição e administração de medicamentos, reduzindo a incidência de reações adversas;
- Disciplinar o receituário e uniformizar a terapêutica, quando possível, para estabelecer protocolos criteriosos;
- Reduzir custo de terapêutica, sem prejuízos para a segurança e a efetividade do tratamento;
- Reduzir o número de fórmulas e formas terapêuticas;
- Reduzir estoques qualitativo e quantitativo;
- Reduzir o custo de aquisição de medicamentos;
- Reduzir custos de manutenção do estoque;
- Facilitar a comunicação entre farmácia, equipe médica, pessoal de enfermagem e seções administrativas;
- Simplificar rotinas de aquisição, armazenamento, dispensação e controle.

2.3 FISCALIZAÇÃO SOBRE O ANDAMENTO PRÁTICO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A fiscalização sobre o uso correto do presente manual deverá ser feita através da Comissão de Farmácia e Terapêutica (farmacêutico, médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, enfermeiro e representante do Serviço Médico), mensalmente, visando sempre o aperfeiçoamento da aplicabilidade e resolutivadade do manual de padronização de medicamentos.

3. PADRONIZAÇÃO

A padronização é feita por grupo terapêutico, seguida de distribuição por nome genérico com correspondente comercial.

3744

3.1 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO DIGESTIVO

3.1.1 Antiácidos e antiulcerosos

Hidróxido de alumínio	Susp. oral
Cimetidina	Sol. Inj. 150mg/ml
Cloridrato de Ranitidina	Compr. 150 mg

3.1.2 Antiespasmódico Gastrointestinais e Anticolinérgicos

Atropina	Sol. Inj. 0,25mg
N-Butil-Escopolamina simples	Sol. Inj
N-Butil-Escopolamina composto	Sol. Inj.
N-Butil-Escopolamina composto	Compr. 10mg

3.1.3 Antieméticos e Nauseantes

Dimenidrato com vitamina B6	Sol. Inj.
Metoclopramida	Sol. Inj. 10 mg
Metoclopramida	Compr. 10 mg

3.1.4 Laxantes

Óleo mineral	100% puro

3.1.5 Antiflatulento

Dimeticona	Susp. oral gotas

3.2 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE PROBLEMAS METABÓLICOS, NUTRIÇÃO E EQUILÍBRIO HIDRO-ELETROLÍTICO

3.2.1 Antidiabéticos

Glibenclamida	Compr. 5 mg
Insulina NPH humana	Sol. Inj. 100 UI/ml
Insulina regular humana	Sol. Inj. 100 UI/ml

3.2.2 Vitaminas

Complexo B	Sol. Inj.
Vitamina C	Sol. Inj. 500 mg
Vitamina C	Compr. 500mg
Vitamina K	Sol. Inj. 10mg

SES 3745

3.2.3 Reposição Hidroeletrolítica

Bicarbonato de sódio	Sol. Inj 8,4% 10ml
Cloreto de pótássio	Sol. Inj 10% 10ml
Cloreto de potássio	Sol. Inj. 19,1% 10ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 0,9% 10ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 20% 10ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 0,9% 250ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 0,9% 500ml
Glicose	Sol. Inj. 5% 500ml
Glicose	Sol. Inj. 25% 10ml
Glicose	Sol. Inj. 50% 10ml
Ringer lactato	Sol. Inj. 500ml

3.3 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS

3.3.1 Anti-anêmicos

Sulfato ferroso	Compr. 40mg

3.3.2 Anti-hemorrágicos

Ácido tranexâmico	Sol. Inj. 250mg
Vitamina K-1	Sol. Inj. 10mg/ml

3.3.3 Anti-coagulantes

Heparina	Sol. Inj. 5000 UI/ml 5ml
Heparina	Sol. Inj. 5000 UI/ml 0,25ml

3.4 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O APARELHO CARDIOVASCULAR

3.4.1 Cardiotônicos

Digoxina	Compr. 0,25mg
Dobutamina	Sol. Inj. 250mg/ml
Dopamina	Sol. Inj. 50mg

3.4.2 Anti-arrítmicos

3.4.2.1 Bloqueadores dos canais de sódio

Fenitoína	Sol. Inj. 50mg/ml
Lidocaína	Sol. Inj. 1%
Lidocaína	Sol. Inj. 2%

SES 3744

3.4.2.2 Agonista de ação central

Clonidina	Sol. Inj. 150 mcg/ml

3.4.2.3 Bloqueadores de canais de cálcio

Nifedipina	Caps SL 10 mg
Nifedipina	Compr. Retard 20 mg

3.4.2.4 Bloqueador Beta adrenérgico

Propanolol	Compr. 40 mg

3.4.3 Vasodilatadores

3.4.3.1 Vasodilatadores coronarianos

Isossorbida	Compr. 5 mg SL
Nifedipina	Caps 10 mg SL
Nitroprussiato de sódio	Sol. Inj. 50mg

3.4.4 Vasoconstrictores

Epinefrina	Sol. Inj. 1 mg/ml

3.4.5 Anti-hipertensivo

Clonidina	Compr. 0,150 mg
Captopril	Compr. 25 mg
Metildopa	Compr. 500 mg
Nitroprussiato de sódio	Sol. Inj. 50mg/2ml
Nifedipina	Caps. 10 mg SL
Nifedipina	Compr. 20 mg retard
Propanolol	Compr. 40 mg

3.4.6 Diuréticos

Furosemida	Sol. Inj. 20 mg/2ml
Furosemida	Compr. 40 mg
Manitol	Sol. Inj. 20%

3.5 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE A PELE

3.5.1 Antimicrobiano

Neomicina + bacitracina	pomada

3.6 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O GLOBO OCULAR

3.6.1 Midriáticos

Ciclopentolato	Sol. Oftálmica
Tropicamida	Sol. Oftálmica 1%

3.6.2 Anestésicos

Cloridrato de tetracaína + fenilefrina + ácido bórico	Sol. oftálmica

3.7 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO GENITO-URINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS

3.7.1 Anti-hemorrágico uterino

Ergometrina	Sol. Inj. 0,2 mg/ml

3.7.2 Oxitócitos Hormonais

Oxitocina	Sol. Inj. 5 UI/ml

3.8 HORMÔNIOS

3.8.1 Corticosteróides

Dexametasona	Sol. Inj. 4 mg
Hidrocortisona	Sol. Inj. 100 mg
hidrocortisona	Sol. Inj. 500 mg
Prednisona	Compr. 20 mg
Prednisolona	Sol. Oral 5 mg/ml

3.9 ANTIBIÓTICOS

3.9.1 Aminoglicosídeos

Gentamicina	Sol. Inj. 80mg/2ml
Amicacína	Sol. Inj. 500 mg

3.9.2 Cefalosporina de 1.ª geração

Cefalexina	Caps. 500 mg
Cefalotina	Pó sol. Inj.
Cefazolina	Pó sol. Inj.

3.9.3 Penicilinas

Pen. G. Benzatina	Pó sol. Inj. 600.000 UI
Pen. G. Benzatina	Pó sol. Inj. 1.200.000 UI
Pen. G. Cristalina	Pó sol. Inj. 5000.000 UI
Pen. G. Procaína	Pó sol. Inj 100.000 + 300.000 UI

3.9.4 Penicilina de largo espectro

Ampicilina	Compr. 500mg
Ampicilina	Pó sol. Inj. 500mg

3.9.5 Outros Antimicrobianos

Lincomicina	Sol. Inj. 600mg

3.10 ANTIALÉRGICOS

Dexclorfemiramina	Sol. Oral 0,4 mg/ml
Dipropiato de betametasona + Fosf. Disódico de betametasona	Sol. Inj. 5mg + 2mg/ml
Prometazina	Sol. Inj. 25 mg/ml

3.11 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO RESPIRATÓRIO

3.11.1 Broncodilatadores

Aminofilina	Compr. 0,2g
Aminofilina	Sol. Inj. 24 mg/ml

3.12 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

3.12.1 Antiinflamatórios

Cetoprofeno	Sol. Inj. 100mg IV
Diclofenaco de sódio	Sol. Inj. 75 mg
Diclofenaco de sódio	Compr. 50 mg
Dipropianato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	Sol. Inj. 5mg+2mg/ml

3.12.2 Relaxantes Musculares Periféricos

Pancurônio	Sol. Inj. 4mg/2ml
Rocurônio	Sol. Inj. 50 mg/5ml
Ropivacaína	Sol. Inj. 7,5 mg/ml
Succinicolina	Sol. Inj.; 100mg

3.13 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO

3.13.1 Anestésicos Gerais

Cetamina	Sol. Inj. 50mg/ml
Enflurano	Sol. Inal. Fr. 100ml
Halotano	Sol. Inal. Fr. 100ml
Isoflurano	Sol. Inal. Fr. 100ml
Propofol	Sol. Inj. 10mg/ml
Tiopental sódico	Pó sol. Inj. 500mg
Bupivacaína s/adrenalina	Sol. Inj. 0,5%
Bupivacaína pesada	Sol. Inj. 0,5%
Bupivacaína c/adrenalina	Sol. Inj. 0,5%
Bupivacaína s/adrenalina	Sol. Inj. 0,25%

3.13.2 Anestésicos Locais

Lidocaína	Geléia 2%
Lidocaína c/adrenalina	Sol. Inj. 2%
Lidocaína s/adrenalina	Sol. Inj. 2%
Lidocaína s/adrenalina	Sol. Inj. 1%
Prilocaína	Sol. Inj. 3%

3.13.3 Analgésicos Narcóticos

Fentanila c/conservante	Sol. Inj. 0,05mg/ml
Fentanila s/conservante	Sol. Inj. 0,05 mg/ml

Morfina	Sol. Inj. 0,2mg/ml
Morfina	Sol. I nj. 1 mg/ml
Morfina	Sol. Inj. 10mg/ml
Nalbufina	Sol. Inj. 10mg/ml
Tramadol	Sol. Inj. 50mg
Tramadol	Compr. 50mg

SES 3750

3.13.4 Analgésicos não-opióides

Ácido acetil salicílico	Compr. 100mg
Dipirona	Compr. 500mg
Dipirona	Sol. Inj. 500mg
Dipirona	Sol. Oral gotas 50mg/ml
Paracetamol	Sol. Oral gotas 200mg/ml
Paracetamol	Compr. 500mg

3.13.5 Antoconvulsivantes

Fenobarbital	Sol. Inj. 200mg/ml
Fenitoína	Sol. Inj. 50mg/ml

3.13.6 Ansiolíticos

Diazepan	Sol. Inj. 10mg/ml
Diazepan	Compr. 10 mg
midazolan	Sol. Inj. 15mg/3ml
Midazolan	Sol. Inj. 50mg/ml

3.13.7 Neurolépticos

Clorpromazina	Sol. Inj. 25mg/5ml
Haloperidol	Sol. Inj. 5mg/ml

3.13.8 Hipnóticos e Sedativos

Midazolan	Sol. Inj. 15mg/ml
Midazolan	Sol. Inj. 50mg/ml

3.13.9 Antagonistas dos Opióides

Naloxano	Sol. Inj. 0,4mg/ml

3.13.10 Antagonista dos Benzodiazepínicos

Flumazenil	Sol. Inj. 0,5mg/ml

3.14 MEDICAMENTO USADO EM INTOXICAÇÃO

Carvão ativado	Pote 30g

3.15 OUTROS

Vaselina sólida	Bisnaga 30g
Nitrato de prata	bastão

4. QUADRO DEMONSTRATIVO DOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS – GENÉRICOS x COMERCIAL

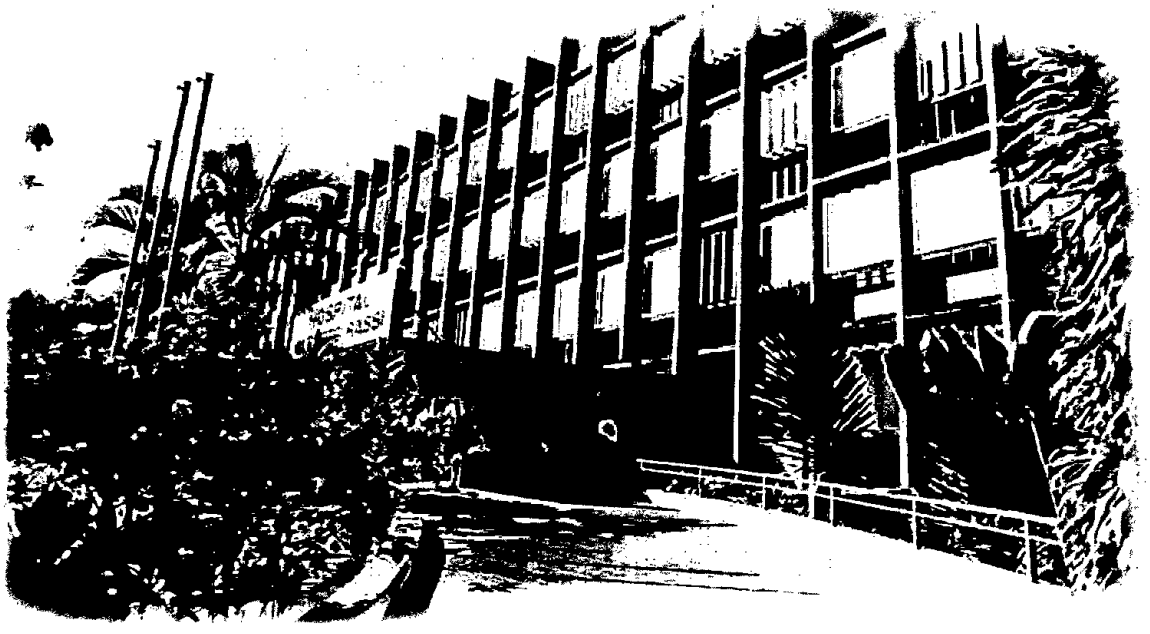
Ácido acetil salicílico	AAS
Ácido tranexâmico	Transamin
Amicacína	Novamin
Aminofilina	Aminofilina, Minoton
Ampicilina	Amplacilina, Binotal
Dimeticona+Metilbrometo de Homatropina	Atropina, Atropion
Bicarbonato de sódio	Bicarbonato de Sódio
Bupivacaína c/adrenalina	Marcaína c/v
Bupivacaína pesada	Marcaína pesada
Bupivacaína s/adrenalina	Marcaína s/v
Captopril	Capoten, Lopril D
Carvão ativado	Carvão Ativado
Cefalexina	Keflex, Keforal, Keflaxina
Cefalotina	Keflin
Cefazolina	Kefazol
Cetamina	Ketalar
Cetoprofeno	Bi-Profenid, Artosil
Ciclopentolato	Cicloplegico
Cimetidina	Tagamet
Clonidina	Atensina, Clonidin
Cloreto de potássio	Cloreto de Potássio
Cloreto de sódio	Cloreto de Sódio
Cloridrato de Ranitidina	Antak
Cloridrato de tetracaína + fenilefrina + ácido bórico	Colírio Anestésico
Clorpromazina	Amplictil
Complexo B	Beplex
Dexametasona	Decadron, Baycuten n, Minidex, Dexason
Dexclorfemiramina	Polaramine
Diazepan	Valium
Diclofenaco de sódio	Voltaren
Digoxina	Digoxina, Digox

Dimenidrato com vitamina B6	Dramin B6
Dimeticona	Luftal, Flatex
Dipirona	Novalgina, Anador
Dipropianato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	Diprospan
Dobutamina	Dobutrex, Dobutil
Dopamina	Revivan, Dopabane
Enflurano	Etrane, Enuran
Epinefrina	Adrenalina, Marcaína
Ergometrina	Ergotrate, Methergin
Fenitoína	Hidantal
Fenobarbital	Gardenal
Fentanila c/conservante	Fentanil
Fentanila s/conservante	Fentanil
Flumazenil	Lanexat, Flumazil
Furosemida	Lasix, Furosemide
Gentamicina	Garamicina, Quadriderme, Septopal
Glibenclamida	Daonil, Glucovance
Glicose	Glicose
Haloperidol	Haldol
Halotano	Fluothane
Heparina	Alimax, Heparin
Hidrocortisona	Cortisonal, Solucortec
Hidróxido de alumínio	
Isoflurano	Forane, Isoran
Isossorbida	Isordil, Monocordil
Lidocaína	Xylocaína
Lidocaína c/adrenalina	Xylocaína
Lidocaína s/adrenalina	Xylocaína
Lincomicina	Frademicina, Linatron
Manitol	Manitol
Metildopa	Aldomet, Aldotensin
Metoclopramida	Plasil, Pramil
Midazolan	Dormonid
Morfina	Dimorf, Morfenil
Nalbufina	Nubain
Naloxano	Narcan
N-Butil-Escopolamina composto	Buscopan Composto
N-Butil-Escopolamina simples	Buscopan
Neomicina + bacitracina	Nebacetin
Nifedipina	Adalat, Adalat SL, Adalat Retard, Dilavax, Nifedipin
Nitrato de prata	Solução de Nitrato de Prata
Nitroprussiato de sódio	Nipride

Óleo mineral	Óleo Mineral
Oxitocina	Syntocinon, Orastina
Pancurônio	Pavulon, Pancuron
Paracetamol	Sonridor, Tylenol, Vick Pyrena
Pen. G. Benzatina	Benzetacil, Benzatron
Pen. G. Cristalina	Aricilina, Benzilpen
Pen. G. Procaína	Wycillin, Despacilina
Prednisolona	Prelone, Predsim
Prednisona	Meticorten, Corticorten
Prilocaína	Citocaína
Prometazina	Fenergan
Propanolol	Propanolol
Propofol	Diprivan, Propovan
Ringer lactato	Ringer Lactato
Rocurônio	Esmeron
Ropivacaína	Naropin
Succinicolina	Quelicin
Sulfato Ferroso	Combiron, Ferronil
Tiopental sódico	Thionembutalm Anental
Tramadol	Tramal, Sylador
Tropicamida	Mydriacyl, Tropinom
Vaselina sólida	Vaselina Sólida
Vitamina C	Cewin, Ceviton
Vitamina K	Kanakion, Vikatron
Vitamina K-1	Kanakion, Vikatron

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM QUALIDADE – QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Membros:

- Médicos

Finalidade:

- Discussão da formação profissional das diferentes categorias na assistência à saúde

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO

3756

As reuniões da Comissão Residência Médica devem ser realizadas mensalmente.

Especialidades

Os Programas de Residência Médica (PRM) são modalidades de ensino de pós-graduação destinadas a médicos e caracterizadas por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, com a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação.

Oferecer os seguintes Programas de Residência Médica (PRM)

Alergia e Imunologia	Medicina de Família e Comunidade
Medicina Intensiva	Pneumologia
Nefrologia	Reumatologia
Cardiologia	Urologia
Cirurgia do Aparelho Digestivo	Neurocirurgia
Cirurgia Geral	Neurologia
Cirurgia Torácica	Dermatologia
Clínica Médica	Otorrinolaringologia
Patologia	Gastroenterologia
Endocrinologia	

Ingresso

Seleção de residência médica: para concorrer a uma vaga os candidatos são submetidos a uma prova escrita valendo 90%, análise de currículo 5% e entrevista 5% perfazendo 100%, cumprindo uma das resoluções aprovadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

- Em todos os programas serão desenvolvidas atividades práticas, sob a forma de estágio hospitalar supervisionado, cumprindo uma carga horária de 60 horas semanais, incluindo um plantão de 24h.

- As atividades teóricas, seminários e estágios fora dos serviços seguem as normas estabelecidas por cada Programa de Residência Médica, conforme Resoluções da CNRM.

- Avaliações: são trimestrais e, atualmente, estão informatizadas. Os Programas de Residência Médica e os preceptores também são avaliados, anualmente.

As Resoluções e especificações com as exigências da Comissão Nacional de Residência Médica e o conteúdo de cada Programa podem ser acessadas no site da CNRM (mec.gov.br/sesu/residencia/legis.shtm e in.gov.br/materia.asp.)

Processos Seletivos da Residência Médica

Os processos seletivos para residência médica são conduzidos pela Fundação Médica do Rio Grande do Sul. Para maiores informações, clique aqui

3758

Residentes de Outras Instituições

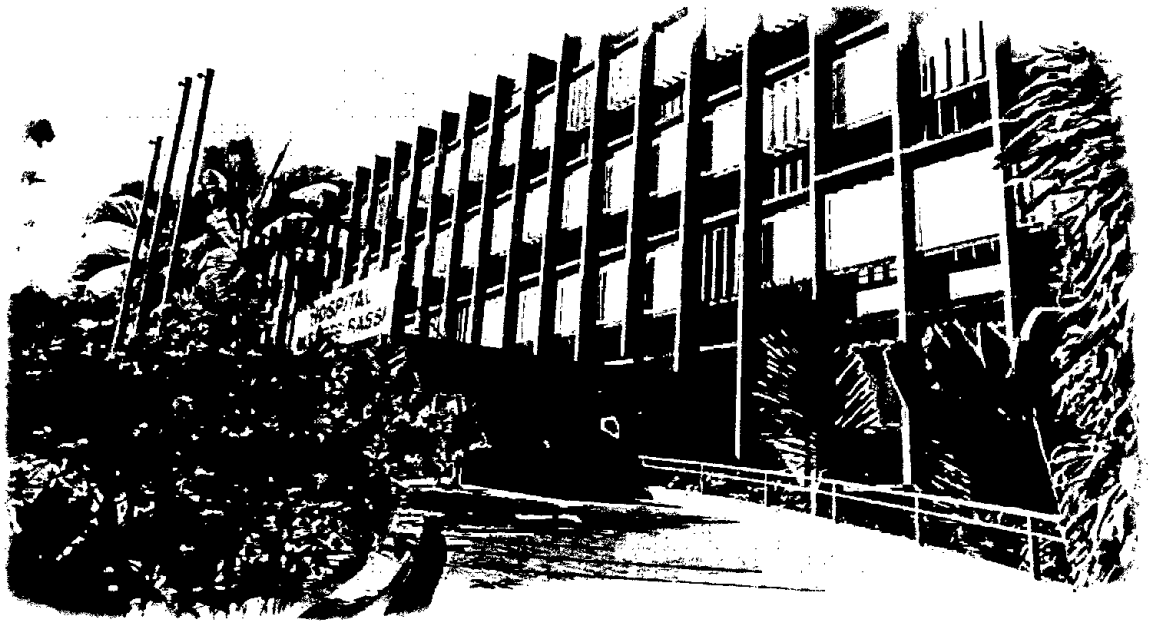
O Hospital de Clínicas recebe residentes de outras instituições, conforme parcerias estabelecidas para realização de estágios opcional.

O interessado deve encaminhar um ofício à chefia de Serviço Médico no Hospital de Clínicas em que esteja interessado e, após a aprovação, deverá comparecer na Coreme para os trâmites legais.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3759
Rubrica
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**

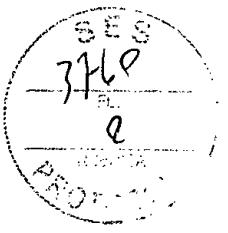


PROPOSTA TÉCNICA
ITEM QUALIDADE – QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO



Membros:

- Médico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Psicólogo
- Assistente Social
- Fisioterapeuta

Finalidade:

- Discussão da formação profissional das diferentes categorias na assistência à saúde

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 9
D
FUNC.

ATRIBUIÇÕES

- O papel da Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde na formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e sua influência sobre as mudanças nos cursos de graduação na área da saúde;

- Elaboração de critérios para credenciamento e financiamento dos Programas de Residência, a partir da análise do cadastro dos Programas;

- Seleção e capacitação de visitadores para realização de visitas aos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional para credenciamento com base em critérios a serem elaborados

- Início do processo de construção do perfil de Competências para a equipe de saúde da família;

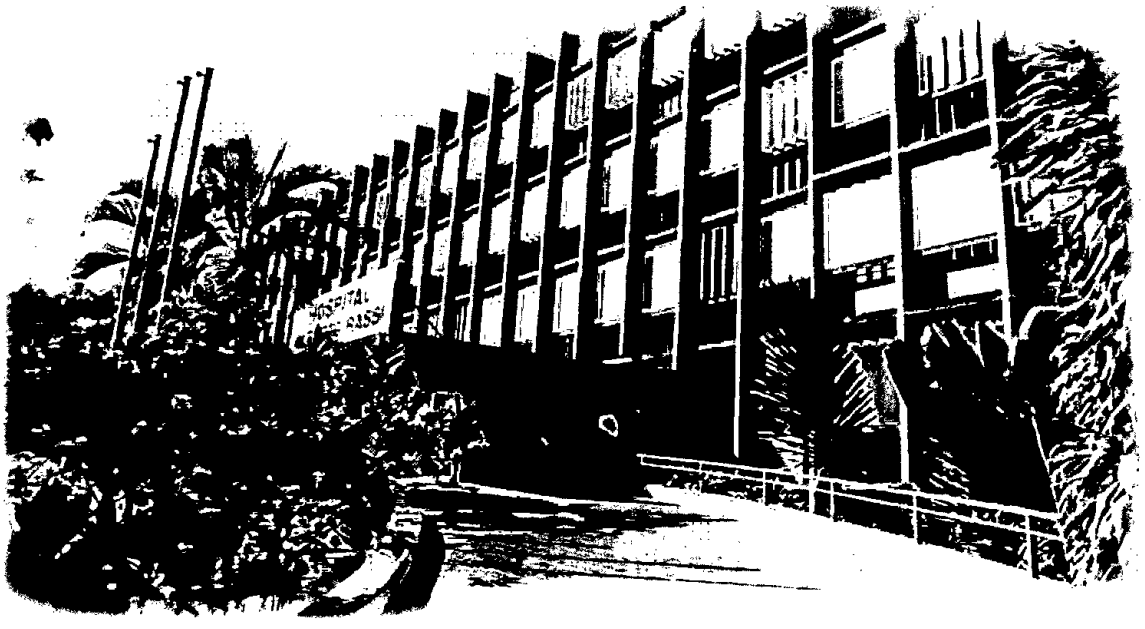
- Importante resgatar que o fortalecimento do processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde deu-se a partir da promulgação da Lei 11.129 de 2005, que criou a Residência em Área profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde- CNRMS.

- Dessa forma, O Ministério da Saúde, cumprindo o seu papel de gestor federal, elaborou através do DEGES/SGTES as Portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das Residências Multiprofissionais em Saúde, a saber: Portaria nº 1.111/2005, Portaria nº 1.143/2005 e Portaria Interministerial nº 2.117/2005.

- A avaliação e credenciamento pela CNRMS serão extensivos a todos os Programas de Residência em Saúde (Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde), no entanto o financiamento de Programas pelo Ministério da Saúde restringe-se às prioridades estabelecidas pela Política Nacional de Saúde.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM QUALIDADE – QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

SES
37-64

Membros:

- Médico
- enfermeiro do SCIH
- Gerência de EnfermageM
- membro do SESMT
- membro do Escritório da Qualidade

Finalidade:

Identificar, controlar e reduzir riscos, visando manter o Hospital cada vez mais seguro

Formar a Comissão de Gerenciamento do Risco:

É necessária uma equipe multiprofissional, que tenha representantes da direção, das áreas assistenciais, de apoio, administrativa da instituição, da CCIH e auditoria clínica.

Outros pontos importantes são: a elaboração e compartilhamento entre os membros da comissão do cronograma das reuniões ordinárias.

Metodologia das reuniões ordinárias:

- iniciar verificando e discutindo os pontos pendentes da reunião anterior,
- realizar planos de ação dos itens discutidos,
- registrar os acordos e pontos estratégicos em livro de ata;
- divulgar e repassar as responsabilidades para as pessoas estratégicas.

Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco:

Planejar e elaborar a política de gerenciamento do risco significa oficializar a nomeação dos membros da Comissão, elaborar o planejamento das ações de implantação e implementação da gestão do risco no hospital buscando o perfeitoalinhamento ao planejamento estratégico institucional.

Identificar, classificar e mapear os riscos institucionais:

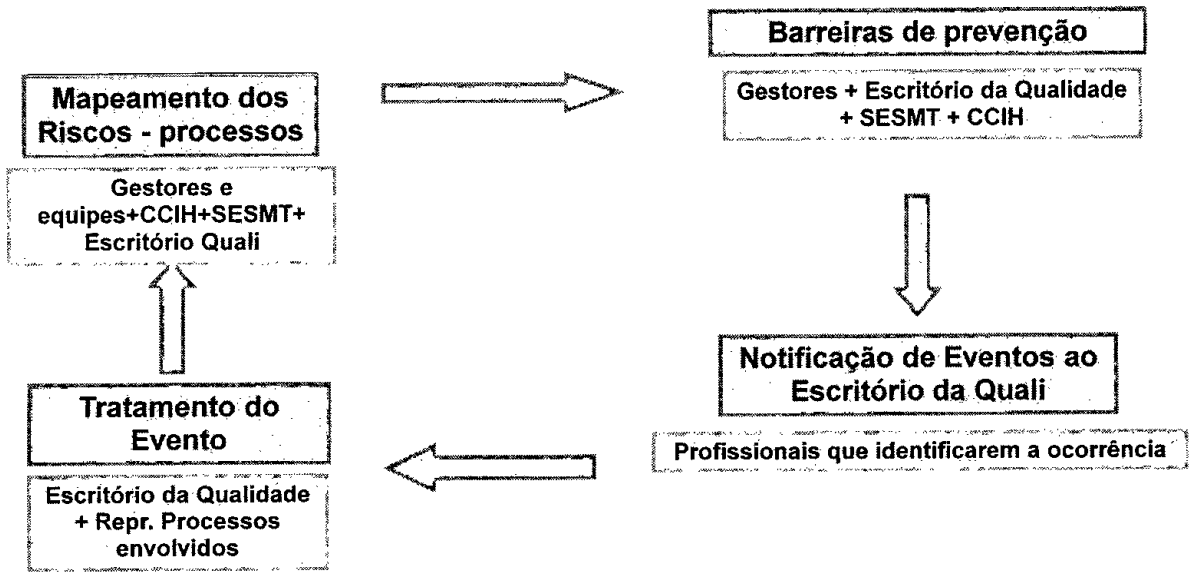
Para identificar os riscos presentes nos processos é recomendada a utilização das ferramentas para levantar os pontos de fragilidades:

- Mapeamentos dos processos;
- Notificações de Quase Dano e Eventos Adversos;
- Notificações de não conformidades;
- Busca Ativa em Auditoria Clínica;
- Alertas e na Literatura.

Na classificação e mapeamento dos riscos objetiva-se determinar o nível de risco e estabelecer as prioridades nos pontos críticos de cada processo assistencial.

Os Níveis de Risco (Criticidade do Risco) são obtidos multiplicando Gravidade por Probabilidade. Este valor permite priorizar a intervenção sobre o risco, bem como priorizar as ações que serão implementadas.

Fluxo de Gestão do Risco



NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS

	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERRO, EVENTO SENTINELA E REAÇÃO ADVERSA	**Notificação Nº** (Uso do Escritório da Qualidade): **Data: / /**
Natureza do Evento	Identificação da natureza da ocorrência pelo notificante	Identificação da natureza da ocorrência pelo Escritório da Qualidade
	( ) Erro ( ) Evento Sentinela ( ) Reação Adversa	( ) Erro ( ) Evento Sentinela ( ) Reação Adversa
Descrição do Evento		
Quem notificou		Origem Serviço HCC _____
Data de recebimento pelo Escritório da Qualidade:		Quem recebeu:
Nível de Análise	O que ocorreu: Evento:	
Questões	Quais os detalhes do evento: Quando o evento ocorreu: Quais processos foram envolvidos:	
Causa(s)		
Por quê		
Ações	Correção Ação Corretiva: Ação Preventiva:	
Devolvido ao Escritório da Qualidade pelo Serviço notificado em		Quem recebeu:
Avaliação do Escritório da Qualidade: eficácia da ação	Tratamento do evento ( ) SATISFATÓRIO ( ) INSATISFATÓRIO Ações Propostas ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA	

TRATAMENTO DOS EVENTOS – ANÁLISE RETROSPECTIVA

	GERENCIAMENTO DE RISCOS **ANÁLISE RETROSPECTIVA – IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO**					
Nível da análise		Questões*	Achados (o quê ocorreu; definir o evento)	Causa	Por quê	Ações
O quê ocorreu	Ocorrência (evento sentinela, erro, reação adversa)	Quais são os detalhes do evento? (descrição)				
		Quando o evento ocorreu?				
		Que processos foram envolvidos?				

TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLSE PROSPECTIVA

(1) MUITO IMPROVÁVEL	✓ Raramente ocorre ✓ Não se espera que o dano ocorra durante anos		**(1) LIGEIRA**	Quando pode desencadear lesões ligeiras (irritação de olhos, pele, cefaléia, desconforto,...)
(2) IMPROVÁVEL	✓ Ocorre ocasionalmente ✓ Aceita-se que o dano ocorra até uma vez durante 1 ano		**(2) GRAVE**	Quando é susceptível de provocar incapacidade temporária (lacerações, queimaduras, fraturas menores, lesões músculo esqueléticas, ...)
(3) PROVÁVEL	✓ Ocorre frequentemente ✓ Espera-se que o dano venha a ocorrer com relativa facilidade ✓ Algumas vezes por mês		**(3) MUITO GRAVE**	Quando pode provocar lesões muito graves (intoxicações, lesões múltiplas, fraturas, doenças crônicas,...)
(4) MUITO PROVÁVEL	✓ Certamente ocorre ✓ Espera-se que o dano ocorra com muita facilidade ✓ Várias vezes por semana ou diário		**(4) MORTE**	

TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

GRAVIDADE (G)	PROBABILIDADE (P)				
	G x P	1	2	3	4
	1	1	2	3	4
	2	2	4	6	8
	3	3	6	9	
	4	4	8		

TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

RISCOS	MEDIDAS/ORIENTAÇÕES
TRIVIAL Criticidade 1	✓ Não requer ação específica
ACEITÁVEL Criticidade 2, 3	✓ Não é necessário melhorar a ação. No entanto, devem ser consideradas avaliações periódicas de modo a analisar a sua evolução.
MODERADO Criticidade 4, 6	✓ Devem ser implementadas políticas de redução do risco a médio e curto prazo.
IMPORTANTE Criticidade 8, 9	✓ O risco tem de ser reduzido rapidamente ✓ Devem ser implementadas políticas de redução do risco a curto prazo e avaliações periódicas para garantia da redução do risco
INTOLERÁVEL Criticidade 12, 16	✓ A ação não deve continuar até que o risco seja imediatamente reduzido, sob pena de serem cancelados atos, procedimentos clínicos e até encerrados serviços clínicos

TRATAMENTO DE NÃO-CONFORMIDADES

	RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE	Nº	Data:
			Página 1/1

ORIGEM: ( ) Cliente ( ) Fornecedor ( ) Acreditação

Outro_____

DESCRIÇÃO DA NÃO-CONFORMIDADE:

Fruto da quebra da cadeia de valor – Interações de Processos

Responsável: Data:

ANÁLISE DA(S) CAUSA(S):

Definição das causas – uso do Diagrama de Ishikawa – mediação entre os Processos pelo Escritório da Qualidade

Responsável: Data:

AÇÃO CORRETIVA: Eliminam a causa? Impedem que haja recorrência?

Ações planejadas – uso da ferramenta 5W2H – Acompanhamento das ações pelo Escritório da Qualidade

Responsável: Data:

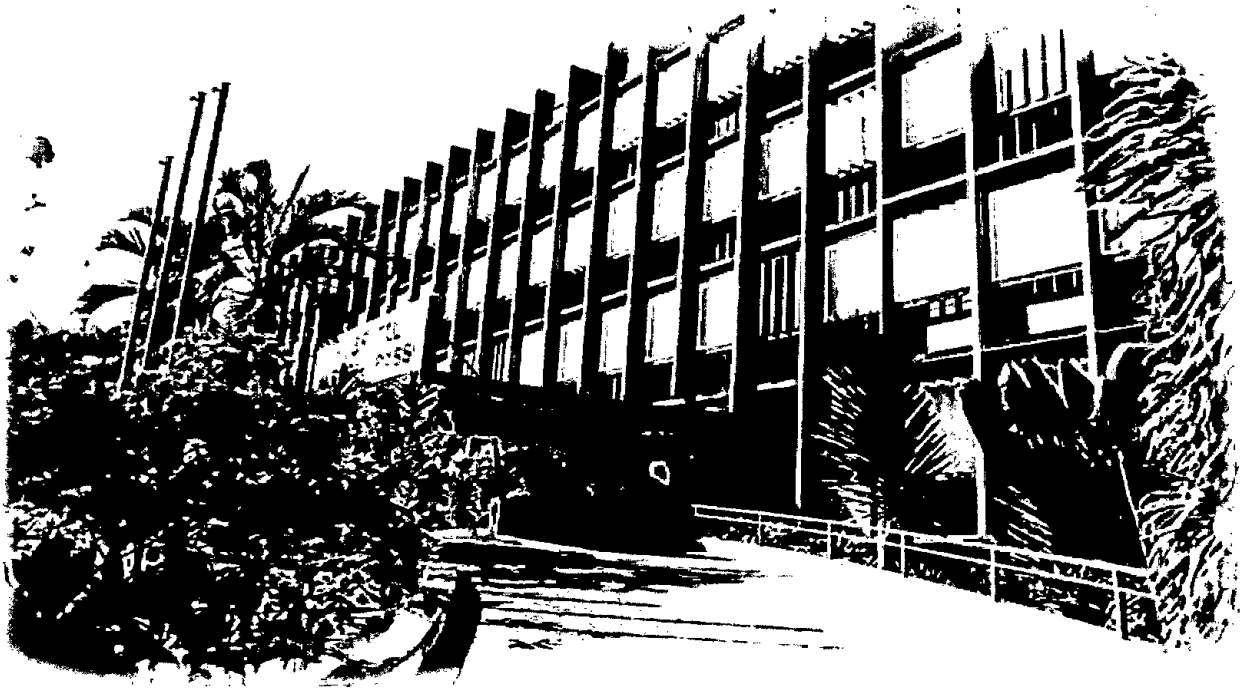
METAS INTERNACIONAIS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

- Identificar pacientes corretamente
- Melhorar a comunicação efetiva (prescrições/exames diagnósticos)
- Segurança -medicamentos risco
- Cirurgias em pacientes, membros e local corretos
- Reduzir o risco de infecções
- Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas
- Assegurar a continuidade do uso de medicamentos de uso continuado durante a internação hospitalar (Reconciliação Medicamentosa)

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme

Chamamento Público n.° 005/2011

SES
3773



ITEM QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA

PROPOSTA TÉCNICA

Plano de Gerenciamento de Resíduos

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES 3774 Pág.

1 Introdução..... 04

2 Objetivos

2.1 Geral..... 05

2.2 Específicos..... 05

3 Responsabilidades do PGRSS..... 06

4 Características do Estabelecimento..... 07

4.1 Identificação..... 07

4.2 Prestação de Serviço – Descrição da Capacidade Operacional..... 08

4.3 Infra-estrutura..... 08

4.4 Corpo Técnico..... 09

4.5 Segurança e Saúde Ocupacional..... 09

5 Diagnóstico da Situação Atual..... 10

5.1 Resíduos Sólidos gerados no Hospital..... 10

5.2 Emissões gasosas e efluentes líquidos..... 12

6 Manejo dos Resíduos de Acordo com a RDC 306 – ANVISA..... 12

6.1 Segregação..... 12

6.2 Acondicionamento..... 12

6.3 Identificação..... 13

6.4 Transporte interno..... 14

6.5 Armazenamento temporário..... 14

6.6 Tratamento..... 14

6.7 Armazenamento externo..... 15

6.8 Coleta e Transporte externos..... 15

6.9 Disposição Final..... 15

7 Classificação dos Resíduos de acordo com a RDC 306 – ANVISA..... 16

7.1 Resíduos do Grupo A..... 16

7.2 Resíduos do Grupo B..... 17

7.3 Resíduos do Grupo C..... 18

7.4 Resíduos do Grupo D 18

7.5 Resíduos do Grupo E 18

Segurança Ocupacional..... 19

Referências..... 20

1 INTRODUÇÃO

O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde no Brasil, tem sido alvo de grande preocupação das autoridades sanitárias, sobretudo nos últimos anos, em decorrência do grande volume de resíduos produzidos e do inadequado destino dado ao mesmo, o que decorre em conseqüências diretas à qualidade de vida da população e sérias questões ambientais.

No ano de 2003 a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), publicou a RDC 33, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento dos RSS, e em 2004 publicou a RDC 306, com maior abrangência e maior nível de exigência regulamentar para o trato dos resíduos nas Unidades de Saúde.

Assim, o Programa de Gerenciamento de Resíduo de Serviço de Saúde – PGRSS tem a função básica de assegurar o manejo seguro dos resíduos, quais sejam: geração, classificação, segregação, acondicionamento, transporte, armazenamento, tratamento e disposição final, bem como, treinamento e utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI) dos profissionais da saúde.

É nesse sentido, que se propõe este conjunto articulado de ações normativas, operacionais, financeiras e de planejamento baseados em critérios sanitários, ambientais, técnicos, educacionais e sociais, para a geração, manejo, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos oriundos do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Gerenciar os resíduos de serviços de saúde, em conformidade com a RDC 306/2004 da ANVISA.

2.2 ESPECÍFICOS

- Prevenir e reduzir riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio de correto gerenciamento de resíduos gerados pelo hospital.
- Reduzir o volume de resíduos perigosos e a incidência de acidentes ocupacionais.
- Implementar medidas de correção das rotinas constatadas como inadequadas ou inexistentes.
- Revisar rotinas já estabelecidas, buscando o aprimoramento contínuo dos profissionais e áreas
- Reduzir o número de infecções hospitalares.

3 RESPONSABILIDADES NO PGRSS

ASSUMIMOS SOB PENAS DA RDC 306/04 ANVISA, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE PGRSS SÃO VERDADEIRAS

3777

ELABORAÇÃO:

_____nome da empresa_____

RESPONSABILIDADE TÉCNICA:

_____ _____

COORDENAÇÃO DO PGRSS :

_____

ASSESSORIA :

CCIH - Presidente _____ ___

DIREÇÃO DA UNIDADE :

_____

Goiânia/GO ___/___/_____

4.2 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – DESCRIÇÃO DA CAPACIDADE OPERACIONAL

UNIDADE/SERVIÇO	NÚMERO DE LEITOS		PACIENTES/MÊS		CONSIDERAÇÃO
	Instalada	Em uso	Instalada	Em uso	
Clínica Médica					
Clínica Cirúrgica					
Isolamento					
Total					

Especificação	Nº Salas	Especificação	Nº AUTOCLAVES
Centro Cirúrgico – procedimentos cirúrgicos		Central de Material Esterilizado com autoclaves e secadora	
Centro de recuperação pós-anestésica			

4.3 INFRA ESTRUTURA

Área Total do Terreno: **m2** Quantidade de Prédios **:** Número de Pavimentos **:** Material de construção: **Alvenaria** Terreno: Área Construída **m2** Área livre: **m2**	Água : – Companhia de água e esgoto de Goiás - **Capacidade de armazenagem – _____ litros, equivalente ao consumo de 98 horas (04 dias); fornecimento contínuo, sem cortes, com laudo de Análises Físico Químicas e Bacteriológicas da água .** Descarte de Águas residuárias :

4.4 CORPO TÉCNICO

CORPO TÉCNICO	NÚMERO DE TRABALHADORES					
	CLT	Estatutário Lei	AVULSO	POR TEMPO DETERMINADO	TERCEIRIZADO	TOTAL
Médicos						
Enfermeiros						
Fisioterapeutas						
Nutricionistas						
Farmacêuticos						
Bioquímicos						
Assistente Social						
Técnicos Administrativos						
Técnicos de Enfermagem						
Técnicos de Laboratório						
Técnicos de Raio X						
Auxiliares Administrativos						
Auxiliares de Enfermagem						
Auxiliares de Laboratório						
Auxiliares de Serviços Gerais						
Artífices						
TOTAL						**234**

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:	
Programas de Capacitação	• De admissão ao trabalho /Treinamento em Serviço
Benefícios	• Vale refeição
Vinculo com Sindicato	• _____ servidores, conforme informação da Diretoria do Sindicato
Taxa de Rotatividade	• Concursados para a função

4.5 SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

SERVIÇO/COMISSÃO	OBSERVAÇÃO
Serviço especializado de Segurança e Medicina do Trabalho	Não instituído
Comissão de Biossegurança	Não instituída
Mapa de risco	Não elaborado

5 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL

5.1 RESÍDUOS SÓLIDOS GERADOS NO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

RESÍDUO GERADO	SEGREGADO	
	Sim	Não
GRUPO A1		
Vacinas com microorganismos vivos ou atenuados (febre amarela, pólio, varicela e MMR)	X	
GRUPO A2		
Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos	X	
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.	X	
Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, **CONTENDO sangue ou líquidos corpóreos, na forma livre** (bolsas cheias : drenagem torácica, urina, colostomia, aspiração vácuo).	x	
GRUPO A3:		
Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estrutura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares .	x	
GRUPO A4		
Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que **NÃO CONTENHAM** ou sejam suspeitos de conter Agentes Classe de Risco 4, (Apêndice II da RDC n º 306) e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiológicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons	x	
Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que **NÃO CONTENHAM** sangue ou líquidos corpóreos na forma livre : Bolsas coletoras vazias; algodão; esparadrapo e assemelhados; luvas; curativos, chumaços e ataduras; espéculos descartáveis; fios e materiais de sutura; abaixador de língua; material entubação descartável	x	
Filtros de ar e gases aspirados de áreas contaminadas	x	
Peças anatômicas (órgãos e tecidos, PLACENTAS) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica	x	
Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.	x	
GRUPO B – QUE APRESENTAM RISCO À SAÚDE OU AO MEIO AMBIENTE		
Produtos e de insumos farmacêuticos, sujeitos a controle especial, conforme Portaria MS 344/98 e suas atualizações. (hormônios, antimicrobianos, imunossupressores, digitálicos, antiretrovirais, imunomoduladores)	x	
Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes	X	
Reagentes para Laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.	X	
Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas	X	

Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores)	X	
Reveladores não usados e, soluções concentradas e fixadores não submetidos a processo de recuperação da prata	X	
Pilhas, baterias, e acumuladores de carga contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg) e seus compostos	X	
Resíduos contendo Mercúrio (Hg) e ou outros metais pesados.	X	
Demais produtos considerados perigosos, conforme clas. da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos) – pilhas, baterias a base de cádmio, mercúrio e seus compostos, no-break, bateria de celular, desfibrilador	X	
Embalagem e materiais contaminados com substâncias químicas perigosas	X	
GRUPO B – QUE NÃO APRESENTAM RISCO À SAÚDE OU AO MEIO AMBIENTE		
Embalagens secundárias não contaminadas pelo produto	X	
Resíduos Grupo B – destinados à reciclagem ou reaproveitamento (cartuchos de tinta impressora)	X	
Outros assemelhados	X	
Resíduos de produtos farmacêuticos que não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente	X	
GRUPO D – NÃO RECICLÁVEIS		
Papel de uso sanitário, papel sujo, papel brilhante, espelhado, parafinado, vegetal	X	
Fralda, absorventes higiênicos	X	
Toco de cigarros, sobras de tecido e linha	X	
Peças descartáveis de vestuário: máscaras, aventais, goros	X	
Filtros sistema ar condicionado das áreas de assistência	X	
Outros assemelhados (louças quebradas ,etc)	X	
GRUPO D – RECICLÁVEIS		
Resíduo proveniente das áreas administrativas (papel limpo, filtros ar condicionado)	X	
Frascos e equipo de soro; seringas vazias e sem agulha; escovinhas para anti-sepsia mãos equipe cirúrgica e outros similares não classificados com A1	X	
Papelão, papel, plástico que servem de embalagem secundária (não contaminados com material biológico e ou químico)	X	
Filtros sistema ar condicionado de janela das áreas administrativas	X	
Copos plásticos; vidros; latas vazias	X	
GRUPO D – ORGÂNICOS		
Resto alimentar de paciente/ Resto alimentar de refeitório	X	
Sobras de alimentos e do preparo de alimentos	X	
Resíduos de varrição, flores, podas e jardins	X	
Lodo da Estação Tratamento Água	X	
Resíduo Líquido de Esgoto e de Águas Servidas	X	
GRUPO E – perfuro cortantes		
Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, lâminas de bisturí, brocas, limas endotônicas, pontas diamantadas	X	
Lancetas tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas, e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sangüínea e placa de Petri) e outros similares.	X	
Outros assemelhados provenientes de serviços de saúde	X	

5.2 EMISSÕES GASOSAS E EFLUENTES LÍQUIDOS GERADOS

Emissões Gasosas	Efluentes líquidos
• Vapores de produtos anestésicos • Gases Medicinais (O2) • Ar comprimido • Gás de combustão • Gás carbônico • Solda • Oxido Nitroso (NO2) • Vapor resultante cozimento alimentos • Vapores produtos químicos processamento de roupa – Lavanderia • Vapores – Equipamentos de esterilização física (Autoclaves)	• Esgoto Sanitário • Efluente lavagem de louça com adição de produtos químicos • Efluente lavagem de roupa com adição de produtos químicos • Efluentes da limpeza com produtos químicos • Efluentes Equipamento de Processamento de Imagens (RX)

6. MANEJO DOS RESÍDUOS DE ACORDO COM A RDC 306 – ANVISA

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:

6.1 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.

6.2 ACONDICIONAMENTO

Consiste 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 é compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.
- Os resíduos sólidos são acondicionados em saco constituído de material resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.
- Os sacos estão contidos em recipientes de material lavável, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e são resistentes ao tombamento.
- Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa de vedação.
- Os resíduos líquidos são acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

6.3 IDENTIFICAÇÃO

Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

- A identificação está fixada 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, através de adesivos resistentes aos processos de manuseio.
- 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.



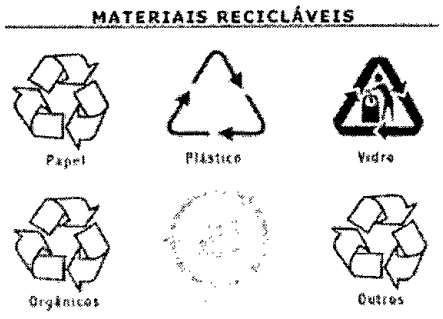
- O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR-7500 da ABNT, e com discriminação de substância química e frases de risco.



- O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifóliode cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.



- O Grupo D é representado



- 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, acrescidos da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE.



símbolo na caixa coletora



6.4 TRANSPORTE INTERNO

Consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

- É 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 atividade.
- É feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.
- Os recipientes para transporte interno são constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, devidamente identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. , resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante. ; providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído.

6.5 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 otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

- Os expurgos têm pisos e paredes lisas e laváveis; piso resististe ao tráfego dos recipientes coletores
- No armazenamento temporário não é permitida a retirada de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.
- O armazenamento dos resíduos químicos e perfuro-cortantes atende à NBR 12235 da ABNT (são armazenados em local apropriado, em sacos plásticos padronizados e em contêineres com tampa e rótulo)

6.6 TRATAMENTO

Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou dano ao meio ambiente

- O tratamento é aplicado em parte no próprio estabelecimento, e em parte em outro estabelecimento, observadas as condições de segurança para o transporte.

6.7 ARMAZENAMENTO EXTERNO

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos ate a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para veículos coletores.

- O local é dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, sendo dividido internamente em dois compartimentos que se destinam ao resíduo comum e ao biológico.
- Os resíduos químicos do GRUPO B devem são armazenados em local exclusivo com dimensionamento compatível com as características quantitativas e qualitativas dos resíduos gerados.
- No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados
- A localização está na área externa do Hospital, sem abertura diretamente para área de permanência de pessoas e, circulação de publico, com fácil acesso à coleta externa .

6.8 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 órgão de limpeza urbana.

- A coleta e transporte externos dos resíduos é realizada de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT.

6.9 DISPOSIÇÃO FINAL

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA n.º 237/97

- Todos os resíduos de grupo A, B, D e E têm a incineração como destino final.
- A empresa (_____) é contratada para realizar o processo de incineração destes resíduos
- O transporte dos resíduos até a empresa, é realizado conforme normas NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT.

7 CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE ACORDO COM A RDC N.º 306 DE 07/12/04

7.1 RESÍDUOS DO GRUPO A

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

GRUPO 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 instrumentos 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 (Apêndice II), microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiológicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos, na forma livre.

GRUPO A2

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

GRUPO A3

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

GRUPO 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 epidemiológicamente 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 contenham 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; carcaça, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

GRUPO A5

- Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais pérfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita o certeza de contaminação com príons.

7.2 RESÍDUOS DO 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. As características dos riscos são as contidas na **Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos – FISPQ**, conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98, não se aplicando a produtos farmacêuticos e cosméticos.

- Resíduos de produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunosupresores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais
- Resíduos de produtos e de insumos farmacêuticos, sujeitos a controle especial, conforme Portaria MS 344/98 e suas atualizações.
- Resíduo de saneantes, desinfetantes, desinfestantes.
- Reagentes para Laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores)
- Resíduos contendo metais pesados.
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

7.3 RESÍDUOS DO GRUPO C

Quaisquer materiais resultantes de atividade humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEM e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a resolução CNEN-NE-6.05 .

7.4 RESÍDUOS DO GRUPO D

Riscos 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
- Material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclise
- Equipo de soro e outros similares não classificados com A1
- Resto alimentar de paciente, sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resto alimentar de refeitório;
- Resíduo proveniente das áreas administrativas
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

7.5 RESÍDUOS DO GRUPO E

Materiais pérfurocortantes ou escarificantes

- Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, lâminas de bisturí, brocas, limas endotônicas, pontas diamantadas,
- Lancetas tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas, e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sangüínea e placa de Petri) e outros similares.
- Outros assemelhados provenientes de serviços de saúde

SEGURANÇA OCUPACIONAL

A segurança e o bem estar do pessoal, dependem da Segurança Ocupacional, que se obtém quando o estabelecimento mantém programas de acompanhamento da saúde e estabelece medidas preventivas, através dos Programas de Capacitação.

ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR ENVOLVIDO NO MANEJO DOS RSS

EXAMES	**VACINAS EXIGIDAS**
• Exame médico admissional • Exame médico periódico de retorno ao trabalho • Exame médico de mudança de função • Exame médico demissional	• Tétano • Tuberculose • Hepatite
Observar Legislação para realização dos exames (Norma Reguladora – NR-7, DA Portaria 3.214, de 08 /06/78, do Ministério do Trabalho	
MEDIDAS RECOMENDADAS AO TRABALHADOR NA PREVENÇÃO DA SUA SAÚDE	
• Manter o esquema de vacinação rigorosamente em dia • Verificar o seu bom estado de saúde • Utilizar sempre os EPI's • Não comer, não fumar, nem mastigar qualquer produto durante o manuseio dos resíduos • Registrar imediatamente os acidentes ocorridos com resíduos • Seguir as orientações nas providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais. • Ter bons hábitos de higiene • Lavar as mãos com freqüência • Tomar banho, no local de serviço, após a jornada de trabalho	

PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO – SUGESTÕES PARA O CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

CAPACITAÇÃO ADMISSIONAL E CONTINUADA PARA TODOS OS SERVIDORES
• Noções sobre o ciclo de vida dos materiais. • Conhecimento da legislação em vigor. • Definições, classificação e potencial de risco do resíduo. • Manejo dos Resíduos (Segregação, Transporte Interno, Tratamento Interno, Armazenamento Externo, Destino Final) • Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento. • Formas de reduzir a geração de resíduos - Programa de reciclagem • Reconhecimento dos símbolos de identificação das classes de resíduos. • Importância das medidas preventivas – Vacinação para Hepatite e Tétano

- Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs.
- Biossegurança e higiene pessoal.
- Providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais.
- Visão básica do gerenciamento dos resíduos no município.
- Noções básicas de controle de infecção.

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO CONTINUADA PARA OS TRABALHADORES DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

- Definições, classificação e potencial de risco do resíduo.
- Formas de reduzir a geração de resíduos - Programa de reciclagem
- Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs.
- Manejo dos Resíduos (Segregação, Transporte Interno, Tratamento Interno, Armazenamento Externo, Destino Final)
- Biossegurança e higiene pessoal

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC N.° 306 de 07 de Dezembro de 2004**

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Reforsus. **Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde**. Capacitação à Distância. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA. **Resolução n.° 5 de 05 de agosto de 1993.**

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA. **Resolução n.° 283 de 12 de julho de 2001.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST AIDS .**Manual de Condutas Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV.** Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle de Infecção Hospitalar**. Brasília, I983

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde – SAS – **Normas Técnicas para Coleta, Processamento e Transfusão de Sangue, Componentes e Derivados.** Brasília, 1994.

BRASIL Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC N.° 50 de 21 de Fevereiro de 2002**

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3792

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE OBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Manual da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

191276

1. OBJETIVO

A CIPA tem como objetivo identificar as situações de risco e formalmente solicitar à Empresa medidas de controle para eliminar ou amenizar condições ambientais ou de comportamento para evitar acidentes ou doenças ocupacionais.

2. CONSTITUIÇÃO

Devem constituir CIPA todas as Empresas que admitam trabalhadores como empregados.

3. ORGANIZAÇÃO

A composição da CIPA será por representação paritária, sendo a dos Empregadores indicados e a dos Empregados por votação. O mandato será por um ano, sendo permitida aos eleitos uma recondução. Serão indicados de comum acordo, secretário e seu substituto.

As Empresas que não se enquadrarem na exigência de constituir CIPA, deverão designar responsável para cumprimento das ações de controle dos riscos existentes no ambiente de trabalho.

É vedada a dispensa arbitraria de representante eleito da CIPA até um ano após o término do seu mandato.

Será indicado pela Empresa, dentre seus representantes o Presidente e pelos Empregados o Vice-Presidente.

A posse dos representantes da CIPA deverá ocorrer no primeiro dia útil após o término da última gestão.

A Empresa deverá protocolizar, em até dez dias, junto a DRT, as cópias das Atas de Eleição e de Posse e Calendário Anual de Reuniões Ordinárias – modelos de requerimento à DRT (Anexo 01), Ata de Eleição (Anexo 02), Ata de Posse (Anexo 03) e Calendário Anual de Reuniões Ordinárias (Anexo 04).

4. ATRIBUIÇÕES

A CIPA tem as seguintes responsabilidades:

Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o *mapa de riscos* – procedimentos, vide "Questionário Auxiliar" anexo 05.

Elaborar *plano de trabalho* identificando ações que possibilitem a solução de problemas de segurança e saúde no trabalho – modelo, vide anexo 06.

Realizar, periodicamente, inspeções de segurança nos ambientes de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a integridade física dos trabalhadores – modelo de Relatório de Inspeção de Segurança, vide anexo 07.

Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas no plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas nas Propostas de Segurança verificando seu andamento e posicionamento – modelo de formulário de Proposta de Segurança, vide anexo 08.

Requerer a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores – modelo de formulário de Solicitação de Paralisação de Máquina e/ou Equipamento ou Atividade, vide anexo 09.

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 – modelo de Relatório de Acidente do Trabalho, vide anexo 10.

5. FUNCIONAMENTO

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido – modelo de Calendário de Reuniões Ordinárias, vide anexo 04. A presença dos representantes poderá ser controlada através de formulário de Controle de Frequência, vide modelo anexo 11.

As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado - modelo de Edital de Convocação de Reuniões Ordinárias, vide anexo 12.

As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho – AIT – modelo de Ata de Reunião Ordinária, vide anexo 13.

Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas nas seguintes circunstâncias:

- houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- houver solicitação expressa de uma das representações.

Modelo de Ata de Reunião Extraordinária, vide anexo 14.

As decisões da CIPA serão discutidas por consenso. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião. Das decisões caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado anexo à Proposta de Segurança. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa – vide modelo de Carta de Justificativa de Ausência, anexo 15.

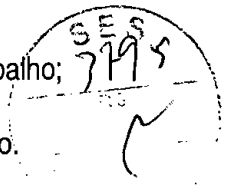
A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à DRT as alterações e justificar os motivos.

No caso de afastamento definitivo do Presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. No caso de afastamento definitivo do Vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, também em dois dias úteis.

A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse, à ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa

O treinamento para a CIPA deverá conter, os seguintes itens:

- estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e medidas de prevenção;
- noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.



6. PROCESSO ELEITORAL

Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, até sessenta dias antes do término do mandato em curso. O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, com no mínimo 55 dias do inicio do pleito, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral - modelo de Cronograma de Atividades – Processo Eleitoral, anexo 16.

O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no mínimo 45 dias antes da data marcada para a eleição – modelo de Edital de Inscrição para Eleição, anexo 17 e modelo de Edital de Convocação para Eleição, anexo 18;
- inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante – vide modelo de Ficha de Inscrição de Candidato, anexo 19;
- garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- realização da eleição no mínimo trinta dias antes do término do mandato da CIPA;
- realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;
- voto secreto – vide modelo de Cédula, anexo 20;
- apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral – vide modelo de Mapa de Apuração, anexo 21;
- faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- guarda de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Havendo participação inferior a cinqüenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a Comissão Eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

7. CONTRATANTES E CONTRATADAS

Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, o local em que seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento.

A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPAs, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

Esta norma poderá ser aprimorada mediante negociação, nos termos de portaria específica. Atenção especial deve ser dada às Convenções e Acordos Coletivos celebrados entre Empresa e Sindicatos no tocante as clausulas relativas à atuação das CIPAs.

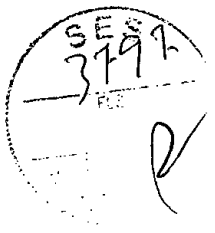
As sugestões de modelos de documentos encontradas a seguir devem ser alteradas quando necessário para adequação do formulário à realidade da Empresa.

Anexo 01

NOME DA EMPRESA

Endereço

CEP, Cidade, Estado



Requerimento à DRT

Ilmo Sr. Delegado Regional do Trabalho - DRT-GO

A (Nome da Empresa)., estabelecida à (Enderêço), CEP (00000-000), no município de (Cidade, Estado), CGC (00.000.000/0000-00), com ramo de atividade **00.00-0**, grau de risco 0 (zero) de conformidade com o artigo 163, da CLT e a NR 5, da Portaria nº 3214/78 com as alterações da Portaria nº 8/99 vem, mui respeitosamente encaminhar os seguintes documentos: cópias das Atas de Eleição e de Posse e Calendário Anual das reuniões ordinárias da CIPA-(Nome da Empresa).

Goiânia-GO, 00 de mnmnm de 2011

(NOME DA EMPRESA)

01291

Anexo 02

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado

ATA DE ELEIÇÃO E APURAÇÃO

Aos vinte e quatro dias do mês de janeiro de dois mil e onze, reuniram-se os funcionários da (Nome da Empresa), estabelecida à (Enderêço), CEP (00000-000), no município de (Cidade, Estado), CGC 00.000.000/0000-00, a fim de procederem a eleição dos membros titulares e respectivos suplentes que representarão os funcionários na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA-( ), gestão 00/2011.

Realizada a eleição e respectiva apuração, de um total de 00 (nnmn mnm) votos, obteve-se o seguinte resultado:

Nome do candidato	Votos apurados
1. xxxxxxxxxxxxx	00
2. xxxxxxxxxxxxxxxx	00
3. xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	00
4. xxxxxxxxxxxxxxxxxx	00
5. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	00
• Votos nulos	00
• Votos brancos	00
• Total de votos	00

Pelo exposto, verificou-se que foram eleitos os seguintes candidatos:

Titulares: xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

Suplentes: xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx

Goiânia - GO,, 00 de nmnm de 2011

(NOME DA EMPRESA)

Presidente da Mesa:

Nome: xxxxxxxxxxxxx | Ass.

Mesário

Nome: xxxxxxxxxxxxxxxx | Ass.

Mesário:

Nome: xxxxxxxxxxx | Ass.

Anexo 03

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado

SEG 3799

ATA DE INSTALAÇÃO E POSSE

Aos dezenove dias do mês de janeiro de dois mil e onze, reuniram-se os funcionários da (Nome da Empresa), estabelecida à (Enderêço), CEP (00000-000), no município de (Cidade, Estado), CGC 00.000.000/0000-00, a fim de procederem a instalação e posse dos membros titulares e suplentes que representarão os Empregados na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA-( ), bem como dos membros titulares e suplentes representantes do Empregador, a saber:

Representantes dos Empregador

Titulares:
xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

Suplentes:
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx

Representantes do Empregados

Titulares:
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Suplentes:
xxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx

A seguir, o Presidente escolhido Sr. xxxxxxxxxxxxxxx, informou que as secretárias serão:

Titular:
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Suplente:
xxxxxxxxxxxxxxxxx

e, solicitou aos membros representantes dos empregados, que elegessem dentre os seus titulares o Vice-Presidente da CIPA-( ), a saber:

Vice-Presidente: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Na sequência os membros da CIPA-( ), escolheram o calendário anual das reuniões ordinárias, e também analisaram e concordaram com os nomes dos secretários escolhidos.

Nada mais havendo, o Presidente, deu por encerrada a reunião. Para constar lavrou-se a presente Ata, que lida e aprovada foi assinada por mim, secretária, por todos os representantes titulares e suplentes eleitos e indicados e os secretários escolhidos.

Representantes dos Empregador

Titulares:	Assinatura	Suplentes:	Assinatura
xxxxxxxxxxxxxx		xxxxxxxxxxxxxx xxx	
xxxxxxxxxxxxxx		xxxxxxxxxxxxxx xxx	

Representantes dos Empregados

Titulares:	Assinatura	Suplentes:	Assinatura
xxxxxxxxxxxxxx xxx		xxxxxxxxxxxxxx xxx	
xxxxxxxxxxxxxx		xxxxxxxxxxxxxx	

01999

xx _____ xx _____

Secretárias

Titular:	Assinatura	Subsecretária:	Assinatura
xxxxxxxxxxxxxx		xxxxxxxxxxxxxx	
xx	_____	xx	_____



Anexo 04

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado

CIPA- (NOME DA EMPRESA)

CALENDÁRIO ANUAL DE REUNIÕES ORDINÁRIAS - GESTÃO 01/2011

REUNIÃO	DIA	MÊS	HORA	LOCAL
1ª				
2ª				
3ª				
4ª				
5ª				
6ª				
7ª				
8ª				
9ª				
10ª				
11ª				
12ª				

Qualquer alteração neste calendário será comunicada com antecedência.

Atenciosamente,

Aaaaaaaaaaaaaaa — Ass. _____
Presidente da CIPA

bbbbbbbbbbbbbbb — Ass. _____
Vice-Presidente da CIPA

ccccccccccccccccc — Ass. _____
Secretária da CIPA

Goiânia - GO, 00 de mnmn de 2011

Anexo 05-A

MAPA DE RISCO - *"QUESTIONÁRIO AUXILIAR"*

Área Avaliada: | Data: / /

Riscos Químicos

1. Existem produtos químicos na seção? ☐ Sim ☐ Não
Quais?

2. Existem emanações de gases, vapores, névoas, fumos, neblinas e outros? ☐ Sim ☐ Não
De onde são provenientes?

3. Os produtos químicos são manipulados de maneira adequada?
☐ Sim ☐ Não - Se não, explicar por quê?

4. Existem equipamentos de proteção coletiva na seção? ☐
Sim ☐ Não - Quais?

5. Estes equipamentos são eficientes? ☐ Sim ☐ Não
Se não forem eficientes, indique as causas.

6. Quais são os EPIs utilizados na seção?

7. Existem riscos de respingos na seção? ☐ Sim ☐ Não - Por quê?

8. Existe risco de contaminações? ☐ Sim ☐ Não - Através de que?

9. Usam óleos/graxas e lubrificantes em geral? ☐ Sim ☐ Não

10. Usam solventes? ☐ Sim ☐ Não - Quais?

11. Sobre os processos de fabricação existem outros riscos a considerar?

12. Observações complementares:

Riscos Físicos

1. Existe ruído constante na seção? ☐ Sim ☐ Não
2. Existe ruído intermitente na seção? ☐ Sim ☐ Não
Indique os equipamentos mais ruidosos.

3. Os funcionários utilizam protetor de ouvido? ☐ Sim ☐ Não
Se não utilizam, por quê?

4. Existe calor excessivo na seção? ☐ Sim ☐ Não
Se existe, indique função/atividade:

5. Existem problemas com o frio na seção? ☐ Sim ☐ Não
Se existe, indique função/atividade:

6. Existe radiação na seção? ☐ Sim ☐ Não
Se existe, indique função/atividade:

7. A iluminação é adequada e suficiente? ☐ Sim ☐ Não
Indique os pontos deficientes:

8. Existem problemas de vibrações? ☐ Sim ☐ Não
Onde?

9. Existe umidade na seção? ☐ Sim ☐ Não
Onde?

10. Existem Equipamentos de Proteção Coletiva? ☐ Sim ☐ Não
São eficientes? ☐ Sim ☐ Não - Se não, justificar:

11. Observações complementares:

Anexo 05-B

Riscos Biológicos

1. Existe contaminação por vírus, bactérias, protozoários, fungos e bacilos na seção? ☐ Sim ☐ Não - Onde?

2. Existe problema de parasitas? ☐ Sim ☐ Não

3. Existe proliferação de insetos? ☐ Sim ☐ Não - Onde?

4. Existe problema de aparecimento de ratos? ☐ Sim ☐ Não - Onde?

5. Existe mau acondicionamento de lixo orgânico? ☐ Sim ☐ Não

Observações complementares:

Riscos Ergonômicos

1. O trabalho exige esforço físico pesado? ☐ Sim ☐ Não
Indique as funções e o local relativo a esforços físicos:

2. O trabalho é exercido em postura incorreta? ☐ Sim ☐ Não
Indique as causas da postura incorreta:

3. O trabalho é exercido em postura incômoda? ☐ Sim ☐ Não
Indique a função, o local, e equipamentos ou objetos relativos à posição incômoda:

4. O ritmo de trabalho é excessivo? ☐ Sim ☐ Não
Em que funções?

5. O trabalho é monótono? ☐ Sim ☐ Não - Em que funções?

6. Há problema de adaptação com EPIs? ☐ Sim ☐ Não - Quais?

7. Observações complementares:

Riscos de Acidente

1. Os corredores e passagens estão desimpedidos e sem obstáculos? ☐ Sim ☐ Não - Indique os locais obstruídos.

2. Os serviços de limpeza são eficientes? ☐ Sim ☐ Não - Indique os locais sujos e desarrumados.

3. As ferramentas manuais estão em bom estado? ☐ Sim ☐ Não
São adequadas? ☐ Sim ☐ Não - Indique os problemas.

4. As máquinas/equipamentos estão em bom estado: ☐ Sim ☐ Não São adequadas? ☐ Sim ☐ Não - Indique os problemas.

5. O piso oferece segurança aos trabalhadores? ☐ Sim ☐ Não
Indique os problemas.

6. A chave geral é de fácil acesso? ☐ Sim ☐ Não
Indique a situação:

7. As máquinas tem proteção? ☐ Sim ☐ Não - Indique as que necessitam de proteção.

8. As instalações elétricas estão em bom estado de conservação? ☐ Sim ☐ Não - Indique a situação.

9. A sinalização de segurança é suficiente? ☐ Sim ☐ Não
Indique a situação.

10. A movimentação de materiais é efetuada de maneira segura? ☐ Sim ☐ Não - Indique a situação.

11. Existem riscos relativos a edificação? ☐ Sim ☐ Não
Indique a situação.

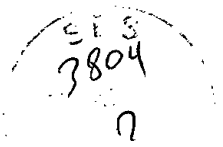
12. Observações complementares.

Visto:

Gerência Departamento	Gerência Administrativa	**CIPA** Presidente	**CIPA** Vice-Presidente

Anexo 06

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado



CIPA - PLANO DE TRABALHO

Atividades – Gestão 01/2011	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1. Reunião Mensal												
2. Inspeção de Segurança												
3. Elaboração – Mapa de Risco												
4. SIPAT												
5. Análise - Acidentes / Incidentes												
6. Análise – Medidas Propostas												
7. Elaborar/Rever – Plano Trabalho												
8. Inspeção de Extintores												
9. Inspeção de Segurança Terceiros												
10. Processo Eleitoral												
11. Curso de Treinamento CIPA												

Anexo 07-A

INSPEÇÃO DE SEGURANÇA

CIPA

RELATÓRIO MENSAL DE INSPEÇÃO DE SEGURANÇA

Área: Data: / /

	ÍTENS		RECOMENDAÇÕES
1.1	limpeza	( )	
1.2	conservação geral	( )	
1.3	iluminação	( )	
1.4	instalações elétricas	( )	
1.5	arranjo físico	( )	
1.6	movimentação materiais	( )	
1.7	máquinas/equipamentos	( )	
1.8	ferramentas	( )	
1.9	proteção coletiva	( )	
1.10	EPI/vestuário	( )	
1.11	sinalização	( )	
1.12	proteção contra incêndio	( )	
1.13	outros	( )	

CONCEITO: **B**: Bom **A**: Aceitável* **R**: Ruim*

*assinalar irregularidades e elaborar "Proposta de Segurança"

Obs:

CIPA Data: __/__/__

Presidente:	Ass.
Vice-Presidente	Ass.

Anexo 07-B

INSPEÇÃO DE SEGURANÇA

Parecer da Segurança do Trabalho:

Acompanhamento das Recomendações de Segurança:

Data	Item/Histórico	Responsável

Observações:

Anexo 08-A

Proposta nº ____/____-____ CIPA nº ___/__

PROPOSTA DE SEGURANÇA

Sugestão de Segurança ( ) Inspeção de Segurança ( ) Acidente do Trabalho ( ) Mapa de Risco ( ) Outros ( )

1. Departamento/Setor/Seção:

2. Medida(s) Proposta(s) - Descrição:

3. Autor da Proposta - Nome e matrícula:	Visto	Data

4. Cipeiro - Nome e matrícula:	Visto:	Data:

5. Supervisor / Chefe da Seção - Nome e matrícula:	Visto:	Data:

6. Execução:

Data Início: ____/____/____

Data Término: ____/____/____

Comentários / Ocorrências:

6.1. Responsável pela Execução - Nome e matrícula:	Visto:	Data:

7. Parecer - Descrição:

7.1. Nome:	Visto:	Data:

8. Visto das Áreas Envolvidas:

Gerência Departamento.	Gerência Administrativa – RH	**CIPA** Presidente	**CIPA** Vice-Presidente

Anexo 08-B

9. Autorização da Execução - Diretoria:

• Vamos executar ☐ • Indeferida ☐	Justificativa:

3808
12

9.1. Nome - Diretoria	Visto:	Data:

10.Acompanhamento da Proposta de Segurança:

( ) / /	( ) / /	( ) / /	( ) / /	( ) / /
( ) / /	( ) / /	( ) / /	( ) / /	( ) / /
( ) / /	( ) / /	( ) / /	( ) / /	( ) / /

A - Em andamento **B** - Em projeto **C** - Em estudo **D** - Executada **E** - Indeferida

10.1 Evolução da Proposta de Segurança:

Data	Histórico	Responsável / Setor

10.2 Responsável pelo Acompanhamento - Nome e matrícula:	Visto:	Data:

11. Observações:

Anexo 09

Solicitação de Paralisação de Equipamento

De: CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Para: Diretoria

Goiânia -GO, 00 de mnmn de 2011

ref: Solicitação de Paralisação de Equipamento

Em razão da existência de risco grave e iminente, existente em local e equipamento abaixo relacionados, solicitamos o mais breve possível as providências para eliminação da situação encontrada, conforme determinação da NR 5, item 5.16, letra h.

Setor	Local	Máquina/Equip/Outros	Situação
Produção	Seção Estamparia	Prensa	Inexistência de comando bi-manual

Atenciosamente,

XXXXXXXXXXXXXX
Presidente da CIPA

XXXXXXXXXXXXX
Vice-Presidente da CIPA

Visto:

Gerência Departamento	Gerência Administrativa	Segurança do Trabalho

PORTARIA Nº 8, DE 23 DE FEVEREIRO DE 1999

5.16 A CIPA terá por atribuição:

h) 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;

Anexo 10-A

RELATÓRIO DE ACIDENTE DO TRABALHO - RAT

Com Afastamento ( ) - Sem Afastamento ( )

Departamento	Divisão	Setor	Acidente nº

Nome do Acidentado	Registro	Sexo	Idade

Data do Acidente:	Hora:	Após horas de trabalho

Função:	Tempo na Empresa: anos

Nome do Supervisor:

Local da Ocorrência:

Elementos Básicos do Acidente - Assinalar

Tipo de Acidente	*Fonte da Lesão*	*Ato Inseguro*	*Condição Insegura*	*Natureza da Lesão*
❑ Batida contra	❑ Portas	❑ Deixar de usar EPI	❑ Arranjo físico inadequado	❑ Escoriação
❑ Batida de	❑ Janelas	❑ Usar EPI inadequado	❑ Defeito de edificação	❑ Corte
❑ Prensamento	❑ Parede	❑ Usar vestimenta inadequada	❑ Defeito de instalações	❑ Contusão
❑ Queda	❑ Coluna	❑ Usar ferramenta insegura	❑ Arrumação ou limpeza deficiente	❑ Distensão
❑ Atrito	❑ Pisos	❑ Usar ferramenta de forma incorreta	❑ Defeito do projeto ou construção	❑ Luxação
❑ Reação do corpo	❑ Rampa	❑ Manusear objetos pesados	❑ Equipamento inadequado ou defeituoso	❑ Fratura
❑ Esforço excessivo	❑ Móveis	❑ Operar em posição insegura	❑ Proteção coletiva inadequada ou inexistente	❑ Queimadura
❑ Exposição a eletricidade	❑ Escadas	❑ Trabalhar a velocidade insegura	❑ Desconforto acústico	❑ Congelamento
❑ Exposição à radiação	❑ Equipamento de transporte	❑ Correr	❑ Iluminação inadequada	❑ Asfixia
❑ Exposição ao ruído	❑ Máquinas	❑ Consertar equipamento em movimento	❑ Instalação elétrica defeituosa	❑ Insolação
❑ Exposição ao calor	❑ Tubulações	❑ Reparar equipamento sem permissão	❑ Método inseguro de trabalho	❑ Choque elétrico
❑ Exposição ao frio	❑ Equipamento Elétrico	❑ Remover dispositivo de segurança	❑ Falta de EPI	❑ Amputação
❑ Exposição à pressão	❑ Ferramenta	❑ Empilhar de maneira insegura	❑ EPI impróprio	❑ Envenenamento
❑ Exposição à vibração	❑ Veículo	❑ Não obedecer aviso	❑ Falta de sinalização	❑ Lesões múltiplas
❑ Contato com Produto Químico	❑ Produto Químico	❑ Distrair, brincar, assustar	❑ Risco de terceiros	❑ Outras
❑ Ataque de ser vivo	❑ Via Pública	❑ Ato inseguro de terceiro	❑ Risco de transporte público	
❑ Outros	❑ Outros	❑ Outros	❑ Outros	

Agente do Acidente	*Fator Pessoal*	*Localização da Lesão*
❑ Portas	❑ Desajustamento físico	❑ Cabeça
❑ Janelas	❑ Desajustamento emocional	❑ Face
❑ Parede	❑ Desajustamento mental	❑ Olhos
❑ Coluna	❑ Falta de conhecimento	❑ Tórax
❑ Pisos	❑ Falta de experiência	❑ Região dorsal
❑ Rampa	❑ Outros	❑ Mãos
❑ Móveis		❑ Punho
❑ Escadas		❑ Antebraço
❑ Equipamento de transporte		❑ Braço
❑ Máquinas		❑ Pé
❑ Tubulações		❑ Tornozelo
❑ Equipamento Elétrico		❑ Perna
❑ Ferramenta		❑ Joelho
❑ Veículo		❑ Coxa
❑ Produto Químico		❑ Multiplas partes
❑ Via Pública		
❑ Outros		

Visto:

Gerência Departamento	Gerência Administrativa	**CIPA** Presidente	**CIPA** Vice-Presidente

Anexo 10-B

Parecer da Segurança do Trabalho:

Visto:

Gerência Departamento	Gerência Administrativa	Segurança do Trabalho

Acompanhamento das Medidas Preventivas:

Data	Histórico	Responsável

Observações:

Anexo 11

Controle de Frequência de Reuniões

REUNIÃO	DIA	MÊS	HORA	LOCAL
1ª				

3812

Representantes dos Empregador

Titulares:	Assinatura	Suplentes:	Assinatura
AAAAAAAAAA	_____	AAAAAAAAAA	_____
AAAAAAAAAA	_____	AAAAAAAAAA	_____

Representantes dos Empregados

Titulares:	Assinatura	Suplentes:	Assinatura
AAAAAAAAAA AA	_____	AAAAAAAAAA A	_____
AAAAAAAAAA AA	_____	AAAAAAAAAA A	_____

Secretárias

Titular:	Assinatura	Subsecretária:	Assinatura
AAAAAAAAAA AA	_____	AAAAAAAAAA	_____

Convidados

Nome:	Assinatura	Nome:	Assinatura
AAAAAAAA	_____	AAAAAAAAAA	_____
Nome:	Assinatura	Nome:	Assinatura
AAAAAAAAAA AA	_____	AAAAAAAAAA A	_____

Gerência Administrativa – RH	CIPA Presidente	CIPA Vice-Presidente	CIPA Secretário

Anexo 12

Edital de Convocação de Reunião Ordinária

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado

3817

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 01/11

GESTÃO 01/2011

Ficam convocados os funcionários titulares, componentes da Representação dos Empregados da **CIPA,** gestão 01/2011, para reunião ordinária, a ser realizada no dia 00 de mnmn de 2011, _____-feria, às _____, na _____, com a seguinte ordem do dia:

1. Aprovação da Ata da Reunião Anterior
2. Andamento das Propostas de Segurança
3. Estatística de Acidentes
4. Análise dos Acidentes
5. Avaliação das Inspeções de Segurança
6. Novas Sugestões – Propostas
7. Assuntos Gerais
8. Encerramento

Goiânia-GO, 00 de mnmn de 1106

AAAAAAAAAAAA
Presidente da CIPA

AAAAAAAAAAAAAAAA
Vice-Presidente da CIPA

Anexo 13-A

ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA- modelo padrão

EMPRESA:
ENDEREÇO:
CIDADE: Goiânia
ESTADO: Goiás
CIPA nº
DATA:
HORARIO:
LOCAL:

PRESENTES:

Representantes do Empregador:
AAAAAAAAAA, Presidente
AAAAAAAAA
AAAAAAAAA
AAAAAAAAAAA

Representantes dos Empregados:
AAAAAAAAAAAAAA Vice-Presidente
AAAAAAAAAAAA
AAAAAAAAA
AAAAAAAAAAAAAAAA

Secretária:
AAAAAAAAAAAA

Convidados:
AAAAAAAAAAA, Engenharia de Produção
SSSSSSSSSSSS, Controle de Qualidade

ASSUNTOS TRATADOS:

1. Aprovação da ata da reunião anterior.

A secretária efetuou a leitura da ata da reunião anterior, sendo a mesma aprovada e assinada por todos a ela presentes.

2. Andamento das Propostas de Segurança.

PS nº 012/06 - Instalação de um extintor de incêndio no Setor de Expedição.
Acompanhamento: 15/01/06 - Executada.
PS nº 015/06 - Instalação de uma guarda protetora na máquina MX-80, Setor de Produção.
Acompanhamento: 10/01/06 - Em andamento: em fase de acabamento no Setor de Manutenção.

3. Estatística de Acidentes

Estatística	No Mês	No Ano
Horas Homens Trabalhadas		
Acidentes com afastamento		
Acidentes sem afastamento		
Dias perdidos		
Dias debitados		
Taxa de frequência		
Taxa de gravidade		

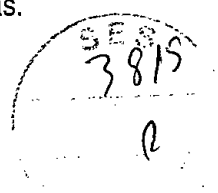
4. Análise dos Acidentes

AT nº 035/06 - XXXXXXXXXX - Setor de Manutenção.
PS nº 013/06 - Elaborar plano de treinamento para todos os torneiros do Setor de Manutenção.

Anexo 13-B

Acompanhamento: 15/04/06 - Em andamento: em fase de elaboração no Setor de Treinamento.

AT nº 000/00 - XXXXXXXXXXXXX - Setor de Produção.
PS nº 000/00 - Providenciar aquisição de protetor auricular para operadores de lixadeiras.
Acompanhamento: 00/00/00 - Executado.



5. Inspeção de Segurança

IS nº 000/00
Local: Manutenção Mecânica
Data: 00/00/00
Recomendação: Instalação de Extintor de Incêndio de Pó Químico Seco.
PS nº 000/00 - Aquisição de Extintor de Incêndio de Pó Químico Seco.
Acompanhamento: 00/00/00 – Em andamento: Pedido de Compra nº 000/00.

6. Novas Sugestões - Propostas

PS nº 000/00 - Instalação de adesivo anti-derrapante no piso da cozinha do Restaurante.
Autor: XXXXXXXXX - Cozinheiro.
PS nº 000/00 - Pintar tubulações segundo as Normas Técnicas existentes.
Autor: XXXXXXXX - Supervisor Industrial.

7. Assuntos Gerais

Palestra: "Primeiros Socorros" - Objetivo: Orientar os cipeiros no atendimento de acidentados.
Palestrante: Dr. XXXXXXXX - Médico do Trabalho - ABC S.A.

8. Encerramento

Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente declarou encerrada a reunião, e eu, XXXXXXXXX,secretária, lavrei a presente ata que vai por mim e pelos demais participantes assinada. Madre de Deus, 00/00/00. Segue assinatura dos participantes.

Representantes do Empregador: Ass.
xxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxx

Representantes dos Empregados: Ass.
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Secretária: Ass.
xxxxxxxxxxxxxxxxx

Anexo 14

ATA DE REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA - modêlo padrão

EMPRESA:
ENDERÊÇO:
CIDADE:
ESTADO:
CIPA nº DRT-00/00
DATA: 00/00/00
HORÁRIO: 9:00 horas
LOCAL: xxxxxxxxxxxxxxx - Setor Administrativo

PRESENTES:

Representantes do Empregador:
xxxxxxxxxxxxxx, Presidente
xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxx

Secretária:
xxxxxxxxxxxxxxx

Representantes dos Empregados:
xxxxxxxxxxxxxxxxxVice-Presidente
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxx

Convidados:
xxxxxxxxxxxxxx, Engenharia de Produção
xxxxxxxxxxxx, Controle de Qualidade

ASSUNTOS TRATADOS:

1. Abertura da Reunião.

O Senhor Presidente declarou aberta a reunião extraordinária, solicitando que a secretária efetuasse a leitura do Relatório de Acidente do Trabalho - RAT.

2. Análise do Acidente

AT nº 000/00 - xxxxxxxxxxxx - Setor de Manutenção.
Resumo do Acidente:
PS nº 000/00 - Elaborar plano de treinamento para todos os torneiros do Setor de Manutenção.

3. Encerramento

Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente declarou encerrada a reunião, e eu, xxxxxxxxxxxxx, secretária, lavrei a presente ata que vai por mim e pelos demais participantes assinada. Madre de Deus – BA, 00/00/00. Segue assinatura dos participantes.

Representantes do Empregador: Assinatura
xxxxxxxxxxxxx, Presidente _____
xxxxxxxxxxxxxxx _____
xxxxxxxxxxxxxxxx _____
xxxxxxxxxxxxxxx _____

Representantes dos Empregados: Assinatura
xxxxxxxxxxxxxxx Vice-Presidente _____
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx _____
xxxxxxxxxxxxxxxxxx _____
xxxxxxxxxxxxxxxxx _____

Secretária: Assinatura
xxxxxxxxxxxxxxxxxxx _____

Anexo15

Carta de Justificativa de Ausência

De: _____

Para: Presidente da CIPA

Goiânia-GO, 00/00/00

ref: Justificativa de Ausência - Reunião Ordinária da CIPA

Venho por meio desta justificar V.Sa., minha ausência da Reunião Ordinária da CIPA, de 00/00/00, conforme motivo assinalado abaixo:

- Trabalho: ☐
- Doença/Acidente: ☐
- Particular: ☐
- Outro: ☐

Atenciosamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Membro da CIPA

Visto:

Gerência Departamento	Gerência Administrativa	Segurança do Trabalho

Anexo 16

PROCESSO ELEITORAL – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES*

Atividade	Prazo de Execução	Previsão de Datas	Responsável
1. Convocar Eleições	1. Até 60 dias antes do término do mandato em curso.	Data do término do mandato Data da Convocação	Empregador
2. Comunicar ao Sindicato da Categoria Profissional	2. Até 60 dias antes do término do mandato em curso.	Data do término do mandato Data da Comunicação	Empregador
3. Constituição da Comissão Eleitoral - CE	3. Até 55 dias antes do término do mandato em curso.	Data do término do mandato Data da Constituição da Comissão Eleitoral	Presidente da CIPA Vice-Presidente
4. Publicação e divulgação de edital para a eleição	4. Até 45 dias antes da data marcada para a eleição.	Data limite para publicação e divulgação da eleição	Comissão Eleitoral
5. Inscrição de Candidatos	5. Até 15 dias após convocação da eleição	Data limite para convocação da eleição + 15 dias	Comissão Eleitoral
6. Realização da Eleição	**6. Até 30 dias antes do término do mandato**	**Data da eleição**	**Empregador** **Comissão Eleitoral**
7. Apuração da Eleição	7. No término da eleição no dia seguinte do pleito	Data da eleição; e/ou Dia seguinte do pleito	Comissão Eleitoral
8. Posse da Nova CIPA	8. Primeiro dia útil após o término do mandato anterior	Dia seguinte ao término do mandato	CIPA
9. Elaborar Calendário de Reuniões Ordinárias	9. Na reunião de Posse	-	CIPA
10. Protocolar Atas de Eleição e Posse e Calendário	10. Até 10 dias após a posse	Data limite	Empregador
11. Guarda de documentos	11. Até 5 anos	-	Empregador
12. Curso da CIPA	12. Antes da Reunião de Posse para CIPAs já instaladas.	-	Empregador

* Consultar Convenções e Acordos Coletivos

Anexo 17

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

INSCRIÇÃO DE CANDIDATOS CIPA

GESTÃO 01/2011

Ficam convocados os funcionários interessados para inscrição, como candidatos, à Representação dos Empregados da **CIPA,** gestão 01/2011, a ser organizada, de acordo a Norma Regulamentadora - NR-5, aprovada pela Portaria 3214/78, alterada pela Portaria 8/99 do Ministério do Trabalho.

A eleição deverá ser realizada conforme cronograma para composição da **CIPA**, à disposição dos interessados, no Setor de Recursos Humanos.

Goiânia-GO, 00/00/00

Nome da Empresa

Anexo 18

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

ELEIÇÃO CIPA- (Nome da Empresa)

GESTÃO 01/2011

Ficam convocados todos os empregados desta Empresa para eleição dos Membros da Representação dos Empregados da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, de acordo com a Norma Regulamentadora - NR 5, aprovada pela Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978, alterada pela Portaria 08 de 23 de fevereiro de 1999, baixada pelo Ministério do Trabalho, a ser realizada, em escrutínio secreto, no dia 00/00/00, das 00:00 às 00:00 e das 00:00 às 00:00 horas.

Apresentaram-se e serão votados os seguintes candidatos:

- xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Goiânia-GO, 00/00/00

Nome da Empresa

Anexo 19

NOME DA EMPRESA
Endereço
CEP, Cidade, Estado

GESTÃO 01/2011

FICHA DE INSCRIÇÃO DE CANDIDATO

NOME:	REGISTRO: CTPS:
CARGO:	SEÇÃO:
ENDERÊÇO:	BAIRRO:
CIDADE:	ESTADO:
DATA:	ASSINATURA:

Protocolo:

Recebemos a inscrição de Candidato a Representante dos Empregados da **CIPA**, gestão 01/2011, do funcionário acima identificado.

Goiânia-GO, 00/00/00

Nome da Empresa

1ª via Funcionário
2ª via Empresa

Anexo 20-A

CIPA - GESTÃO 01/2011

CÉDULA DE ELEIÇÃO

HGG

*** assinale com "X" seu candidato**

☐ - XXXXXXXXXXXX - 891

☐ - XXXXXXXXXXXXXXXX - 684

☐ - XXXXXXXXXXXXXX - 1023

☐ - XXXXXXXXXXXXXXX - 985

☐ - XXXXXXXXXXXXXX - 921

Anexo 20-B

CIPA

GESTÃO 01/2011

SESMT 3823 8

CÉDULA DE ELEIÇÃO

Presidente da Mesa:

XXXXXXXXXXXXX

Ass. _____

Mesários:

1 - XXXXXXXXXXXXX

Ass. _____

2 - XXXXXXXXXXXXX

Ass. _____

HGG

Anexo 21

MAPA DE APURAÇÃO DE ELEIÇÕES DA CIPA

GESTÃO: 01/2011

A - Número de empregados relacionados para votar:

B - Número de empregados que votaram: 92

C - Porcentagem: %

D - Número de cédulas na urna: 92

E - Número de votos apurados: 92

Nome do candidato	Votos apurados
1. XXXXXXXXXXXXXX	18
2. XXXXXXXXXXXXXXXX	16
3. XXXXXXXXXXXXXX	16
4. XXXXXXXXXXXXXXX	15
5. XXXXXXXXXXXXXXXXX	12

- Votos nulos 03
- Votos brancos 02
- Total de votos 92

Presidente da Mesa:

Nome: XXXXXXXXXXXXX | Ass. _____

Mesários:

Nome: XXXXXXXXXXXXX | Ass. _____

Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXX | Ass. _____

Goiânia-GO, 00/00/00

Nome da Empresa

Anexo 22

Nome da Empresa
(contratada)

3825

DESIGNAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O Sr. **xxxxxxxxxxxxx**, portador da CTPS nº 000000, série 000, na função de Eletricista de Manutenção é designado responsável pelos objetivos da CIPA, conforme determina a NR 5, item 5.6.4, da Portaria nº 08 de 23 de fevereiro de 1999, independentemente de outras atribuições, durante as atividades de Prestação de Serviços da (contratada), junto à (contratante), devendo participar das ações de prevenção adotadas durante a vigência do contrato de prestação de serviços.

Goiânia-GO, (data)

_____
(nome e assinatura do preposto)

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO
Portaria 08/99

NR 5 - CIPA

5.2 Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

***5.6.4** Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

****5.1** A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Anexo 23

*FICHA DE REGISTRO DE DESIGNADO**

NOME:	REGISTRO: CTPS:
CARGO:	SEÇÃO:
ENDERÊÇO:	BAIRRO:
CIDADE:	ESTADO:
EMPRESA ONDE PRESTA SERVIÇOS	DATA DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

Protocolo:

Declaro que, nesta data, fui designado responsável pelo cumprimento dos objetivos** da NR 5, conforme determina a legislação vigente, Portaria 08/99, item 5.6.4*.

DATA:	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Declaramos que, nesta data, o Sr. xxxxxxxxxxxxxx, foi designado como responsável pelo cumprimento dos objetivos** da NR 5, conforme determina a legislação vigente, Portaria 08/99, item 5.6.4*.

DATA:	ASSINATURA DO PREPOSTO:

1ª via: Empresa
2ª via: Funcionário

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
SECRETARIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO
Portaria 08/99

NR 5 - CIPA

5.2 Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

***5.6.4** Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

****5.1** A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

- **NRs - Normas Regulamentadoras**

Uma Norma Regulamentadora (NR) objetiva explicitar a implantação das determinações contidas nos artigos 154 a 201 da CLT, para que sirvam de balizamento, de parâmetro técnico, às pessoas/empresas que devem

atender aos ditames legais e que, também, devem observar o pactuado nas Convenções/Acordos Coletivos de Trabalho de cada categoria e nas Convenções Coletivas sobre Prevenção de Acidentes.

- **NR1 - Disposições Gerais** - Determina que as normas regulamentadoras, relativas à segurança e medicina do trabalho, obrigatoriamente, deverão ser cumpridas por todas as empresas privadas e públicas, desde que possuam empregados celetistas. Determina, também, que o Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho é o órgão competente para coordenar, orientar, controlar e supervisionar todas as atividades inerentes. Dá competência às DRTs regionais, determina as responsabilidades do empregador e a responsabilidade dos empregados.
- **NR2 - Inspeção Prévia** - Determina que todo estabelecimento novo deverá solicitar aprovação de suas instalações ao órgão regional do Ministério do Trabalho e Emprego, que emitirá o CAI - Certificado de Aprovação de Instalações, por meio de modelo pré-estabelecido.
- **NR3 - Embargo ou Interdição** - A DRT poderá interditar/embargar o estabelecimento, as máquinas, setor de serviços se os mesmos demonstrarem grave e iminente risco para o trabalhador, mediante laudo técnico, e/ou exigir providências a serem adotadas para prevenção de acidentes do trabalho e doenças profissionais. Caso haja interdição ou embargo em um determinado setor, os empregados receberão os salários como se estivessem trabalhando.
- **NR4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT** - A implantação do SESMT depende da gradação do risco da atividade principal da empresa (Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE) e do número total de empregados do estabelecimento (Quadro 2).Dependendo desses elementos o SESMT deverá ser composto por um Engenheiro de Segurança do Trabalho, um Médico do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, todos empregados da empresa.
- **NR5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA** - Todas empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, instituições beneficentes, cooperativas, clubes, desde que possuam empregados celetistas, dependendo do grau de risco da empresa e do número mínimo de 20 empregados são obrigadas a manter a CIPA. Este dimensionamento depende da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE, que remete a outra listagem de número de empregados. Seu objetivo é a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, tornando compatível o trabalho com a preservação da saúde do trabalhador. A CIPA é composta de um representante da empresa - Presidente (designado) e representantes dos empregados, eleitos em escrutínio secreto, com mandato de um ano e direito a uma reeleição e mais um ano de estabilidade.
- **NR6 - Equipamentos de Proteção Individual - EPIs** - As empresas são obrigadas a fornecer aos seus empregados equipamentos de proteção individual, destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador.
- **NR7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO** - Trata dos exames médicos obrigatórios para as empresas. São eles exame admisisional, exame periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função, demissional e exames complementares, dependendo do grau de risco da empresa, ou empresas que trabalhem com agentes químicos, ruídos, radiações ionizantes, benzeno, etc., à critério do médico do trabalho e dependendo dos quadros na própria NR7 , bem como, na NR15, existirão exames específicos para cada risco que o trabalho possa gerar.
- **NR8 - Edificações** - Esta norma define os parâmetros para as edificações, observando-se a proteção contra a chuva, insolação excessiva ou falta de insolação. Deve-se observar as legislações pertinentes nos níveis federal, estadual e municipal.
- **NR9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA** - Esta norma objetiva a preservação da saúde e integridade do trabalhador, através da antecipação, avaliação e controle dos riscos ambientais existentes, ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em vista a proteção ao MEIO AMBIENTE e RECURSOS NATURAIS. Leva-se em conta os Agentes FÍSICOS, QUÍMICOS e BIOLÓGICOS. Além desses agentes, destacamos também, os Riscos Ergonômicos e os Riscos Mecânicos. É importante manter esses dados no PPRA, a fim de as empresas não sofrerem ações de natureza civil por danos causados ao trabalhador, mantendo-se atualizados os Laudos Técnicos e o Perfil Profissiográfico Previdenciário.

- **NR10 - Instalações e Serviços de Eletricidade** - Trata das condições mínimas para garantir a segurança daqueles que trabalham em instalações elétricas, em suas diversas etapas, incluindo projeto, execução, operação, manutenção, reforma e ampliação, incluindo terceiros e usuários.
- **NR11 - Transporte, Movimentação,Armazenagem e Manuseio de Materiais** - Destina-se a Operação de Elevadores, Guindastes, Transportadores Industriais e Máquinas Transportadoras.
- **NR11 Anexo I - Regulamento Técnico de Procedimentos para Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Chapas de Mármore, Granito e outras Rochas**
- **NR12 - Máquinas e Equipamentos** - Determina as instalações e áreas de trabalho; distâncias mínimas entre as máquinas e os equipamentos; dispositivos de acionamento, partida e parada das máquinas e equipamentos. Contém Anexos para o uso de Motoserras, Cilindros de Massa, etc.
- **NR13 - Caldeiras e Vasos de Pressão** - É de competência do engenheiro especializado nas atividades referentes a projeto de construção, acompanhamento de operação e manutenção, inspeção e supervisão de inspeção de caldeiras e vasos de pressão. Norma que exige treinamento específico para os seus operadores, contendo várias classificações e categorias, nas especialidades, devido, principalmente, ao seu elevado grau de risco.
- **NR14 - Fornos** - Define os parâmetros para a instalação de fornos; cuidados com gases, chamas, líquidos. Deve-se observar as legislações pertinentes nos níveis federal, estadual e municipal.
- **NR15 - Atividades e Operações Insalubres** - Considerada atividade insalubre, a exemplo da NR16-Atividades Perigosas, quando ocorre além dos limites de tolerância, isto é intensidade, natureza e tempo de exposição ao agente, que não causará dano a saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral. As atividades insalubres estão contidas nos anexos da Norma e são considerados os agentes: Ruído contínuo ou permanente; Ruído de Impacto; Tolerância para Exposição ao Calor; Radiações Ionizantes; Agentes Químicos e Poeiras Minerais. Tanto a NR15 quanto a NR16 dependem de perícia, a cargo do médico ou do engenheiro do trabalho, devidamente credenciado junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.
- **NR16 - Atividades e Operações Perigosas** - Também considerada quando ocorre além dos limites de tolerância. São as atividades perigosas aquelas ligadas a Explosivos, Inflamáveis e Energia Elétrica.
- **NR17 - Ergonomia** - Esta norma estabelece os parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas, máquinas, ambiente, comunicações dos elementos do sistema, informações, processamento, tomada de decisões, organização e conseqüências do trabalho. Observe-se que as LER - Lesões por Esforços Repetitivos, hoje denominada DORT - Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho constituem o principal grupo de problemas à saúde, reconhecidos pela sua relação laboral. O termo DORT é muito mais abrangente que o termo LER, constante hoje das relações de doenças profissionais da Previdência.
- **NR17 Anexo I - Trabalho dos Operadores de Checkouts** - Objetiva estabelecer parâmetros e diretrizes mínimas para adequação das condições de trabalho dos operadores de checkout. Aplica-se aos empregadores que desenvolvam atividade comercial utilizando sistema de auto-serviço e checkout, como supermercados, hipermercados e comércio atacadista.
- **NR17 Anexo II - Trabalho em Teleatendimento/Telemarketing** - As disposições deste Anexo aplicam-se a todas as empresas que mantêm serviço de teleatendimento/telemarketing nas modalidades ativo ou receptivo em centrais de atendimento telefônico e/ou centrais de relacionamento com clientes (call centers), para prestação de serviços, informações e comercialização de produtos.
- **NR18 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção - PCMAT** - O PCMAT é o PPRA da Construção civil. Resume-se no elenco de providências a serem executadas, em função do cronograma de uma obra, levando-se em conta os riscos de acidentes e doenças do trabalho e as suas respectivas medidas de segurança.
- **NR19 - Explosivos** - Determina parâmetros para o depósito, manuseio e armazenagem de explosivos.

3828

- **NR19 Anexo I - Segurança e Saúde na Indústria de Fogos de Artifício e outros Artefatos Pirotécnicos** - Este anexo aplica-se a todos os estabelecimentos de fabricação e comercialização de fogos de artifício e outros artefatos pirotécnicos.
- **NR20 - Líquidos Combustíveis e Inflamáveis** - Define os parâmetros para o armazenamento de combustíveis e inflamáveis.
- **NR21 - Trabalho a céu aberto** - Define o tipo de proteção aos trabalhadores que trabalham sem abrigo, contra intempéries (insolação, condições sanitárias, água, etc.).
- **NR22 - Trabalhos subterrâneos** - Destina-se aos trabalhos em minerações subterrâneas ou a céu aberto, garimpos, beneficiamento de minerais e pesquisa mineral. Nesses trabalhos é necessário ter um médico especialista em condições hiperbáricas. Esta atividade possui várias outras legislações complementares.
- **NR23 - Proteção contra Incêndios** - Todas as empresas devem possuir proteção contra incêndio; saídas para retirada de pessoal em serviço e/ ou público; pessoal treinado e equipamentos. As empresas devem observar as normas do Corpo de Bombeiros sobre o assunto.
- **NR24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais do Trabalho** - Todo estabelecimento deve atender as denominações desta norma, que o próprio nome contempla. E, cabe a CIPA e/ou ao SESMT, se houver, a observância desta norma. Deve-se observar, também, nas Convenções Coletivas de Trabalho de sua categoria se existe algum item sobre o assunto.
- **NR25 - Resíduos Industriais** - Trata da eliminação dos resíduos gasosos, sólidos, líquidos de alta toxidade, periculosidade, risco biológico, radioativo, a exemplo do césio em Goiás. Remete às disposições contidas na NR15 e legislações pertinentes nos níveis federal, estadual e municipal.
- **NR26 - Sinalização de Segurança** - Determina as cores na segurança do trabalho como forma de prevenção evitando a distração, confusão e fadiga do trabalhador, bem como cuidados especiais quanto a produtos e locais perigosos.
- **NR27 - Registro Profissional do Técnico de Segurança no Ministério do Trabalho e Emprego** - Todo técnico de segurança deve ser portador de certificado de conclusão do 2º grau de Técnico de Segurança e Saúde no Trabalho, com currículo do Ministério do Trabalho e Emprego, devidamente registrado através das DRTs regionais. Revogada pela Portaria GM n.º 262, 29/05/2008
- **NR28 - Fiscalização e Penalidades** - Toda norma regulamentadora possui uma gradação de multas, para cada item das normas. Estas gradações são divididas por número de empregados, risco na segurança e risco em medicina do trabalho. O agente da fiscalização, baseado em critérios técnicos, autua o estabelecimento, faz a notificação, concede prazo para a regularização e/ou defesa. Quando constatar situações graves e/ou iminentes ao risco à saúde e à integridade física do trabalhador propõe à autoridade regional a imediata interdição do estabelecimento.
- **NR29 - Segurança e Saúde no Trabalho Portuário** - Tem por objetivo Regular a proteção obrigatória contra acidentes e doenças profissionais, facilitar os primeiro socorros a acidentados e alcançar as melhores condições possíveis de segurança e saúde aos trabalhadores portuários. As disposições contidas nesta NR aplicam-se aos trabalhadores portuários em operações tanto a bordo como em terra, assim como aos demais trabalhadores que exerçam atividades nos portos organizados e instalações portuárias de uso privativo e retroportuárias, situadas dentro ou fora da área do porto organizado.
- **NR30 - Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário** - Aplica-se aos trabalhadores de toda embarcação comercial utilizada no transporte de mercadorias ou de passageiros, na navegação marítima de longo curso, na cabotagem, na navegação interior, no serviço de reboque em alto-mar, bem como em plataformas marítimas e fluviais, quando em deslocamento, e embarcações de apoio marítimo e portuário. A observância desta Norma Regulamentadora não desobriga as empresas do cumprimento de outras disposições legais com relação à matéria e outras oriundas de convenções, acordos e contratos coletivos de trabalho.
- **NR31 - Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura** - Estabelece os preceitos a serem observados na organização e no ambiente de trabalho, de forma a tornar compatível o planejamento e o desenvolvimento das

3829

atividades da agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aqüicultura com a segurança e saúde e meio ambiente do trabalho.

- **NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde** - Determina as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.
- **NR33 - Segurança e Saúde no Trabalho em Espaços Confinados** - Tem como objetivo estabelecer os requisitos mínimos para identificação de espaços confinados e o reconhecimento, avaliação, monitoramento e controle dos riscos existentes, de forma a garantir permanentemente a segurança e saúde dos trabalhadores que interagem direta ou indiretamente nestes espaços.

Relação de Anexos

01 - Requerimento à DRT
02 – Modelo de Ata de Eleição
03 – Modelo de Ata de Posse
04 - Calendário Anual de Reuniões Ordinárias
05 - Mapa de Riscos – "QUESTIONÁRIO AUXILIAR"
06 - Plano de Trabalho
07 - Relatório de Inspeção de Segurança
08 - Proposta de Segurança
09 - Solicitação de Paralisação de Máquina e/ou Equipamento ou Atividade
10 – Relatório de Acidente do Trabalho
11 – Controle de Frequência nas Reuniões
12 – Edital de Convocação de Reuniões Ordinárias
13 - Ata de Reunião Ordinária
14 – Ata de Reunião Extraordinária
15 – Carta de Justificativa de Ausência
16 – Processo Eleitoral - Cronograma de Atividades
17 – Edital de Inscrição de Candidatos
18 – Edital de Convocação de Eleição
19 – Ficha de Inscrição de Candidatos
20 – Modelo de Cédula de Votação
21 – Mapa de Apuração
22 – Designação de Responsabilidade – Terceiros/Prestadores de Serviços
23 – Ficha de Registro de Designado - Terceiros/Prestadores de Serviços
24 – Normas Regulamentadoras

Bibliografia

Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria 3214/78 – NR 5.
Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 8/99 – NR 5.

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. EDUARDO RIBEIRO BAHIANA
Madre de Deus - BA

MANUAL DA CIPA

Elaboração:

- Divisão Cursos - Equipe Técnica

Edição:

- Janeiro de 2011

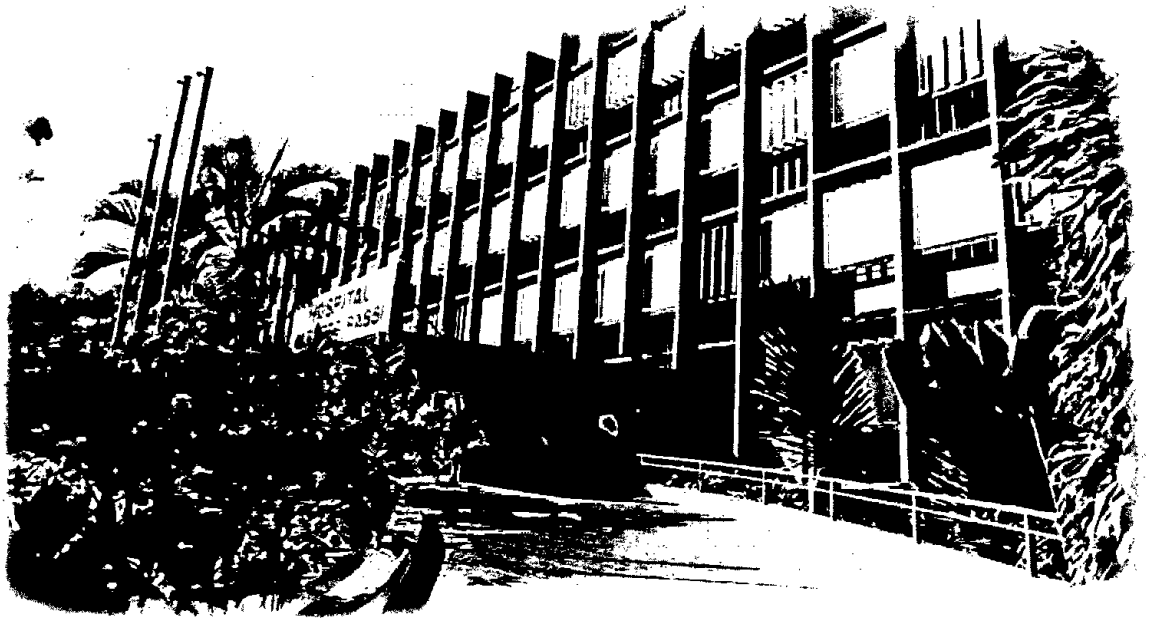
Revisão:

- Janeiro de 2011

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3892

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA
ITEM QUALIDADE – QUALIDADE SUBJETIVA
OUTRAS COMISSÕES
PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA COMISSÃO CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

Membros:

- Médico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Nutricionista
- Resprs. SCIH
- Respr. diretoria

Finalidade:

- Identificar e notificar as situações de possíveis doadores de órgãos e tecidos, realizando encaminhamentos para a efetivação do processo

PROPSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

SES 3834

O Ministro da Saúde, através da publicação da Portaria Nº. 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos,privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

Art. 1º. A Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes passa a ser denominadaComissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

Art. 2º. A presente Comissão está vinculada diretamente à diretoria médica está composta neste ato por seis membros, sendo uma das enfermeiras designada como Coordenadora Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplante, por ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes com certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes.

Fica definido como atribuição da Comissão, organizar a instituição hospitalar para que seja possível:

I. Detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;

II. Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM sobre o tema;

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

IV. Articular-se com a Central de Transplantes do Estado do Estado de Santa Catarina (CNCDO), para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

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

VI. Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessáriospara atender aos casos de possível doação;

Art. 5º. Do Funcionamento da Equipe Multidisciplinar

SES 3837

§ 1º. – Cadastrar todos os paciente na lista única do Sistema Nacional de Transplantes.

§ 2º. - Solicitar exames aos pacientes de forma periódica (trimestralmente).

§ 3º. Dar apoio psicológico à família do paciente.

§ 4º. Providenciar medicações necessárias para o paciente transplantado no momento da alta.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3838
0

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

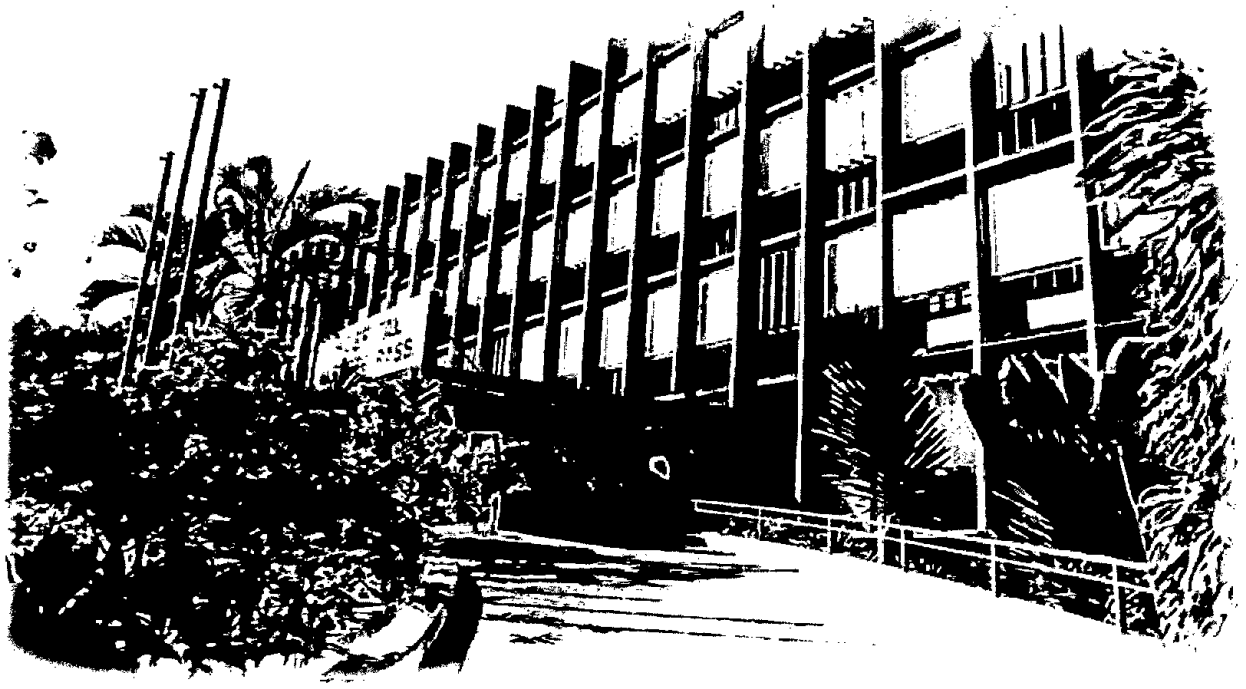
Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3839

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Definição de Formas de Acomodação e Conduta para Acompanhantes de Clientes Idosos, Crianças e Especiais

Elaboração:

Instituto Médico cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
3840
FLS
RUBRICA
Pág.

1 INTRODUÇÃO..... 04
2 FORMAS DE ACOMODAÇÃO..... 05
3 ORIENTAÇÕES DE ACOLHIMENTO AO ACOMPANHANTE..... 06

1 INTRODUÇÃO

SES 3841

Quando uma pessoa é internada em um hospital, ela perde os laços e os vínculos estabelecidos, no seu cotidiano, com o mundo exterior e que confirmam sua própria existência. Tudo o que, vindo desse contexto exterior, puder permitir esta confirmação, vai contribuir no seu tratamento.

A presença do acompanhante é fundamental ao fator psico-social do indivíduo intenado. É nesse contexto que se propõe a definição das Formas de Acomodação e conduta para acompanhantes de pacientes internado, especialmente idosos, crianças e especiais.

SES
3842
2

2 FORMAS DE ACOMODAÇÃO NO HGG

Orientações:

- Para cada paciente internado, um acompanhante
- O acompanhante é o responsável pelo paciente
- Tem direito ao desjejum, almoço e ceia

Acomodação:

- Para cada acompanhante, 01 cadeira ou espreguiçadeira
- 01 armário para guarda de pertences de uso pessoal

3 ORIENTAÇÕES DE ACOLHIMENTO AO ACOMPANHANTE DO HGG



Orientações:

- Visitas e acompanhantes incluídos como parte do plano de cuidados do doente (procurar conhecer como se compõe a rede social do doente e os meios para estabelecer contato).

- Equipe multidisciplinar para acolhimento da visita e do acompanhante, dando instrumentos para que a visita possa render o máximo.

- Adequação de locais para que os doentes em condições possam receber os visitantes fora do leito.

- Equipe de referência para considerar demandas específicas como: visitas do horário determinado, número de fora visitantes fora do estabelecido, etc.

- Presença de um integrante da equipe de cuidados no momento da visita.

- Flexibilidade nas normas para troca de acompanhantes fora dos horários estabelecidos, respeitando as necessidades dos mesmos.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3844

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Definição de Horário, Critérios e Medidas de Controle de Risco para Visitas aos Pacientes

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES 3845

1. INTRODUÇÃO 04
2. DA INTERNAÇÃO 04
3. DO ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM 04
4. DOS ACOMPANHANTES E VISITANTES 05
5. MEDIDAS IMPORTANTES 06
6. INFORMAÇÕES SOBRE OS PACIENTES 07
7. IMPORTANTE 07
8. DOS VALORES 08
9. DAS REFEIÇÕES 08
10. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 09

1. INTRODUÇÃO

SES 3846

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PACIENTES/ACOMPANHANTES

Prezado(a) Cliente,

Esperamos que sua estada conosco seja breve e que tenha pronta recuperação. A finalidade deste manual é procurar orientá-lo sobre as rotinas do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, dos procedimentos habituais, dos serviços disponíveis, para que se sinta amparado, com toda segurança, conforto e tranqüilidade durante sua permanência conosco.

2. DA INTERNAÇÃO

A internação do paciente somente poderá ser efetuada sob a responsabilidade de um médico legalmente habilitado.

O paciente/responsável deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados e apresentar originais, assim como a AIH devidamente autorizada pela Secretaria de Estado de Saúde.

No ato da internação, o paciente/responsável deverá:
- tomar conhecimento deste manual implica, necessariamente e tacitamente que, não só o paciente/responsável, mas também seus familiares, observem e cumpram as orientações existentes nele;

3. DO ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM

Além do médico que ficará responsável pelo tratamento, o paciente terá assistência permanente dos médicos plantonistas, para eventuais intercorrências.

A Divisão de Enfermagem do HGG mantém em cada unidade de internação, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes durante 24 horas. Os

cuidados de enfermagem são prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência indvidualizados é também, responsável pela execução da prescrição médica.

É vedada a interferência de acompanhantes/visitantes na assistência e na enfermagem do HGG.

4. DOS ACOMPANHANTES E VISITANTES

Chegando ao HGG, dirigir-se à Central de Informações e Identificação para obter a autorização de entrada para visitar o paciente.

Após receber a autorização, aguardar o horário da visita em local indicado.

Cada paciente somente poderá receber o número de visitas determinado pelo HGG e sempre maiores de 12 anos.

Pacientes menores até 14 anos e maiores de 60 anos terão direito a um acompanhante. Os demais pacientes somente terão direito a um acompanhante mediante solicitação, por escrito, do médico assistente e/ou da enfermeira chefe da unidade de internação.

Os horários de troca de acompanhantes são válidos para todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados. Todas as trocas deverão ocorrer na Recepção de Internação.

08h às 09h
12h às 13h
18h às 19h

A visita de crianças de 3 a 12 anos é permitida em caráter excepcional, com prévia autorização do médico, enfermeira chefe da unidade de internação ou assistente social. A solicitação deverá ser feita com antecedência, de segunda a sexta-feira, das 08 horas às 16 horas.

Horários de visitas:

- enfermarias: das 15h às 16h

3848

5. As medidas a seguir são muito importantes para a diminuição da incidência de infecção hospitalar, ou seja, riscos para os pacientes

- Lave as mãos ao chegar ao hospital. Não traga para o paciente poeira da rua. As mãos são um dos principais veículos de germes;
- Lave sempre as suas mãos, antes e após cuidar do seu familiar;
- Não se sente no leito, a roupa possui germes que podem gerar infecções nas pessoas internadas;
- Não é permitido trazer flores naturais para o ambiente hospitalar, pois podem afetar a recuperação dos pacientes;
- A roupa cedida pelo hospital é para a sua proteção, seu uso é restrito nas enfermarias. Evite circular em outros locais com a mesma;
- Durante a visita ao seu familiar, não manipule outros doentes;
- Quando estiver doente, evite visitar o seu familiar;
- Não é permitida a entrada: sem o uso de camisa, utilizando roupas de banho ou trajes inadequados ao ambiente hospitalar;
- Se você vai ficar acompanhado o paciente durante o período de sua internação, lembre-se de que apesar de sua boa vontade, você não deve auxiliar no cuidado de outros pacientes;
- Não traga alimentos. O serviço de nutrição é o único responsável pela dieta do paciente;
- É permitido afagar seu ente querido, mas não toque em seus curativos e equipamentos relacionados ao seu tratamento;
- Não aconselhamos visitas de crianças abaixo de 12(doze) anos de idade, salvo em casos especiais e com a autorização prévia da administração do hospital;

- Em caso de dúvida acerca do soro, curativo e outras situações, procure a enfermagem ou o médico da enfermaria para esclarecê-lo;
- Não saia com dúvidas, procure nossos profissionais e saiba que todas as medidas terapêuticas empregadas em seu familiar são unicamente em benefício dele;
- Se você veio apenas visitar, antes de sair do hospital não se esqueça de lavar as suas mãos. Não leve para casa germes do ambiente hospitalar.

6. INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTES

Não será fornecida nenhuma informação por telefone, sobre qualquer estado clínico do paciente. Durante o horário de visitas ou outro horário acordado especialmente, o paciente poderá ser visitado e/ou falar com o médico assistente para obter mais detalhes do estado clínico ou quaisquer outras dúvidas que desejem esclarecer.

7. IMPORTANTE:

- Visitantes e/ou acompanhantes não devem sentar-se no leito do paciente. Devem lavar as mãos antes de cumprimentá-la, contribuindo com a prevenção de infecção hospitalar;

- evitar circular nas outras enfermarias, corredores e Posto de Enfermagem;

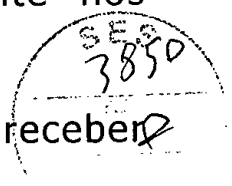
- os aparelhos sonoros (TV, rádio, etc.) devem ser utilizados com volume em nível baixo;

- é proibido fumar nos aposentos do paciente e nas dependências internas do HGG;

- é proibido lavar e estender roupas (pessoais e/ou uso doméstico) nos aposentos do paciente e nas dependências internas/externas do HGG;

- é proibido mexer nos equipamentos hospitalares destinados ao uso dos pacientes, assim como qualquer outro;

- é proibido permanecer mais de um acompanhante nos aposentos do paciente, após o horário de visitas;



- os funcionários do HGG não estão autorizados a receber gratificações dos pacientes e/ou acompanhantes;
- é expressamente proibido entrar com comida para o paciente sem a autorização da Gerência de Nutrição do HGG.

A enfermeira chefe da unidade de internação é a pessoa mais indicada para esclarecer dúvidas. Procure-a sempre que necessário.

8. DOS VALORES

O HGG não se responsabiliza por objetos de valor deixados nas enfermarias (dinheiro. celulares, jóias, etc.).

9. DAS REFEIÇÕES

Terá direito ao café da manhã e almoço, acompanhantes de menores até 14 anos e acima de 60 anos, mediante apresentação de crachá de identificação, entregue na Recepção de Internação, no ato da admissão.

Os horários de refeições para pacientes:

- Desjejum - 06h às 07h
- Lanche - 09h às 10h
- Almoço - 11:00h às 11:30h
- Lanche - 15h às 16h
- Jantar - 17:30h às 18:30h
- Ceia - às 21h

O horário de acompanhantes:

- Desjejum - 06h às 07h (na enfermaria)
- Almoço -11h às 11:30h (no refeitório)

As dietas dos pacientes serão aquelas prescritas pelo médico assistente, não sendo permitida a interferência de acompanhante/visitante ou trazer alimentação quando o paciente estiver sujeito a dieta específica.

SES 3851

10. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Com a finalidade de proteger e resguardar o bem estar dos pacientes e o bom funcionamento do HGG é vedado:

- Acompanhantes/visitante acessarem as dependências do HERB usando trajes impróprios (short, camisetas, bermudas, trajes de banho, etc.);

- Fumar nas dependências internas do HGG, conforme Lei Federal n.º 9642, principalmente em aposentos cujos pacientes estejam recebendo oxigênio, devido ao alto risco de explosão;

- Trazer medicamentos para ministrá-los ao paciente;

- Acender velas e/ou trazer quaisquer outros objetos para os aposentos do paciente que tragam riscos para a integridade física e moral das pessoas;

- É permitido o uso de aparelhos de TV, ventiladores ou outros objetos de uso pessoal, dentro das enfermarias. Para evitar transtornos, registre seus equipamentos/objetos no ato da internação, assim como facilitará, na hora da alta hospitalar, a checagem completa do patrimônio da empresa;

- A Administração do HGG reserva-se o direito de alterar qualquer item do presente manual, sem aviso prévio, no sentido de resguardar e proteger os interesses dos pacientes e da instituição.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3852
0

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Manual de Normas e Rotinas do Setor de Internamento

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
3857
0

1. INTRODUÇÃO 04

2. NORMAS DO SETOR DE INTERNAMENTO 05

3. NORMAS DE ISOLAMENTO DO SETOR DE INTERNAMENTO 06

4. **ROTINAS DO SETOR DE INTERNAMENTO** 08

1. INTRODUÇÃO

SES 3854

A palavra manual origina-se do latim, manualis, formada do radical manus e do sufixo alis, refere-se à coisa manuseável, isto é, fácil de conduzir nas mãos. É um instrumento de compilação, agregação e consolidação de normas e regras, técnicas administrativas, organizacionais ou operacionais e que deve permitir a consulta com bastante facilidade. É o elemento catalisador das normas formais de todos os processos do Serviço.

Normas de conduta e Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) são os principais componentes deste Manual, ao passo que as Normas determinam as regras de funcionamento da área, e os POPs descrevem de forma detalhadas cada tarefa (processo) do serviço, como forma de orientar o passo a passo de sua execução, devendo assegurar aos usuários, um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final..

Considerando que os manuais devem ser atualizados e refletir com clareza e objetividade as diretrizes e as normas da Instituição, jamais podendo ser considerados concluídos, completos ou terminados, mas ao contrário, devendo ser constantemente revistos, acompanhando a acelerada evolução da tecnologia dos serviços de Assistência Hospitalar, é que apresentamos este Manual, contribuindo assim, para o processo de melhoria contínua do desempenho organizacional.

2. NORMAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Setor de Internamento		Revisão No: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do Setor de Internamento.

Normas

- Os funcionários que trabalham no setor de internamento devem registrar o cartão de ponto na entrada e saída do plantão;
- Todos os funcionários deverão estar devidamente uniformizados com as roupas padronizadas pela instituição;
- A equipe do setor de internamento deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso;
- Os funcionários deverão verificar diariamente a integridade dos materiais e equipamentos, registrando qualquer intercorrência com os mesmos;
- Registrar diariamente as intercorrências ocorridas no Livro de Registro do setor;
- Ler diariamente o Livro de Registro das ocorrências;
- Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão;
- Manter o setor organizado durante e ao final do plantão;
- Manter silêncio dentro do setor de internamento;
- É vedado aos funcionários do setor de internamento alimentar-se dentro setor;
- Cumprir rigorosamente aos horários de entrega e recebimento de materiais;
- Durante o plantão o funcionário deverá permanecer dentro do setor;
- Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho;
- Usar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- As trocas de plantão somente serão efetuadas quando acordadas previamente com a Coordenação de Enfermagem;
- As trocas de plantão dentro do mês ficam restritas a três trocas, salvo necessidade justificada junto à Coordenação de Enfermagem;
- Tem direito a acompanhante os pacientes portadores de algum tipo de deficiência, idade acima de 65 anos, crianças e menor de idade;
- Todo acompanhante deverá portar o "cartão de acompanhante" emitido pelo Serviço Social e/ou Enfermagem (à noite e aos domingos), enquanto estiver acompanhando o paciente;
- É obrigatória a lavagem das mãos antes e após a realização de cada procedimento, visando evitar o risco de infecção e/ou contaminação;
- O médico deverá informar ao paciente, antes da cirurgia, quando o mesmo vai necessitar de hemo-transfusão;
- Antes de realizar qualquer transfusão sangüínea no paciente, verificar se não existe preconceitos religiosos;
- A ambulância deverá aguardar no Banco de Sangue a liberação de bolsas de sangue solicitadas e transportá-las SEMPRE em caixa térmica com gelo e sem manter contato direto com as mesmas;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exame interno deverá ser feito mediante a presença de profissional de enfermagem portando o prontuário do paciente com o encaminhamento na evolução;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exames externos deve ser feito mediante a presença de um profissional da enfermagem e/ou acompanhante/responsável pelo paciente, portando documento e ficha de encaminhamento (original), com encaminhamento na evolução.;
- Nenhum paciente poderá sair de lata hospitalar sem estar acompanhando de um familiar ou responsável.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

3. NORMAS DE ISOLAMENTO DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.2	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas que regulamentam o funcionamento da área de Isolamento da Unidade de Internamento**		Revisão	
		Nº:	Data:

Normas

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por microorganismos epidemiologicamente importantes, que são transmitidos por contato direto com o paciente (mãos ou pele) e/ou contatos indiretos (contatos com superfícies ambientais ou itens de uso do paciente) devem adotar as seguintes precauções:

    1. **Internar o paciente em quarto individual (isolamento)**. Se não for possível, colocar o paciente no mesmo quarto em que já exista outros pacientes internados apresentando infecção pelo mesmo microorganismo. A CCIH deverá ser consultada, nos casos de dúvidas antes da internação do paciente;

    2. **Usar luvas limpas não estéreis ao entrar no quarto do paciente e durante o tempo do atendimento do mesmo.** Trocá-las após contato com material infectado com alta concentração de microorganismos (fezes, secreções de feridas, etc.). Retirar as luvas após o uso, antes de deixar o ambiente. Lavar as mãos com anti-séptico. Assegurar que as mãos não toquem as superfícies ambientais ou itens do quarto do paciente para evitar transferência de microorganismos para outros pacientes e ambientes;

    3. **Usar avental limpo não necessariamente estéril ao entrar no quarto, quando existir a possibilidade de um contato substancial com o paciente contaminado** (incontinente, diarréico, com ileostomia, colostomia ou drenagem de ferida não contida pelo curativo) ou itens do quarto. Retirar o avental antes de deixar o quarto. Assegurar que as roupas pessoais não entraram em contato com superfícies potencialmente contaminadas, evitando a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambientes.

    4. **Transportar o paciente para outros ambientes, somente o estritamente necessário.** Assegurar que as precauções sejam mantidas para diminuir o risco de transmissão de microorganismos para outros pacientes e a contaminação de superfícies ambientais, equipamentos, quando o paciente necessitar ser levado para fora do quarto.

    5. **Os equipamentos de uso (estetoscópio, termômetro, etc.)** deverão ser utilizados somente para o paciente infectado. Caso não seja possível, os equipamentos devem ser limpos e desinfectados com álcool à 70% antes de ser utilizado em outro paciente.

    6. **Os itens com os quais o paciente entra em contato e as superfícies ambientais devem ser submetidas à limpeza diária.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes com suspeita de infecção ou confirmada por microorganismos transmitidos por aerossóis (partículas de tamanho = 5 µm) que permanecem suspensas no ar e que podem ser dispersadas a longas distâncias (varicela, sarampo e tuberculose) deve tomar as seguintes precauções:

    1. **Internar paciente em quarto isolado com pressão de ar negativa em relação à área adjacente**. Trocar o ar a cada seis horas, no mínimo. Filtrar o ar do quarto utilizando filtros de alta eficiência (filtro HEPA – High-Eficiency Particulate Air), antes da circulação do ar para as outras áreas do hospital. Manter as portas do quarto sempre fechadas.

    2. **Usar proteção respiratória sempre que for entrar em contato com o paciente**

(máscara com capacidade de filtragem e vedação lateral adequadas). Pessoas com suscetibilidade a sarampo e varicela não devem entrar em quarto de pacientes com suspeitas dessas infecções.

3. **O transporte de paciente infectado deve ser o mínimo necessário, mas quando houver indicação, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes portadores ou infectados por microorganismos transmitidos por gotículas de tamanho maior que 5 µm, que podem ser gerados durante tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos deve tomar as seguintes precauções:

1. **Internar o paciente em quarto isolado.** Quando não houver a possibilidade, colocá-lo em quarto com paciente que apresente infecção pelo mesmo microorganismo. A distância entre os dois pacientes ou entre paciente e visitante deve ser de um metro. Realizar ventilação e circulação do ar especiais dentro do quarto.

2. **Deve ser utilizada máscara sempre que a proximidade com o paciente for menor que um metro.**

3. **Limitar ao mínimo possível o transporte do paciente** infectado, mas quando for necessário, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4. ROTINAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.1 Emissão
Tarefa: Recebimento de plantão pelos auxiliares e técnicos de enfermagem		Revisão No: / Data:

Executante Auxiliares e técnicos de enfermagem.
Resultados esperados Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.
Recursos Necessários Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.
Atividades • Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados; • Ler o Livro de Registro de Ocorrências; • Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.
Cuidados Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.
Ações em caso de não conformidade Solicitar a enfermeira chefe da unidade que esclareça quaisquer dúvidas que venham a surgir quanto ao início das rotinas diárias.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.2 Emissão 3859
Tarefa: assistência de enfermagem na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário do paciente, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e caneta.

Atividades

- Administrar medicação dos pacientes, conforme prescrição médica;
- Checar nominalmente as medicações com as prescrições;
- Registrar na evolução do paciente os cuidados de higiene realizados;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Verificar sinais vitais dos pacientes e registrar na folha de evolução;
- Observar o funcionamento de sondas e cateteres;
- Encaminhar e/ou acompanhar pacientes para transferências;
- Realizar a mudanças de decúbito nos pacientes;
- Massagear os pacientes, quando estes necessitarem;
- Pegar material esterilizado na CME;
- Utilizar os EPI's corretos durante a execução dos procedimentos de enfermagem;
- Levar material sujo para o expurgo;
- Encaminhar pacientes para realizarem exames, quando estiverem prescritos;
- Registrar na folha de evolução do prontuário do paciente, a higiene realizada no mesmo;
- Orientar os familiares e/ou visitantes do paciente quanto à importância da lavagem das mãos;
- Identificar os equipos instalados com data e hora da instalação;
- Identificar os curativos de punção venosa com data e hora da punção e, o nome do profissional responsável;
- Quando necessário, utilizar placas de identificação nos leitos dos pacientes, tais como: jejum, RX, USG, exame laboratorial, etc..

Cuidados

- Atentar para as medicações dos pacientes, que somente podem ser ministradas, após a conferência das prescrições médicas;
- Atentar para as sondas e cateteres dos pacientes para evitar complicações no quadro do paciente;
- Atentar para o registro de todas as informações necessárias na folha de evolução do prontuário do paciente;
- Atentar para a nominação nos leitos dos pacientes (jejum, RX, USG, etc.), evitando erro e/ou esquecimento quanto aos procedimentos a serem realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar a enfermeira chefe da unidade de internamento esclarecimentos quando tiver dúvidas sobre alguma rotina;
- Informar a enfermeira chefe da unidade internamento toda e qualquer alteração nas rotinas e/ou evolução dos pacientes, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.3 Emissão
Tarefa: Recebimento de plantão pela enfermeira		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades
- Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.

Cuidados
Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.

Ações em caso de não conformidade
Informar a Coordenação de Enfermagem qualquer alteração observada no registro das ocorrências, solicitando esclarecimentos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.4 Emissão
Tarefa: Coordenação de enfermagem na unidade de internamento		Revisão 0 No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, livro de ocorrências, carro de emergência, EPI's (luvas, máscaras, óculos, etc.) caneta e carimbo.

Atividades
- Distribuir as rotinas diárias para equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos);
- Estabelecer prioridades de assistência;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Realizar o controle de materiais e medicamentos;
- Supervisionar e controlar o fluxo de visitas dentro da unidade de internamento, atentando para horário e quantidade de visitantes por enfermaria;
- Controlar os psicotrópicos;
- Atualizar o censo diário;
- Revisar e repor os materiais e medicamentos do carro de emergência da unidade;
- Solicitar ao serviço de higienização da limpeza e desinfecção do leito, após alta do paciente;
- Checar e testar o funcionamento dos equipamentos da unidade;
- Emprestar materiais para outros setores, mediante protocolo;
- Informar à recepção, serviço social e nutrição, sempre que admitir um paciente na unidade;
- Registrar todas as intercorrências do plantão em livro apropriado.

Cuidados
- Atenção no controle dos psicotrópicos;
- Atenção na revisão do carro de emergência para que não falte nenhum medicamento e/ou material;
- Atenção nas sondas e cateteres dos pacientes, evitando extravasamento e/ou riscos de alteração no quadro do paciente;
- Não se esquecer de informar à recepção, serviço social e nutrição quando admitir paciente na unidade;
- Não se esquecer de realizar censo diário da unidade.

Ações em caso de não conformidade
- Se perceber a falta de algum psicotrópico informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e/ou Farmácia;
- Se algum equipamento do carro de emergência apresentar algum defeito, chamar o serviço de manutenção para que o mesmo seja consertado;
- Se ocorrer alguma complicação com o paciente, por motivos quaisquer, comunicar imediatamente ao médico plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.5 Emissão 3862
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internamento		Revisão 0
		No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.), leito, EPI's (luvas, óculos, máscaras, etc.).

Atividades

- Verificar se o leito que o paciente irá ocupar está devidamente preparado;
- Receber o paciente chamando-o pelo nome, independente do nível de consciência;
- Colocar o paciente no leito, observando o estado clínico/cirúrgico do mesmo;
- Trocar a roupa do paciente;
- Lavar as mãos com água e sabão antes e após contato com o paciente;
- Verificar e registrar na evolução de enfermagem, os sinais vitais do paciente;
- Monitorar paciente caso seja necessário;
- Prestar cuidados de enfermagem ao paciente, sempre que necessário;
- Registrar as intercorrências em livro próprio;
- Verificar se o paciente tem pertences, para entregá-los aos familiares d mesmo;
- Usar os EPI's adequados durante a realização dos procedimentos;
- Garantir e preservar a privacidade do paciente;
- Monitorar continuamente os pacientes;
- Checar as prescrições médicas no prontuário do paciente.

Cuidados

- Manter atitude cordial e gentil com o paciente ao recebê-lo para admissão;
- Atentar para o uso dos EPI's corretos antes da realização dos procedimentos de enfermagem;
- Sempre lavar as mãos antes e depois de tocar no paciente;
- Não ministrar nenhuma medicação ao paciente sem antes conferir a prescrição médica.

Ações em caso de não conformidade
Toda e qualquer alteração e/ou intercorrência com o paciente e/ou rotinas da unidade, comunicar a enfermeira chefe, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.6 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.), leito, EPI's (luvas, óculos, máscaras, etc.).

Atividades

- Realizar exame físico no paciente, observando:
  1. Nível de consciência;
  2. Estado emocional;
  3. Estado hemodinâmico;
  4. Presença de pensos, escaras, próteses, etc.;
  5. Funcionamento intestinal e urinário;
- Registrar na folha de evolução do prontuário do paciente todas as informações observadas no exame físico do mesmo;
- Admitir o paciente, evoluir e prescrever na folha de evolução de enfermagem no prontuário do paciente;
- Solicitar os exames prescritos (RX, ECG, USG, laboratório, etc.);
- Aprazar as medicações prescritas;
- Comunicar ao serviço social e a nutrição a admissão do paciente;
- Registrar no prontuário, no livro de ocorrências, relatório e censo, a admissão do paciente;
- Orientar familiares sobre as rotinas da unidade.

Cuidados

- Atentar para todos os detalhes durante o exame físico do paciente;
- Não se esquecer de informar ao serviço social e à nutrição sobre a admissão do paciente na unidade;
- Nunca se esquecer de usar os EPI's adequados quando realizar procedimentos no paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se perceber alguma alteração significativa, durante o exame físico do paciente, comunicar imediatamente ao médico plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.7 Emissão
Tarefa: Administração de medicamentos		Revisão 3 864
		No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente tome a medicação prescrita de forma correta e segura.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, prescrição médica, medicamentos, material médico-hospitalar, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e prontuário do paciente.

Atividades

- Ler atentamente a prescrição médica;
- Ler atentamente o rótulo do medicamento antes de prepará-lo;
- Lavar as mãos antes de preparar a medicação e antes de administrá-la ao paciente;
- Identificar o paciente com a medicação:
    1. Paciente certo;
    2. Medicação certa;
    3. Mora certa;
    4. Via certa;
    5. Dose certa;
- Manter silêncio e atenção durante o preparo da medicação;
- Verificar o prazo de validade do medicamento;
- Identificar o recipiente que comporta a medicação com: nome do paciente, medicação, número do leito, dose, via e horário;
- Usar EPI correto (luvas) na administração de medicação venosa;
- Administrar a medicação no paciente.

Cuidados

- Ter bastante atenção quando for preparar a medicação, verificando a prescrição corretamente;
- Nunca administração medicação venosa sem o uso do EPI correto (luvas);
- Ler atentamente o rótulo do medicamento e o prazo de validade do mesmo;
- Nunca administrar medicação com dúvidas.

Ações em caso de não conformidade
Se surgir alguma dúvida durante o preparo da medicação e/ou com a prescrição médica, chamar a enfermeira chefe da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.8 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão No: Data:

Executante Enfermeira.
Resultados esperados Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.
Recursos Necessários Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.
Atividades • Observar o prontuário do paciente, verificando se o mesmo tem indicação de alergias a medicamentos e/ou patologias; • Informar a nutrição, o serviço social e ao centro cirúrgico a admissão de paciente para pré-operatório; • Reservar sangue se houver solicitação; • Orientar ao paciente sobre a troca de roupa.
Cuidados Atenção ao observar o paciente sobre possíveis patologias e/ou alergias medicamentosas, para não por a vida do paciente em risco.
Ações em caso de não conformidade Percebendo alguma patologia e/ou alergia medicamentosa nas informações do paciente, informar ao médico cirurgião imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.9 Emissão SES 3864
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão 0 No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.

Atividades

- Sinalizar o leito do paciente com a placa de jejum;
- Verificar se o paciente está de jejum;
- Verificar se o paciente está com adorno. Em caso afirmativo, solicitar que sejam retirados;
- Protocolar os adornos do paciente e entregá-los à família e/ou responsável;
- Remover esmalte das unhas do paciente, se for o caso;]
- Encaminhar paciente para o banho aspersão, antes de encaminhá-lo para o centro cirúrgico;
- Realizar o procedimento de tricotomia, se for necessário, uma hora antes da cirurgia;
- Verificar se foi realizada a consulta pré-anestésica;
- Administrar medicação pré-anestésica no horário determinado, caso tenha sido prescrita;
- Protocolar os exames pré-operatórios recebidos e encaminhar junto com o prontuário para o centro cirúrgico;
- Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais.

Cuidados

- Atenção quando for aplicar a medicação pré-anestésica observando a prescrição médica;
- Não se esquecer de remover o esmalte das mãos do paciente;
- Atenção no procedimento de verificação dos sinais vitais do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.10 Emissão SES 96
Tarefa: Encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico		Revisão 3 0 No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, caneta, exames pré-operatórios, telefone e maca.

Atividades

- Verificar os sinais vitais do paciente e registrar no prontuário do mesmo;
- Solicitar ao paciente que esvazie a bexiga antes de seguir para o centro cirúrgico;
- Observar se todos os adornos, próteses, objetos de metal e peças íntimas do paciente foram retirados;
- Registrar na folha de evolução do prontuário data e hora do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico;
- Informar ao centro cirúrgico que o paciente está pronto;
- Encaminhar o paciente para o centro cirúrgico, juntamente com o prontuário e exames pré-operatórios, quando este solicitar.

Cuidados

- Atenção par que o paciente não suba de bexiga cheia;
- Atenção para não esquecer de encaminhar junto com o paciente o prontuário e os exames pré-operatório;
- Atenção para não esquecer da retirada dos adornos, próteses e pecas íntimas do paciente antes de encaminhar para o centro cirúrgico.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.11
		Emissão SES 3868
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão 0
		No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pós-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, prontuário do paciente e telefone.

Atividades

- Receber o paciente encaminhado do centro cirúrgico;
- Observar o nível de consciência do paciente;
- Controlar rigorosamente os sinais vitais e registrar no prontuário do paciente;
- Observar penso cirúrgico, verificando se existe a presença de sangramento;
- Verificar o funcionamento de drenos e/ou sondas;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Observar a presença de diurese espontânea.

Cuidados
Ter bastante atenção na verificação dos sinais vitais do paciente, assim como das sondas, drenos, penso cirúrgico e diurese.

Ações em caso de não conformidade

- Se o penso cirúrgico apresentar sangramento, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente o médico cirurgião;
- Se os sinais vitais do paciente apresentar alguma alteração, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.12 Emissão 3869
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão 8 No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar o cumprimento da dieta alimentar prescrita para o paciente, assim como o encaminhamento correto de peças para exame na anatomia patológica, quando estas existirem.

Recursos Necessários
Mapa de dieta, prontuário do paciente, caneta, livro de protocolo, telefone, etiqueta e recipiente contendo a peça.

Atividades

- Receber a prescrição médica, indicando o tipo de dieta do paciente;
- Observar o horário da liberação da dieta;
- Informar ao serviço de nutrição sobre a dieta do paciente;
- Observar o nível de aceitação da dieta por parte do paciente;
- Identificar as peças encaminhadas pelo centro cirúrgico, juntamente com o paciente, para serem encaminhadas para exame de anatomia patológica da seguinte forma:
    1. Nome do paciente;
    2. Nome do médico;
    3. Tipo da peça;
    4. Data;
    5. Nome da pessoa que preparou;
- Protocolar a peça identificada e junto com a requisição de exame da mesma entregar para a família e/ou responsável.

Cuidados
Ter bastante atenção quando for identificar as peças que vão para exame de patologia, evitando trocas e erros.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente não tiver um bom nível de aceitação da dieta, informar ao médico assistente e à nutrição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.13 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente no puerpério		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente no puerpério receba todos os cuidados necessários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e prontuário do paciente.

Atividades

- Receber a paciente do centro cirúrgico;
- Observar se o penso cirúrgico apresenta sinais de sangramento (no caso de cesariana);
- Observar se existe a presença de loquiação e registra no prontuário da paciente;
- Verificar se a paciente apresenta presença de colostro;
- Verificar se existe a presença de diurese espontânea;
- Estimular na paciente a amamentação e observar a aceitação do RN;
- Observar se a paciente apresenta sinais de mastite, psicose puerperal e infecção.

Cuidados

- Ter bastante atenção quanto as observações no estado geral para paciente;
- Não se esquecer de registrar no prontuário da paciente todas as informações quanto ao quadro clínico da mesma;
- Procurar estimular a amamentação e aceitação por parte do RN.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo a presença de sinas de sangramento no penso cirúrgico, comunicar imediatamente ao médico cirurgião;
Percebendo sinais de mastite, psicose puerperal e/ou infecção na paciente, comunicar ao médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.14 Emissão
Tarefa: solicitação de bolsas de sangue ao HEMOBA para a realização de transfusão sanguínea		Revisão 38ª No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que as bolsas de sangue solicitadas são adequadas para a realização de hemo-tranfusão, evitando riscos para a vida do paciente.

Recursos Necessários
Requisição de transfusão sanguínea, telefone, prontuário do paciente, caneta e ambulância.

Atividades

- Checar no prontuário do paciente se existe solicitação do médico para transfusão sanguínea;
- Entrar em contato com o laboratório para a realização de exame de tipagem sanguínea do paciente;
- Entrar em contato com o HEMOBA informando sobre a necessidade de transfusão, comunicando a tipagem sanguínea do paciente e quantidades de bolsas;
- Solicitar ao laboratório a coleta de amostra de sangue do paciente;
- Acionar o motorista da ambulância, após confirmação do HEMOBA, quanto à disponibilidade de bolsas de sangue compatíveis com o paciente;
- Entregar ao motorista da ambulância a amostra de sangue do paciente, requisição com a solicitação do médico e informar a quantidade de bolsas necessárias;
- Receber a caixa térmica com gelo, contendo as bolsas de sangue.

Cuidados

- Ter bastante atenção quando informar a tipagem sanguínea para evitar erros, que ponham a vida do paciente em risco;
- Não manter contato com as bolsas de sangue.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente e seus familiares apresentarem resistência quanto a realização da transfusão sanguínea comunicar imediatamente ao serviço social e ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.15 Emissão 3872
Tarefa: Preparo do paciente para a realização de transfusão sanguínea		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.

Recursos Necessários
Termômetro, prontuário do paciente e caneta.

Atividades
- Verificar a temperatura do paciente antes de iniciar a transfusão sanguínea e registrar no prontuário do mesmo;
- Registrar na evolução do paciente data e hora do início da instalação da bolsa de sangue;
- Monitorar os sinais vitais do paciente durante a transfusão.

Cuidados
- Não se esquecer de anotar data e hora da instalação da bolsa de sangue no prontuário;
- Não se esquecer de registrar no prontuário do paciente todas as informações sobre a transfusão sanguínea.

Ações em caso de não conformidade
- Se o paciente estiver com temperatura elevada, informar ao médico plantonista, antes de instalar a bolsa de sangue;
- Se durante a transfusão de sangue o paciente apresentar alguma alteração, comunicar o médico plantonista imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.16 Emissão
Tarefa: Instalação da bolsa de sangue		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.

Recursos Necessários
Bolsa de sangue, equipo de uma via, prontuário do paciente, caneta e luvas.

Atividades
- Instalar a bolsa de sangue em equipo de uma via, após verificar temperatura e sinais vitais do paciente;
- Observar se o paciente apresenta hipertermia;
- Observar se o paciente apresenta prurido e hiperemia;
- Registrar no prontuário do paciente todas as informações e procedimentos realizados no paciente.

Cuidados
- Observar com bastante atenção se o paciente não apresenta nenhuma alteração durante a transfusão de sangue;
- O fluxo da bolsa de sangue deverá correr por um período máximo de 4 horas, após esse período suspender o uso da mesma.

Ações em caso de não conformidade
- Se o paciente apresentar hipertermia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário;
- Se o paciente apresentar prurido e/ou hiperemia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.17 SES Emissão 3874
Tarefa: Encaminhar paciente para a realização de exames complementares de diagnóstico		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que todos os exames complementares de diagnósticos solicitados pelo médico assistente, para o paciente, serão realizados.

Recursos Necessários
Telefone, prontuário do paciente, caneta, requisição de exame e ficha de referência (para exames externos).

Atividades

- Verificar no prontuário do paciente se existe requisição de exames complementares solicitada pelo médico assistente;
- Ligar para o setor de imageologia informando sobre a solicitação de exame, atentando para os seguintes detalhes:
    1. RX – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar que o paciente seja chamado;
    2. USG – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar o chamado;
    3. ECG – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar o chamado, salvo em casos especiais, realizar o exame;
    4. Patologia Clínica – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar que o técnico do laboratório venha realizar a coleta do material;
- Acompanhar o paciente para a realização dos exames levando junto o prontuário do paciente e a solicitação do exame feita pelo médico assistente;
- Ligar para unidade externa que realiza exames complementares, quando os exames solicitados pelo médico não podem ser realizados no HMD;
- Ligar para o serviço social informando da necessidade de acompanhar paciente para a realização de exame fora da instituição.

Cuidados
Atenção ao conferir as solicitações de exames complementares do paciente, evitando que algum deixe de ser realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Se os setores que realizam os exames solicitados na puderem realizar os exames, solicitar uma previsão para a realização dos mesmos e informar ao médico pediatra;
- Se o acompanhante e/ou responsável não estiver com documentação para acompanhar o paciente em exame externo solicitar ao mesmo que vá buscar para então, seguir para a unidade onde o exame será realizado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.18 Emissão
Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição		Revisão No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir a segurança do paciente nos casos de transferência.

Recursos Necessários
Formulário de solicitação de transferência de paciente, Ficha de Referência e Contra Referência e telefone.

Atividades

- Comunicar aos familiares sobre a necessidade de transferência do mesmo para outra instituição;
- Ligar para a instituição referenciada para a qual o paciente necessita ser transferido, verificando a existência de vaga e, sendo confirmada, informar sobre a transferência do mesmo;
- Informar ao Serviço Social sobre a transferência do paciente e para qual instituição o mesmo está sendo transferido;
- Preencher corretamente o Formulário de Solicitação de Transferência do paciente;
- Preencher a Ficha de Referência e Contra Referência;
- Verificar o prontuário do paciente e anexar o Formulário de Transferência;
- Ligar para a instituição referenciada informando-se sobre o atendimento do paciente.

Cuidados

- Só transferir o pacient4e quando a vaga na outra unidade de saúde estiver confirmada;
- Preencher corretamente a ficha de encaminhamento do pacient4e.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de ausência de vaga em outra unidade de saúde, solicitar ao Serviço Social que entre em contato com todas as instituições até conseguir uma.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.19 Emissão
Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que a ambulância esteja pronta para a transferência do paciente.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades
- Comunicar ao motorista da ambulância que a mesma vai ser utilizada para transferência do paciente;
- Comunicar à recepção a saída do paciente;
- Acompanhar o paciente na transferência;
- Solicitar o serviço de higienização a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados
- Sempre informar ao motorista da ambulância a necessidade de uso da mesma;
- Sempre informar à recepção sobre a saída do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que a ambulância não esteja na instituição, informar ao médico para aguardar até a ambulância chegar.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.20 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data: 38F

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilizar o atendimento do funcionário que sofreu o acidente de trabalho, garantindo que todos os protocolos de segurança sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Telefone e luvas para exame.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;
- Solicitar suporte emocional aos profissionais da saúde se for necessário;
- Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.

Cuidados
Não se esquecer de comunicar a todos os setores envolvidos com acidente de trabalho com perfuro-cortante.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.21 Emissão
Tarefa: Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão 3898 No: Data: 02

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir atendimento ágil e eficiente ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.

Recursos Necessários
Luvas para exame, caneta, ficha de programação de avaliação de sorologias e ficha de relatório médico para encaminhamento de funcionário.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Avaliar o grau de risco de transmissão;
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subseqüente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão;
- Encaminhar o funcionário para o Hospital Central Roberto Santos (HCRS) – Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados
- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão;
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o HCRS, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.22 Emissão
Tarefa: Assistência após a morte pela equipe de enfermagem		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os protocolos necessários para assistir o paciente após a morte sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, Declaração de Óbito, caneta, mesa, cadeira e telefone.

Atividades

- Desligar todos os aparelhos (se for o caso) aos quais o paciente esteja ligado, após a confirmação do óbito do paciente por parte do médico plantonista;
- Registrar na evolução do prontuário do paciente o horário exato que o médico atestou o óbito para o preenchimento correto da Declaração de Óbito;
- Fornecer ao médico a Declaração de Óbito para que a mesma seja preenchida;
- Comunicar ao Serviço Social sobre o óbito para que o mesmo informe aos familiares;
- Providenciar ambiente privativo para a preparação do corpo;
- Utilizar os EPI's corretos durante a preparação do corpo;
- Encaminhar o corpo, após preparação, para o velório;
- Recolher e encaminhar sob protocolo todos os pertences do paciente para o Serviço Social;
- Protocolar a terceira via da Declaração de Óbito e entregar a família;
- Anexar ao prontuário do paciente a primeira e segunda via da Declaração de Óbito;
- Atualizar o censo diário da unidade de internamento, após o óbito do paciente;
- Encaminhar os equipamentos para limpeza;
- Solicitar ao serviço de higienização que proceda a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados

- Atenção ao colocar na evolução do prontuário o horário exato em que o médico atestou o óbito do paciente;
- Recolher, protocolar e enviar para o Serviço Social todos os pertences do paciente que se encontram na unidade de internamento;
- Atualizar o censo diário da unidade, após o óbito do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se houver alguma dúvida no preenchimento da evolução do prontuário, informar-se com o médico que atestou o óbito do paciente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.23 Emissão
Tarefa: Preparação corpo pela equipe de enfermagem para envio ao velório		Revisão 3880 No: Data: 3 9

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Assegurar que o corpo do paciente morto receberá os devidos cuidados antes de ser enviado para o velório.

Recursos Necessários
Água, sabão, toalha, faixa crepe, atadura de gaze, atadura crepe, esparadrapo, lençol, maca, EPI's, etiqueta de identificação, livro de protocolo, caneta e telefone.

Atividades

- Colocar os EPI's e mantê-los durante todo o processo de preparação do corpo;
- Colocar o corpo no leito em posição supina, com cabeça elevada para evitar a hipótese sanguínea post morten (coloração arroxeada da face);
- Retirar sondas, cateteres, drenos e/ou cânulas em uso no paciente;
- Lavar o corpo de forma adequada e delicadamente com água e sabão e enxuga-lo com a toalha;
- Realizar curativos em toda e qualquer solução de continuidade que exista na pele do RN;
- Fazer o alinhamento corporal antes da rigidez cadavérica (rigor mortis);
- Recolocar prótese dentária se for o caso;
- Tamponar todos os orifícios e cavidades corporais com algodão seco em pinça longa (inclusive cavidade oral);
- Conter o corpo de forma anatômica (sustentar mandíbula com faixa crepe, prendendo a cabeça a faixa que sai do queixo; unir as mãos sobre o tórax e amarrá-las com atadura de gaze; unir os pés e amarrá-los com atadura crepe);
- Fechar as pálpebras e fixá-las com tiras de esparadrapo;
- Prender na altura do tórax a etiqueta adesiva de identificação do paciente;
- Providenciar maca para transportar o corpo do paciente para o velório;
- Forrar a maca com lençol de tecido e posteriormente com lençol descartável em diagonal;
- Deitar o corpo do paciente sobre o lençol descartável e dobrar o lençol sempre na diagonal, como se estivesse fazendo um envelope enrolando todo o corpo;
- Colocar a 2.ª etiqueta adesiva de identificação sobre o lençol descartável;
- Registrar no livro de protocolo o envio do corpo para o velório;
- Informar à portaria a descida do corpo para o velório;

Cuidados

- Atenção em cada procedimento do preparo do corpo;
- Atenção ao colocar a etiqueta de identificação do paciente, facilitando a visualização da mesma;
- Atenção ao entregar o corpo do paciente ao funcionário da portaria, trazendo de volta o livro de protocolo devidamente assinado.

Ações em caso de não conformidade
Observando alguma intercorrência durante o processo de preparo do corpo do paciente, comunicar imediatamente a chefia imediata da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.24 Emissão
Tarefa: Identificação e encaminhamento do corpo para o velório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar a identificação correta do corpo do paciente e a entrega do mesmo no velório.

Recursos Necessários
Etiqueta de identificação, caneta, livro de protocolo, declaração de Nascidos Vivos e Declaração de Óbito.

Atividades

- Preencher corretamente a etiqueta de identificação de óbito com as devidas informações: nome completo do paciente, n.° do registro hospitalar, n.° do leito, unidade onde estava internado, data e hora do óbito;
- Encaminhar o corpo para o velório;
- Retornar do velório trazendo o livro de protocolo devidamente assinado pelo funcionário da portaria.

Cuidados
Atenção ao preencher as etiquetas de identificação do corpo e protocolar as declarações que deverão ser entregues à família do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo erros de preenchimento nas etiquetas, providenciar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.25 Emissão
Tarefa: Alta do paciente da unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que o paciente esteja em perfeitas condições para sair de alta.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, livro de protocolo, relatório de alta, caneta e telefone.

Atividades
- Checar no prontuário do paciente a prescrição de alta hospitalar;
- Informar ao serviço social, nutrição e recepção sobre a alta do paciente;
- Protocolar exames e pertences e entregar ao paciente ou responsável;
- Providenciar a retirada de acesso venoso, sondas, cateteres, conforme prescrição;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados que deverá ter no retorno para casa;
- Registrar no prontuário do paciente a data e hora da alta hospitalar.

Cuidados
- Atenção ao registrar as informações necessárias no prontuário do paciente;
- Atenção ao protocolar todos os documentos que serão levados pelo paciente;
- Atenção ao passar todas as orientações quanto aos cuidados que o paciente deverá ter quando voltar para casa.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que se perceba alguma anormalidade no paciente na hora da alta hospitalar, comunicar ao médico plantonista imediatamente e solicitar aos familiares que aguardem a chegada do médico.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.26 Emissão
Tarefa: Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão No: Data: 3884

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir estoque de roupas suficientes dentro do Centro Cirúrgico.

Recursos Necessários
Ficha de previsão de roupa e caneta.

Atividades
- Checar o estoque de roupas existentes no setor;
- Fazer previsão de roupas para o período;
- Solicitar roupas à lavanderia nos horários determinados (manhã e tarde);
- Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
- Revisar as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
- Guardar as roupas recebidas no armário destinado as mesmas.

Cuidados
- Atenção na conferência do estoque de roupara para fazer uma previsão correta;
- Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia, para não guardar roupas que na estejam acondicionadas da forma correta.

Ações em caso de não conformidade
Devolver à lavanderia as roupas que não vierem acondicionadas de forma correta e solicitar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.27 Emissão
Tarefa: Descarte de roupa suja		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.

Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Atividades

- Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos berços e roupas utilizadas pelos pacientes;
- Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário;
- Supervisionar a troca de roupas e vestes;
- Considerar contaminada toda roupa de cama ou veste encontrada suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), colocando-a no hamper forrado de saco plástico;
- Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes ou vírus;
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 1/3 da capacidade;
- Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após as técnicas de higienização do paciente e troca da roupa de cama;
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

- Atenção ao checar as condições das roupas dos leitos da unidade de internamento, evitando que peças sujas/contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor;
- Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por microorganismos multi resistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que os lençóis do leito e vestes do paciente ainda foram trocados, substituí-los imediatamente;
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper;
- Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança pré-determinados, realizar o acondicionamento correto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.28 Emissão SES 3986
Tarefa: Solicitação do serviço de manutenção		Revisão 3986 No: Data: 8

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes na unidade de internamento estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta, ficha de ordem de serviço e livro de ocorrência.

Atividades
- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de avaliação da manutenção;
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias;
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção;
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material considerado irregular.

Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento/material que necessita de avaliação do serviço de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
- Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem;
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento e/ou material necessitar sair do setor, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3887

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Instrumento de Pesquisa Periódica de Satisfação do Usuário

Elaboração:
Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

SES
Pág. 3988

1 INTRODUÇÃO..... 04
2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS..... 05
3 OBJETIVOS
GERAL..... 07
ESPECÍFICOS 07
4 AÇÕES DE PREPARAÇÃO DO HOSPITAL PARA INSERÇÃO NO PNHAH 08
5 REGRAS DO HGG COM VISTAS AO PNHAH..... 11

1 INTRODUÇÃO

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é um valor para a conquista de uma melhoria no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde.

Trata-se, portanto, da busca pelo desenvolvimento de uma nova cultura institucional que possa instaurar novos padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários.

Assim, esta proposta pretende criar alternativas e soluções que possam ajudar a melhorar o atendimento e o trabalho em termos da humanização dos serviços. Será no processo de análise, discussão, elaboração e implementação das ações, campanhas, programas e políticas que irá se desenhando e construindo uma filosofia organizacional que permitirá avaliar se o que está sendo feito promove a humanização ou não.

Em conformidade com o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, serão considerados parâmetros de atendimento ao usuário e de condições de trabalho dos profissionais, para avaliação de ações que, em sendo implementadas, incluirão o Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

SES
389

A dimensão humana e subjetiva que está na base de toda intervenção em saúde, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais. Várias pesquisas apontam que a qualidade do contato humano é um dos pontos críticos dos hospitais brasileiros.

Faz-se fundamental mudar a forma como os hospitais se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho - a vida, o sofrimento e a dor de um indivíduo fragilizado pela doença - sem o que, valerão menos os esforços para o aperfeiçoamento gerencial, financeiro e tecnológico das organizações de saúde.

São muitos os avanços verificados na assistência hospitalar pública nos últimos anos. Investimentos para a melhoria da gestão, para a compra de equipamentos e tecnologias. Mas toda tecnologia sem ética, sem delicadeza, não produz bem-estar.

Com o objetivo de cuidar da dimensão humana, tão fundamental ao atendimento à saúde, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Este programa traz um conjunto de medidas, que apontam para uma profunda mudança no modo de se fazer a assistência nos hospitais públicos do Brasil.

Sua implantação decorre do esforço integrado do Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais e entidades da sociedade civil, além de exigir a participação de gestores, profissionais de saúde e comunidade.

Os benefícios concretos do PNHAH alcançam a todos que dele participam: usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema hospitalar:

- Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que o atendem não é apenas direito, mas etapa fundamental na conquista da cidadania.
- Para o profissional dos hospitais, a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de

> saúde, pois não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele, se revalorize.

SES 3891

Assim, é preciso trocar velhos paradigmas por novos hábitos; exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunicativo, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade singular. É preciso aproveitar os projetos de humanização já existentes nos hospitais e reativar o desejo, que também existe, de transformá-los em organizações mais dinâmicas, harmônicas e solidárias.

3 OBJETIVOS

SES
3892

3.1 GERAL

- Tornar o HGG Instituição participante do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

3.2 ESPECÍFICOS

- Instaurar GTHs – Grupos de Trabalho para Humanização
- Criar nova cultura interna em relação à Humanização da assistência
- Fazer parceria com a Atenção Primária para inserção do tema nas rotinas das UBASFs
- Capacitar profissionais para a mudança de conduta com vistas à Humanização
- Cadastrar o HGG no PNHAH

4 AÇÕES DE PREPARAÇÃO DO HOSPITAL PARA A INSERÇÃO NO PNHAH

SES 3897

Avaliar a situação atual do HGG com base nos seguintes parâmetros:

* Condições de acesso e presteza dos serviços:

1. Sistema de marcação de consultas
2. Tempo de espera para atendimento
3. Acesso de acompanhantes e visitas
4. Sistema de internação
5. Sistema de marcação, realização e resultados de exames

* Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:

1. Adequação/criação de áreas de espera
2. Sinalização das áreas e serviços do hospital
3. Instalações físicas e aparência do hospital
4. Equipamentos
5. Refeições
6. Meios para efetivação de queixas e sugestões
7. Espaço de recreação e convivência dos pacientes

* Clareza das informações oferecidas aos usuários

1. Identificação dos profissionais
2. Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário
3. Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde
4. Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade

* Qualidade da relação entre usuários e profissionais

1. Eficiência, gentileza, interesse e atenção
2. Compreensão das necessidades dos usuários
3. Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento
4. Privacidade no atendimento

Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais:

SES
3894
D

* Gestão hospitalar e participação dos profissionais

1. Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados
2. Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários
3. Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho
4. Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências
5. Aplicação sistemática de normas de trabalho

* Condições de trabalho na instituição

1. Áreas de conforto
2. Segurança
3. Equipamentos e materiais
4. Higiene

* Condições de apoio aos profissionais

1. Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital
2. Refeitório
3. Área de descanso e convivência
4. Atividades recreativas e/ou sociais
5. Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais
6. Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional
7. Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários

* Qualidade da comunicação entre os profissionais

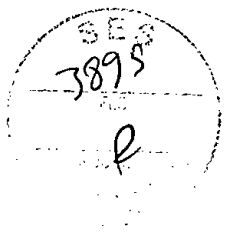
1. Canais de informação e resolução de problemas e necessidades
2. Canais de informações oficiais da administração do hospital
3. Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades

* Relacionamento interpessoal no trabalho

1. Confiança
2. Integração grupal
3. Cooperação

* Valorização do trabalho e motivação profissional

1. Respeito
2. Reconhecimento
3. Motivação
4. Realização
5. Satisfação



5 REGRAS PARA O HOSPITAL COM VISTAS AO PNHAH

SES 3894

- Todo usuário deve ser acolhido por profissional habilitado, ao chegar ao Hospital.

- O usuário deve ser tratado pelo nome, sendo vedado dirigir-se ao mesmo utilizando somente o nº do leito ou prontuário

- Toda estrutura física da Unidade deve ser digna, salubre, limpa, agradável, de modo a favorecer o bem-estar do usuário e profissional

- Deve ser disponibilizado ao usuário, Manual informativo das regras do Hospital, com indicação de cuidados que o usuário deve ter para sua segurança

- O usuário não deverá esperas mais de trinta (30) minutos para ser atendido

- O usuário não está obrigado a consentir procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

- O prontuário médico do paciente deve ser elaborado de forma legível, e o usuário pode consultá-lo a qualquer momento

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
3897
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM QUALIDADE
QUALIDADE SUBJETIVA
PROPOSTA TÉCNICA

Proposta de Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário - Ouvidoria

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 2
2 FUNÇÃO SOCIAL DA OUVIDORIA..... 3
3 PROGRAMAS DE AÇÃO DA OUVIDORIA..... 5
4 NORMAS DE FUNCIONAMENTO DA OUVIDORIA..... 5
5 ATRIBUIÇÕES DO(A) OUVIDOR(A)..... 6
6 PROPOSTA DE ROTINAS..... 7
POP de Registro das Expressões do Cliente..... 7
Fluxograma de Registro de Expressão do Cliente..... 8
POP do Contato telefônico com cliente após alta hospitalar..... 9
Fluxograma do Contato telefônico com cliente após alta hospitalar..... 10
POP de Visitas aos leitos dos clientes internados..... 11
Fluxograma de Visitas aos leitos dos clientes internados..... 12
POP de Atendimento às intercorrências..... 13
Fluxograma de Atendimento às intercorrências..... 14
POP de Recebimento e Resposta de registros via Internet..... 15
Fluxograma de Recebimento e Resposta de registros via Internet..... 16
FORMULÁRIOS PROPOSTOS 17
Formulário de Registro de Expressão do Cliente..... 17
Formulário de pesquisa de Opinião..... 18

SES 57898

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe a implantação de uma Ouvidoria para o HGG, como meio de oferecer aos usuários e profissionais da saúde, um canal de escuta de suas opiniões e sugestões, portando-se assim, como importante instrumento de gestão e melhoria do desempenho organizacional.

SES 3899

2 FUNÇÃO SOCIAL DA OUVIDORIA

Para a Organização

- Manter a credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, através do respeito e valorização das suas demandas;
- Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos atores envolvidos direta ou indiretamente no processo de atenção à saúde: pacientes, familiares, acompanhantes, profissionais de saúde e fornecedores.

Para a sociedade

- Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos clientes na gestão da Instituição;

Para os clientes

- Reconhecer a importância da sua participação para a melhoria dos serviços;
- Atuar como órgão representativo dos seus interesses junto à diretoria da Organização;
- Resolver seus conflitos extra-judicialmente, dentro da própria Organização

3 PROGRAMAS DE AÇÃO DA OUVIDORIA

O Serviço trabalha com Módulos Sistêmicos denominados Programas de Ação. São eles:

Programa Fale Conosco

Funciona na sala da Ouvidoria - em forma de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos (usuários, familiares e profissionais), pessoalmente ou por telefone,

Programa Fale.com HGG

É o acesso do cidadão usuário ao Serviço, via Internet. E-mail:

Programa Caixa de Sentimentos

Funcionamento através de mensagens escritas pelos profissionais do Hospital e depositadas em urna única, com a finalidade de coletar sentimentos, percepções e expressões diversas (queixas, sugestões) dos funcionários sobre o dia-a-dia de trabalho.

Programa HGG Até Você

Funciona através de visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais, para o contato com cidadãos usuários, através da busca ativa de suas expressões (sugestões, queixas, elogios), e divulgação da Ouvidoria.

Programa Alô Cliente HGG

Funcionamento através de contatos telefônicos com cidadãos usuários, após alta hospitalar, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou, bem como divulgar a Ouvidoria.

Programa Caixa de Sugestões

Funcionamento através de questionário semi-estruturado de Pesquisa de Opinião, respondido pelos cidadãos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções do Hospital.

4 NORMAS DE FUNCIONAMENTO DA OUVIDORIA

A Ouvidoria constitui órgão de representatividade do cliente junto à direção da Instituição, tendo seu funcionamento voltado para o atendimento de clientes internos (funcionários) e externos (paciente, familiares, acompanhantes, visitantes, fornecedores), destinado a acolher suas manifestações e propor alternativas de solução de forma rápida e ágil.

SES
390

✓ Deve funcionar:

- Com atendimento pessoal direto na sala da Ouvidoria, de segunda à sexta-feira, das de 8:00 as 12:00h e de 13:00 As 17:00h (demanda espontânea);
- Com atendimento por telefone de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 12:00h e de 13:00 as 17:00h(demanda espontânea);
- Com atendimento por correio eletrônico 24h por dia;
- Com atendimento via telefone três vezes por semana, para contato com paciente de alta (demanda por busca ativa)

✓ Regras Básicas:

- Cada cliente deve receber pelo menos 01 visita enquanto internado
- Cada cliente deve receber um telefonema após receber alta hospitalar
- No caso da impossibilidade de realizar visitas a todos os clientes, deverão ser priorizados para visita, aqueles que tiverem mais dias de internação e/ou aqueles que necessitarem por alguma particularidade (busca espontânea da Ouvidoria; dificuldades com relação à internação, etc)
- No caso da impossibilidade de realizar ligações telefônicas a todos os clientes, deverão ser priorizados para contato, aqueles que não receberam visita enquanto internados;
- Toda pergunta deve ser respondida.

5 ATRIBUIÇÕES DO(A) OUVIDOR(A)

- Escutar, investigar e representar o cliente junto à equipe diretiva do HGG;
- Mediar a resolução de questões conflituosas extra-judicialmente, de forma rápida e ágil;
- Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 03 dias úteis;
- Incentivar os clientes a fazerem uso do Serviço;
- Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala da Ouvidoria, para escuta e registro de suas expressões sobre os serviços oferecidos pelo HGG (queixas, elogios ou reclamações);
- Realizar ligações telefônicas para pacientes de alta hospitalar, para busca ativa de suas expressões sobre os serviços oferecidos pelo hospital (queixas, elogios ou reclamações);
- Atender às intercorrências – chamados nos vários setores de internação ou ambulatório do hospital, para encaminhar, resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos clientes quanto aos serviços oferecidos pelo HGG;
- Realizar visitas na beira do leito, para contato direto com os pacientes internados e/ou acompanhantes, nos Postos de internação para busca ativa de suas expressões sobre os serviços oferecidos pelo HGG (queixas, elogios ou reclamações);
- Realizar visitas aos pacientes nos corredores ambulatoriais (salas de espera), para busca ativa de suas expressões sobre os serviços oferecidos pelo HGG (queixas, elogios ou reclamações);
- Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos do Hospital, bem como com outros serviço de saúde de Goiânia, para encaminhamento às resoluções dos problemas dos clientes, com relação às responsabilidades da Ouvidoria;
- Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos clientes SUS;
- Coletar dados e informações, registrando-os e analisando-os através de métodos estatísticos;
- Estabelecer indicadores de avaliação (motivos de expressão dos clientes) e acompanhá-los:
- Preparar relatórios mensais sobre os registros da Ouvidoria, para apresentação aos gestores e diretoria do Hospital;
- Zelar pelo cumprimento dos direitos do cliente

6 ROTINAS PROPOSTAS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº Data de Emissão: Revisão Nº: Data dessa revisão:

Tarefa: Registrar as expressões dos clientes
Executante: Ouvidora

Resultados Esperados:
- Cliente satisfeito pela possibilidade de ter seu problema ouvido por uma pessoa "concreta" do Hospital, alguém que ele viu e conversou pessoalmente, ou quando contato por telefone, sabe que tem a possibilidade de ver e conversar pessoalmente, para exprimir seu ponto de vista
- Cliente com sentimento de valorização por parte do Hospital
- Gestores do Hospital com possibilidade real de conhecer as demandas dos clientes, para a partir delas, planejar e definir metas

Recursos Necessários:
- Sala reservada com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao cliente
- Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao cliente
- Formulário de Registro de Expressão do Cliente
- Computador (Windows e Word) com impressora

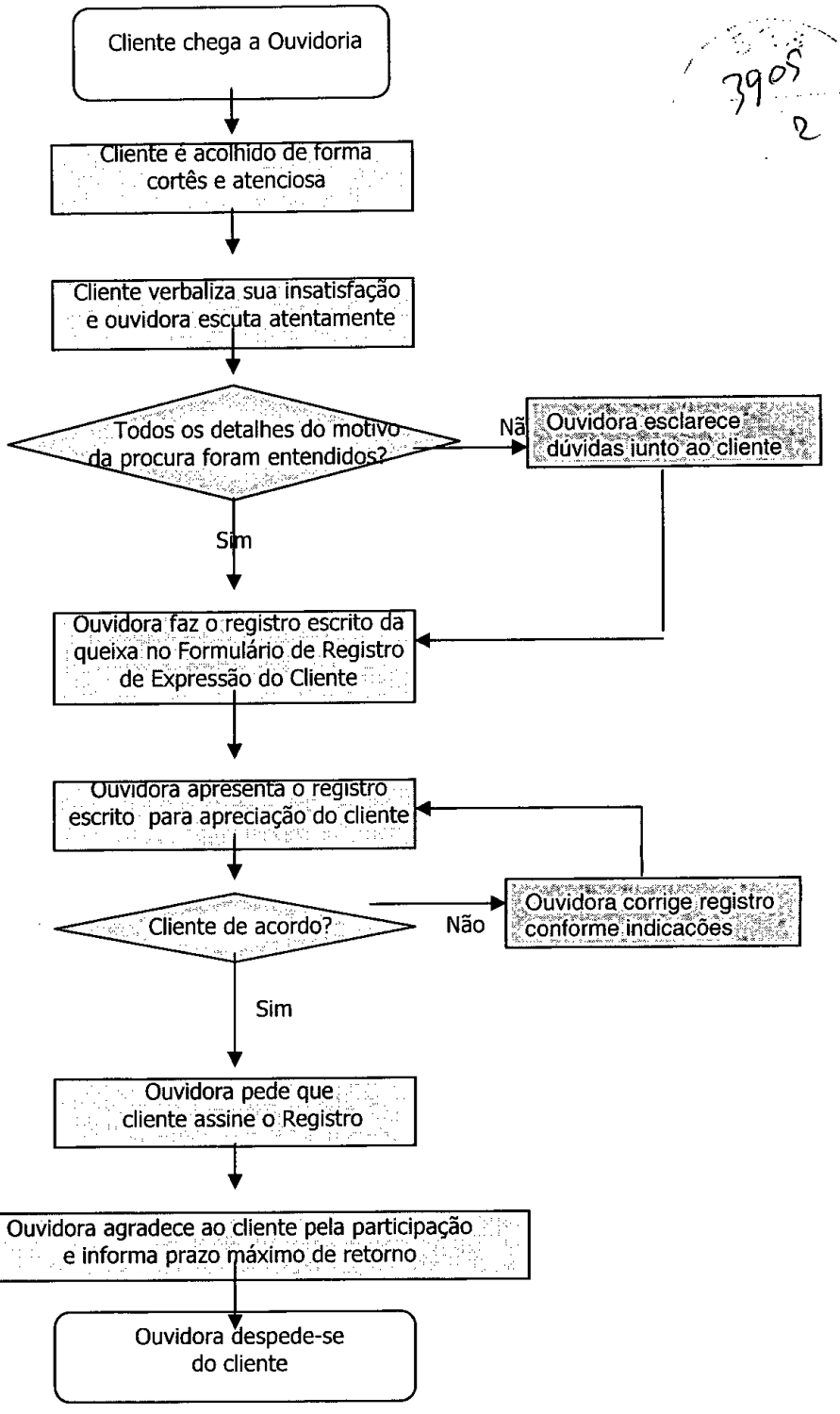
Atividades:
- Acolher o cliente de forma cortês e educada
- Ouvir atentamente a expressão do cliente (falada, linguagem corporal, ...)
- Esclarecer dúvidas que o cliente tenha sobre os serviços do hospital
- Esclarecer dúvidas quanto a expressão do cliente
- Registar a expressão do cliente (à mão ou sob digitação) no Formulário de Registro de Expressão do Cliente
- Apresentar o Registro ao cliente para leitura, aprovação e assinatura
- Corrigir o Registro e reapresentar ao cliente quando for o caso
- Estabelecer prazo de retorno ao cliente sobre o fato registrado
- Agradecer ao cliente por sua participação
- Despedir-se do cliente

Cuidados:
- Não registrar fatos ou assuntos que o cliente não tenha realmente expressado
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao cliente
- Usar linguagem escrita clara e objetiva
- Não rasurar o Registro

Ações em caso de não conformidade:
- Se o registro não for aprovado pelo cliente após leitura, refazê-lo, de forma que fique sem rasuras

Aprovação:

Fluxograma do Registro de Expressão do Cliente – atendimento pessoal



Tarefa: Contato telefônico com o cliente após alta hospitalar
Executante: Ouvidora

Resultados Esperados:
- Cliente satisfeito pela atenção, cuidado e respeito do hospital para com ele, mesmo depois de ter deixado o hospital
- Cliente com sentimento de valorização por parte do Hospital
- Gestores do Hospital com possibilidade real de conhecer as demandas dos clientes, para a partir delas, planejar e definir metas

Recursos Necessários:
- Sala reservada com mobiliário e material de escritório
- Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao cliente
- Formulário de Pesquisa de Satisfação do Cliente Após Alta Hospitalar
- Lista geral (SUS, outros Convênios e particulares) de clientes de alta hospitalar (

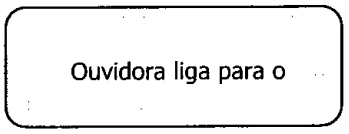
Atividades:
- Ligar para o domicílio do cliente
- Identificar-se e explicitar o motivo do contato (falar diretamente com o cliente paciente, e quando não possível, com alguém que o acompanhou enquanto esteve internado)
- Interagir com o cliente em forma de diálogo, mediante roteiro da Pesquisa de Satisfação pós alta hospitalar
- Ouvir atentamente sua fala e seus pontos de vista sobre sua estadia no hospital
- Esclarecer dúvidas quanto a fala do cliente
- Esclarecer dúvidas que o cliente tenha sobre os serviços do hospital
- Fazer anotações relevantes no Formulário de Satisfação do Cliente após alta hospitalar
- Agradecer ao cliente por sua participação
- Despedir-se do cliente

Cuidados:
- Não registrar fatos ou assuntos que o cliente não tenha realmente expressado
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao cliente
- Anotar na relação de clientes de alta hospitalar, a data de contato com o mesmo

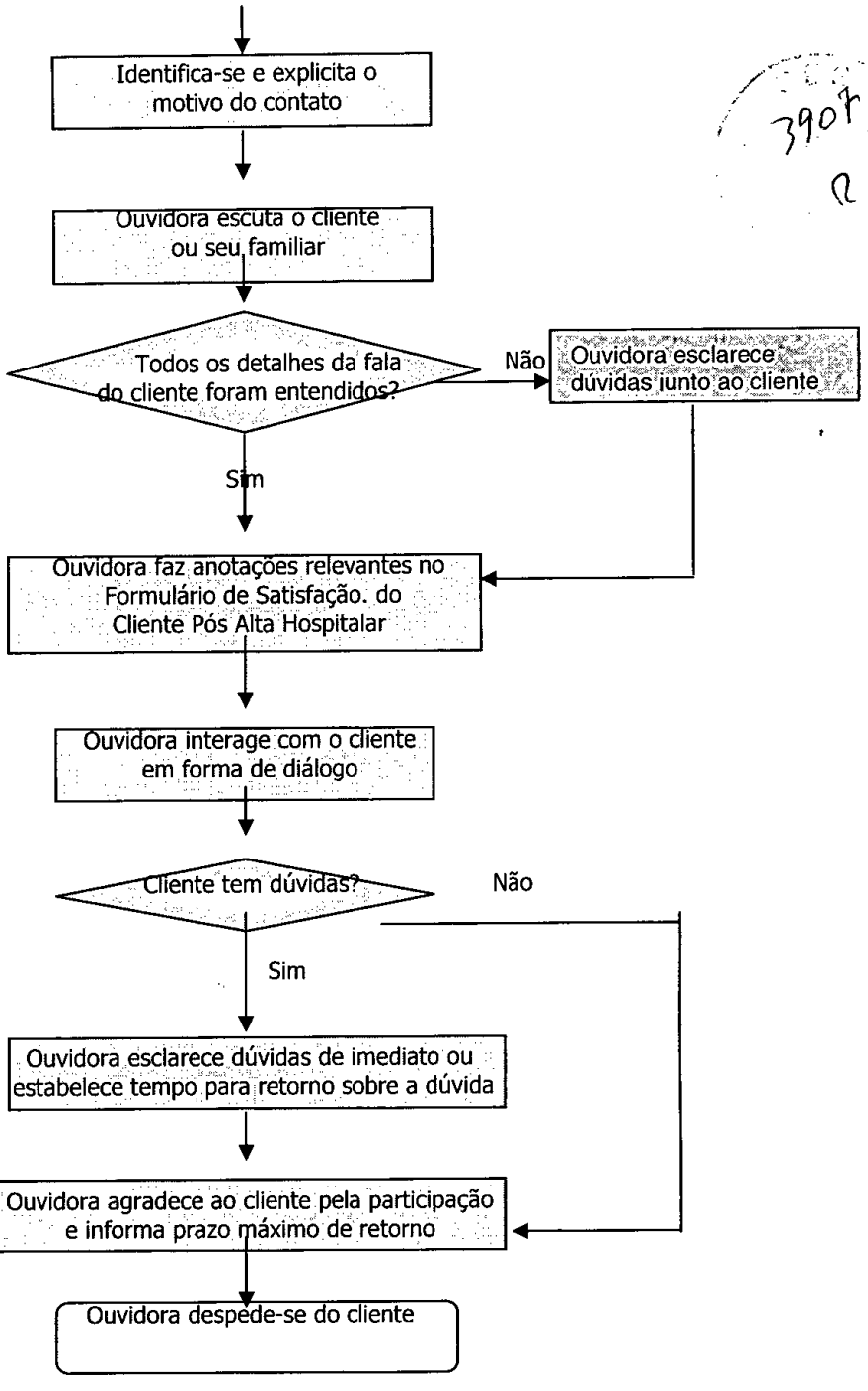
Ações em caso de não conformidade:
- Se o contato com o cliente não for possível, colocar observação na relação de clientes de alta hospitalar

Aprovação:

Fluxograma do Contato Telefônico com Cliente após Alta Hospitalar



domicílio do cliente



HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº Data de Emissão: Revisão Nº: Data dessa revisão:
Tarefa: Visitar leitos dos clientes internados **Executante:** Ouvidora		

Resultados Esperados:
- Cliente satisfeito pela atenção, cuidado e respeito do hospital para com ele, mesmo depois de ter deixado o hospital
- Cliente com sentimento de valorização por parte do Hospital
- Gestores do Hospital com possibilidade real de conhecer as demandas dos clientes, para a partir delas, planejar e definir metas

Recursos Necessários:
- Prancheta e caneta
- Formulário de Satisfação do Cliente enquanto internado
- Formulário de Registro de Expressão do Cliente
- Lista de pacientes internados na data da visita

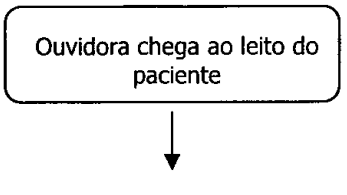
Atividades:
- Dirigir-se até o leito onde está internado o paciente
- Apresentar-se e expor os motivos da visita
- Interagir com o cliente em forma de diálogo, a partir do roteiro da Pesquisa de Satisfação do Cliente enquanto internado
- Ouvir atentamente a expressão do cliente (falada, linguagem corporal, ...)
- Esclarecer dúvidas que o cliente tenha sobre os serviços do hospital
- Esclarecer dúvidas quanto a expressão do cliente
- Registar a expressão do cliente (à mão) no Formulário de Registro de Expressão do Cliente, se for o caso
- Agradecer ao cliente por sua participação e desejar melhorias de saúde
- Despedir-se do cliente

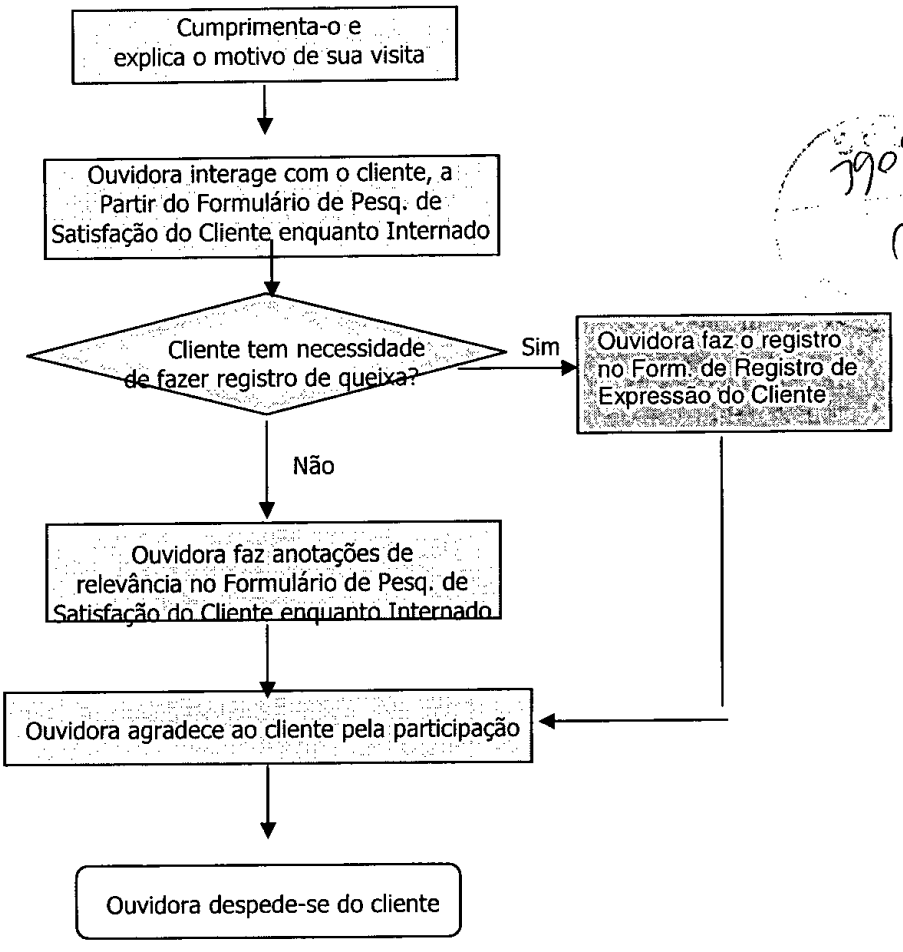
Cuidados:
- No caso de impossibilidade de visitar a todos os clientes internados, priorizar para visita, aqueles que estão internados há um maior nº de dias
- Usar linguagem falada clara e objetiva

Ações em caso de não conformidade:
- Se o cliente não receber a visita enquanto internado, cuidar para que receba um ligação telefônica após alta-hospitalar

Aprovação:

Fluxograma de Visita aos leitos dos clientes internados





HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº Data de Emissão: Revisão Nº: Data dessa revisão:
Tarefa: Atender às intercorrências **Executante:** Ouvidora		

Resultados Esperados:
- Solicitante satisfeito com o apoio prestado pela Ouvidoria para a solução de problemas presentes no Serviço
- Cliente com sentimento de valorização por parte do Hospital
- Gestores do Hospital com possibilidade real de conhecer as demandas dos clientes, para a partir delas, planejar e definir metas

Recursos Necessários:
- Prancheta e caneta
- Formulário de Registro de Expressão do Cliente

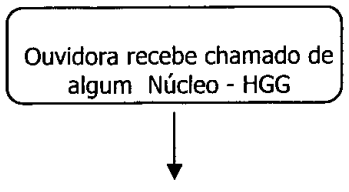
Atividades:
- Receber chamado de algum Núcleo - HGG
- Dirigir-se ao local de chamada
- Procurar solicitante para esclarecer todos os detalhes sobre os motivos da solicitação
- Realizar intervenção necessária para a solução do problema junto a outros Serviços do Hospital, se for caso
- Dar retorno ao cliente envolvido e ao solicitante

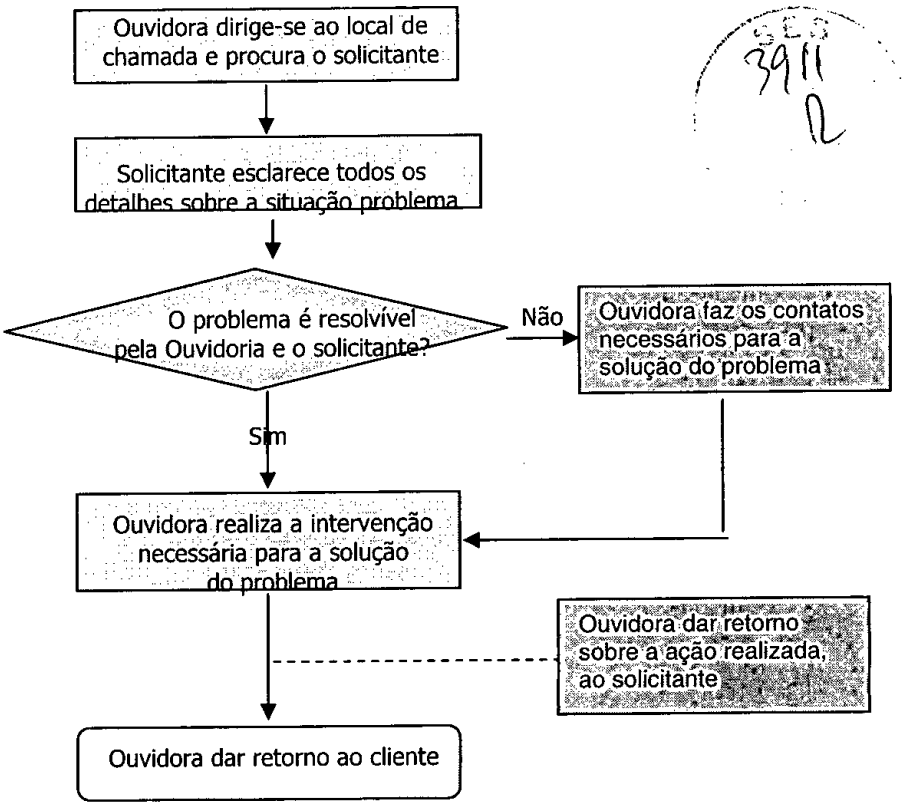
Cuidados:
- Atender a solicitação com a maior brevidade possível
- Dar retorno ao solicitante, imediatamente após a resolução do problema
- Usar linguagem falada e escrita de forma clara e objetiva

Ações em caso de não conformidade:
- Não havendo possibilidade de solução do problema por vias internas da Instituição, fazer contatos externos com a finalidade de resolver a problemática.

Aprovação:

Fluxograma do Atendimento às Intercorrências

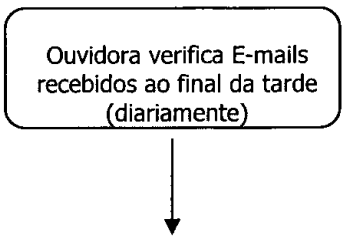


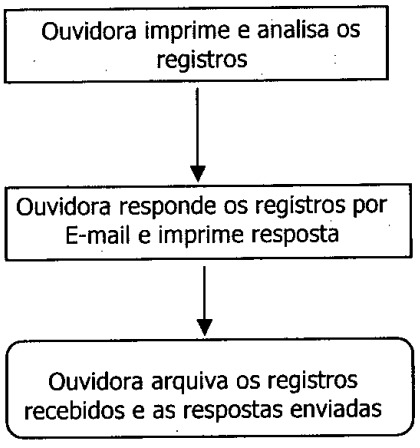


HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº Data de Emissão: Revisão Nº: Data dessa revisão:
Tarefa: Receber e responder Registros via Internet **Executante:** Ouvidora e equipe		
Resultados Esperados: ▪ Cliente satisfeito pela disponibilidade de um canal de comunicação via Internet		

▪ Cliente com sentimento de valorização por parte do Hospital ▪ Gestores do Hospital com possibilidade real de conhecer as demandas dos clientes, para a partir delas, planejar e definir metas
Recursos Necessários: ▪ Computador com internet instalada ▪ Impressora e material de escritório
Atividades: ▪ Verificar e-mails recebidos diariamente (período da tarde) ▪ Imprimir e analisar registros ▪ Responder os registros por e-mail (no dia em que foram abertos, mesmo que a resposta definitiva ainda não seja dada na ocasião) ▪ Imprimir respostas
Cuidados: ▪ Verificar correio eletrônico um vez ao dia (período da tarde) ▪ Responder ao cliente por e-mail com o prazo máximo de 24horas
Ações em caso de não conformidade: ▪ Caso não seja possível dar retorno em até 24h após o recebimento do registro, justificar a demora junto ao cliente
Aprovação:

Fluxograma do Recebimento e Resposta de Registros via Internet





3913

REGISTRO DE EXPRESSÃO DO CLIENTE SUS

Data:____/____/____ Hora:_____ Nº do Registro:_____
Cliente:_____
Endereço:_____
Bairro:_____ Cidade:_____ Fone:_____

Expressão da situação ocorrida:

3914
2

Assinatura do Cliente

Assinatura do mediador/ouvidor

Providências encaminhadas:

Assinatura do mediador/ouvidor

PESQUISA DE OPINIÃO

NO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG
SUA OPINIÃO FAZ DIFERENÇA

3915
2

Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você acha dos nossos serviços.

Nome completo (opcional):_____
Contatos: Fone_____ E-mail:_____

Unidade/setor em que foi atendido(a):

_____

Data e horário do atendimento: ____/____/____ as _____horas

Para melhorar nossos serviços, diga-nos:	Sim	Não
Sentiu-se bem recebido(a), acolhido(a)?	☺	☹
As instalações estavam adequadas?	☺	☹
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?	☺	☹
O ambiente estava limpo e em ordem?	☺	☹
Houve rapidez no atendimento?	☺	☹
Houve cortesia e profissionalismo?	☺	☹
As informações foram transmitidas corretamente?	☺	☹
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?	☺	☹
Ao procurar este Hospital você tinha uma imagem idealizada sobre ele. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?	☺	☹

Comentários/Sugestões:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Contatos:e-mail e fone

Obrigado por nos ajudar a servi-lo(a) melhor !!!

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

3916

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

3917

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

ORGANOGRAMA E COMPETÊNCIAS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

Pág.

Introdução..... 04

Proposta de Modelo Gerencial..... 07

Caracterização..... 07
Estratégias..... 12
Indicadores 13
Modelo de Relacionamento..... 15

Área de atividade..... 16
Estrutura Organizacional..... 16
Objetivos..... 17
Horários de Funcionamento..... 18

Àrea Qualidade..... 15
Implantação da Comissões Técnicas..... 22
Organização do Serviço de Farmácia..... 25
Organização do Serviço de Prontuário Médico..... 26

Inovações a Implementar – Programa de Humanização Hospitalar.....
Implantação do Escritório da Qualidade e Gestão..... 27
Planejamento Estratégico Participativo..... 27
Implantação do Time de Resposta Rápida..... 28
Programa de Cooperação entre o HGG e outros entes públicos..... 28
Serviço de Ouvidoria..... 29
Programa de Responsabilidade Social 29

Qualidade Subjetiva..... 31
Sistema de Informação ao Usuário..... 31

Qualificação Técnica..... 32
Certificação de experiência anterior..... 32
Estrutura Diretiva 32

Organização dos Serviços Assistenciais..... 32
Organização dos Serviços Administrativos..... 33
Prazos propostos para implementação e pleno funcionamento das inovações a serem executados..... 35
Implantação do Escritório da Qualidade e Gestão..... 35
Planejamento Estratégico Participativo..... 35
Implantação do Time de Resposta Rápida..... 35
Programa de Cooperação do Hospital com outros Entes Públicos..... 35
Reativação de Leitos Desativados e Implantação de Novos Leitos..... 35
Programa de Responsabilidade Social..... 35

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as Organizações brasileiras, dentre elas as prestadoras de serviços de saúde, quer da esfera pública quer da esfera privada, vêm passando por profundas mudanças no que concerne às suas práticas de gestão, com o objetivo de promover a segurança do paciente, a melhoria contínua da assistência prestada, e a sustentabilidade sócio-econômica e ambiental.

As Organizações que possuem um modelo de gerenciamento holístico obtêm melhores resultados qualitativos, haja vista o foco nas pessoas e no ambiente, agregando a tecnologia como meio de execução, porém sem deixar de lado a administração científica, ou seja, a racionalização do trabalho através da estrutura direcionada pelo nível estratégico, tático e operacional.

A Gestão pela Qualidade como modelo de gerenciamento é a concretização da ação administrativa, com foco na melhor utilização de todos os recursos organizacionais, bem como no relacionamento entre as pessoas que executam as atividades do dia-a-dia, quais sejam, o agrupamento de técnicas e idéias voltadas ao contexto da atual competitividade do mercado da saúde, sobretudo no que tange aos processos de trabalho e serviços oferecidos ao cliente.

Operacionalizar a gestão pela qualidade como modelo gerencial traz no entanto, desafios relacionados à construção de novos valores organizacionais, mudança da cultura interna, bem como avanços na eficácia, eficiência e efetividade das práticas assistenciais e administrativas.

Uma estratégia comprovadamente indicada para a operacionalização da gestão pela qualidade em Instituições públicas, tem sido a terceirização da gestão, ao passo que tem resultado em desempenho eficiente nas mais diversas regiões do país, por algumas razões em comum, dentre as quais:

- A qualidade dos serviços prestados, comprovada por índices de satisfação do usuário acima de 85%;
- Melhores resultados financeiros e assistenciais, ao passo que o contratante estabelece orçamento fixo anual em troca de metas de produtividade e qualidade a serem alcançadas pelo prestador, permitindo que o gestor da saúde tenha maior controle sobre o uso dos recursos e consequentemente a otimização dos mesmos;

- A transparência na prestação de contas encaminhada pelo prestador, demonstrada com base em indicadores de desempenho.

Isto posto, importante ressaltar que de acordo com o Art. 199, e parágrafo primeiro da Constituição Federal de 1988, "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Desse modo, o Poder Público tem respaldo para executar ações e serviços de saúde através de terceiros, sem perder de vista os princípios de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, a terceirização da gestão tem evidenciado um novo paradigma para a organização e gerenciamento de hospitais públicos, e consolida a função do Estado enquanto agente formulador e regulador do sistema de saúde, permitindo que a saúde pública responda de forma ágil e eficiente às necessidades da população.

Ao passo que a lógica dos hospitais privados é pautada basicamente pelo lucro, a lógica dos hospitais públicos é a execução de orçamentos. Desse modo, faz-se fundamental o bom uso dos recursos. Trata-se não somente de economizar, mas sobretudo de gastar melhor o dinheiro público. Por isso, a terceirização da gestão de hospitais favorece o foco nos resultados em favor dos usuários, uma vez que o contrato de gestão estabelece indicadores e metas a serem alcançados, bem como os meios de fiscalizar sua execução.

Desse modo, pode-se assegurar que o modelo de gestão pela qualidade operacionalizada por Organizações Sociais especializadas na área da saúde, favorece melhores serviços de saúde à comunidade; maior autonomia gerencial e, por isso, maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor, sem perder de vista princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

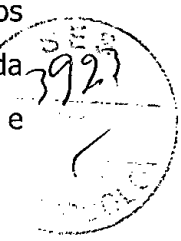
A presente proposta de terceirização da gestão do Hospital Geral de Goiânia Dr, Alberto Rassi (HGG), tem como objetivos:

- Implementar de mecanismos de gestão inviáveis na administração direta, os quais estimulem a produção de serviços de saúde com qualidade e controle dos serviços prestados
- Revisar a identidade organizacional (missão, visão, valores e objetivos) da Instituição através de processo de Planejamento Estratégico
- Preparar a Organização para Certificação de Acreditação em Nível 1 – ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Reforçar as ações voltadas ao reconhecimento do Hospital como Unidade de Ensino e Pesquisa pelo MEC (Ministério da Educação)
- Efetivar a integração da Unidade Hospitalar ao SUS local e regional, bem como aos Estabelecimentos de Ensino superior
- Propiciar o equilíbrio econômico-financeiro do Hospital
- Reduzir a rigidez e controle centralizado nos processos licitatórios para abastecimento da Unidade, permitindo aumento da agilidade de seu funcionamento
- Favorecer um maior envolvimento e controle da gestão do Hospital pelo gestor do Sistema de Saúde Estadual, quanto às metas a serem atingidas pela Instituição.
- Assegurar atendimento em regime de internação, ambulatório e emergência 24h, universal e gratuitamente à população de Goiânia e regiões circunvizinhas, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR).

PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

O mundo moderno vem sendo objeto de profundas e aceleradas transformações — econômicas, políticas e sociais — que têm levado os governos a adotarem estratégias diferenciadas e criativas para elevar a qualidade dos serviços prestados às populações, dentre eles os serviços de saúde.

Estas transformações estruturais visam descentralizar a autoridade, reduzir a hierarquia, e estimular parcerias para privilegiar a qualidade com foco nos clientes, visando cumprir a legislação relacionada aos direitos sociais, bem como elevar a competitividade nos novos mercados globais que se configuram, tem sido mais intensa em vários segmentos da sociedade, dentre eles, o da saúde, os quais procuram se tornar mais flexíveis, inovadores e empreendedores para fazer frente aos desafios da modernidade.



Para operacionalizar estas transformações no dia-a-dia da Unidade Hospitalar, faz-se crucial definir um modelo gerencial, que significa um conjunto de concepções filosóficas, tecnologias e idéias administrativas que operacionalizam as práticas de gestão nas organizações.

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

O modelo aqui proposto é a Gestão pela Qualidade como modelo oficial de gestão da Unidade, por ser este o indicado pelas diretrizes do processo de Acreditação, e por resultar dele, experiências exitosas de gestão em várias regiões do país.

Qualidade, enquanto conceito, é um valor conhecido por todos e, no entanto, definido de forma diferenciada por diferentes grupos ou camadas da sociedade — a percepção dos indivíduos é diferente em relação aos mesmos produtos ou serviços, em função de suas necessidades, experiências e expectativas.

O termo qualidade total tem inserido em seu conceito seis atributos ou dimensões básicas que lhe conferem características de totalidade. Essas seis dimensões são: qualidade intrínseca; custo, atendimento, moral, segurança e ética.

Por qualidade intrínseca entende-se a capacidade do produto ou serviço de cumprir o objetivo ao qual se destina. A dimensão custo tem, em si, dois focos: custo para a organização do serviço prestado e o seu preço para o cliente. Portanto, não é suficiente ter o produto mais barato, mas sim ter o maior valor pelo preço justo. Atendimento é uma dimensão que contém três parâmetros: local, prazo e quantidade, que por si só demonstram a sua importância na produção de bens e na prestação de serviços de excelência. Moral e segurança dos clientes internos de uma organização (funcionários) são fatores decisivos na

prestação de serviços de excelência: funcionários desmotivados, mal-treinados, inconscientes da importância de seus papéis na organização não conseguem produzir adequadamente. A segurança dos clientes externos de qualquer organização, em um sentido restrito, tem a ver com a segurança física desses clientes e, em um sentido mais amplo, com o impacto do serviço prestado ou da sua provisão no meio ambiente. A sexta dimensão do conceito de qualidade total, a ética, é representada pelos códigos ou regras de conduta e valores que têm que permear todas as pessoas e todos os processos de todas as organizações que pretendem sobreviver no mundo competitivo de hoje.

Assim, o modelo de Gestão da Qualidade é uma opção para a reorientação gerencial das organizações. Tem como pontos básicos:

- Foco no cliente;
- Trabalho em equipe permeando toda a organização;
- Decisões baseadas em fatos e dados;
- Busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros.

Este modelo de gestão valoriza o ser humano no âmbito das organizações, reconhecendo sua capacidade de resolver problemas no local e no momento em que ocorrem, e busca permanentemente a melhoria dos processos de trabalho, com vistas à melhoria dos serviços prestados.

Trata-se de uma nova maneira de pensar, antes de agir e produzir. Implica uma mudança de postura gerencial e uma forma moderna de entender o sucesso de uma organização. É uma nova filosofia gerencial que exige mudanças de atitudes e de comportamento.

Essas mudanças visam ao comprometimento com o desempenho, à procura do auto-controle e ao aprimoramento dos processos. Implica também uma mudança da cultura da organização, uma vez que as relações internas tornam-se mais participativas, a estrutura mais descentralizada, e muda o sistema de controle.

Sistemas de controle são necessários em qualquer organização; porém, se forem burocráticos ou tradicionais, as pessoas reagem com pouca participação, pouca criatividade e pouca responsabilidade.

O auto-controle — que significa que a responsabilidade pela qualidade final dos serviços e/ou produtos é a conseqüência do esforço conjugado de todas as áreas da empresa, onde todos precisam saber, a todo momento, o que fazer e como fazer, com informações objetivas e imediatas sobre o seu desempenho — , permite que as pessoas respondam com participação, criatividade e responsabilidade.

Como se trata de uma mudança profunda, a implantação desse modelo enfrenta várias barreiras, pois mexe com o status quo, com o imobilismo, com o conformismo e com os privilégios. Portanto, deve-se ver a Gestão da Qualidade não como mais um programa de modernização. Trata-se de uma nova maneira de ver as relações entre as pessoas, na qual o benefício comum é superior ao de uma das partes

Da gestão da qualidade depende a sobrevivência das organizações que precisam garantir aos seus clientes a maior satisfação possível com os bens e serviços produzidos, contendo características intrínsecas de qualidade, a preços que os clientes possam pagar, e entregues dentro do prazo esperado. É fundamental atender e, preferencialmente, exceder às expectativas dos clientes.

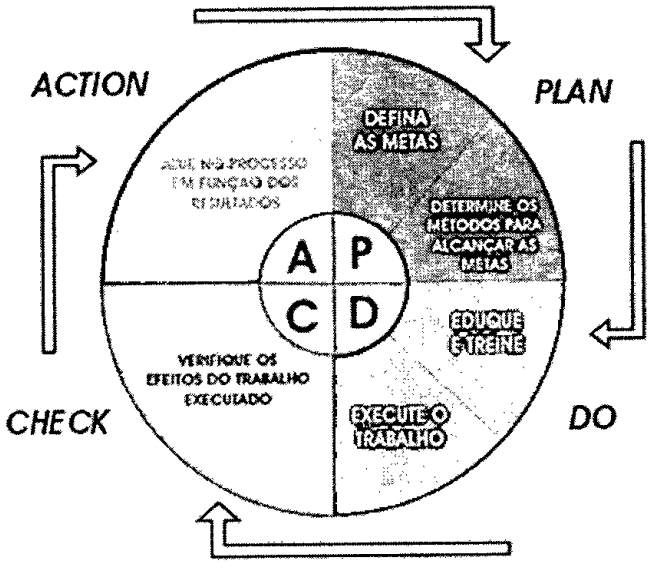
A obtenção da qualidade parte de ouvir e entender o que o cliente realmente deseja e necessita, para que o bem ou serviço possa ser concebido, realizado e prestado com excelência.

Levando em considerações estas questões, a gestão pela qualidade nas rotinas do Hospital, deverá operacionalizar-se pelo Método de Gerenciamento pelas Diretrizes, um mecanismo que concentra força intelectual de todos os funcionários com foco nas metas de sobrevivência da organização, uma vez que esse gerenciamento, deve ser conduzido pela alta administração da organização, e ter por objetivo direcionar as ações de todos os processos em um único rumo, estabelecendo as "diretrizes de controle" (metas e indicadores de estrutura, processo e resultados) que se desdobram em diretrizes e metas gerenciais e assim sucessivamente em toda hierarquia.

O gerenciamento pelas diretrizes atua na busca das causas que impossibilitam a obtenção das metas estabelecidas e na criação de medidas que levam ao rompimento com a situação em que se deseja mudar. Estas medidas visam a melhoria dos serviços e processos já existentes e dos novos serviços e processos. A ferramenta empregada para o gerenciamento pelas diretrizes é o ciclo PDCA.

O ciclo PDCA é uma ferramenta da Qualidade, que representa o caminho a ser seguido para que as metas estabelecidas sejam atingidas. Visa controlar e conseguir resultados eficazes e confiáveis nas atividades de uma organização.

Este ciclo está composto em quatro fases básicas: Planejar, Executar, Verificar e Atuar corretivamente. Segundo Campos (1992), é implementada em seis etapas.



P (Plan) - PLANEJAR

Nesta etapa são definidas as metas que se deseja atingir, geralmente, anuais. As metas devem relevar pontos importantes como as tendências de mercado, os fornecedores, a situação política do país e do mundo. Após definidas as metas, deve-se buscar os meios e os procedimentos para alcança-las.

D (Do) – Desenvolver/Executar

Nesta fase todos os envolvidos com as ações devem ser treinados nos procedimentos que têm como base as metas estabelecidas; deve-se realizar as atividades e colher dados, para a fase de verificação. É a fase de implantação do planejamento.

C (Chek) – Checar/Avaliar

Etapa puramente gerencial, onde deve-se verificar se as ações executadas estão de acordo com as metas estabelecidas. Os dados utilizados são aqueles coletados na etapa anterior, os quais servirão de base para os indicadores de desempenho, que devem ser comparados com o planejado (metas definidas na fase P -planejar).

SES 3927

A (Act) – Agir

Nesta etapa, a atuação é corretiva, ou seja, caso a operação realizada não esteja de acordo com o planejado, deve-se atuar corretivamente através de planos de ação para correção de rumo visando a meta estabelecida.

O resultado final da ação é o alcance da melhoria contínua, que se dá a partir do momento em que as metas estabelecidas são atingida nos quesitos de estrutura, processo e resultados.

Fundamental ressaltar que a Gestão pela Qualidade, através do método de gerenciamento pelas diretrizes e utilização do PDCA como ferramenta operacional, deverá considerar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do MEC no que concerne ao ensino e a pesquisa, observando as políticas públicas voltadas à regionalização da saúde, para atendimento aos clientes do HGG, em conformidade com as pactuações do Sistema de Saúde.

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade
- Oficialização das Políticas Institucionais
  - ✓ Segurança do Paciente
  - ✓ Registros Seguros

- ✓ Gestão de Suprimentos
- ✓ Gestão da Informação
- ✓ Gestão de Pessoas
- ✓ Gestão de Equipamentos
- ✓ Qualificação de Fornecedores
- ✓ Consentimento Informado e Esclarecido

3928

- Definição das lideranças
- Realização de Planejamento Estratégico Participativo
- Internalização do Planejamento Estratégico: Governança Corporativa
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos
- Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho
- Definição de Fóruns periódicos de acompanhamento de resultados (conforme diretrizes e metas do Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

INDICADORES DE IMPACTO A SEREM MONITORADOS

Itens de Controle

- ✓ No de atendimentos ambulatoriais por especialidade
- ✓ Taxa de Ocupação por Unidade de Internação
- ✓ Média de Permanência por Unidade de Internação
- ✓ No de cirurgias realizadas por especialidade
- ✓ Taxa de Infecção Hospitalar por tipologia e clínica

- ✓ Taxa de Uso de sala cirúrgica
- ✓ Cirurgias suspensas por especialidade e motivo
- ✓ No de ocorrências de quedas
- ✓ No de ocorrências de Lesões de Pele
- ✓ No de ocorrências de Desnutrição Hospitalar

3929

Indicadores de Estrutura

- ✓ Relação Profissional-leito por especialidade
- ✓ Equipamentos de alta complexidade
- ✓ Procedimentos de alta complexidade
- ✓ No de residentes – residência médica e multiprofissional
- ✓ Existência de SESMT, CIPA, PCMSO, PPRA, Brigada de Incêndio
- ✓ Existência das Comissões:
  - o Ética Médica
  - o Ética de Enfermagem
  - o Análise e Revisão de Prontuários
  - o Multidisciplinar de Bioética
  - o Verificação de óbitos
  - o Residência Médica Residência Multiprofissional
  - o Gerenciamento de Riscos
  - o Gerenciamento de Resíduos
  - o Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único
  - o Intra-hospitalar de Hemoterapia
  - o Nutrição Enteral e Parenteral
  - o Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos
- ✓ Processos de Trabalho com Estrutura física e de pessoal segura
- ✓ Processos de Trabalho com Mapas oficializados e Riscos Identificados

Indicadores de Processo

- ✓ No de Orientações nutricionais por perfil de paciente
- ✓ No de prescrições Avaliadas pelo Farmacêutico
- ✓ Horas de capacitação para colaboradores em temas Técnicos e Interpessoais

- ✓ No de atendimentos por motivo de encaminhamento e tipologia – Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia
- ✓ Horas de Capacitação para residentes
- ✓ No de Pesquisas em andamento

3930

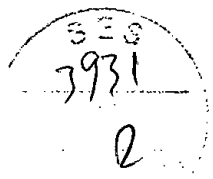
Indicadores de Resultado

- ✓ Internações com tempo de permanência conforme o programado
- ✓ No de atendimentos ambulatoriais em conformidade com a capacidade instalada de cada Especialidade
- ✓ No de cirurgias realizadas conforme programação
- ✓ Laudos liberados no tempo programado
- ✓ Eventos notificados e tratados no tempo programado
- ✓ Não-Conformidades notificadas e tratadas no tempo programado
- ✓ Pesquisas concluídas e publicadas

MODELO DE RELACIONAMENTO E INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇAO E INFORMAÇÃO ENTRE DIRETORIAS E GESTORES DA SAÚDE (ÂMBITO MUNICIPAL E ESTADUAL)

Sugere-se para a melhor execução desta proposta de trabalho, que seja oficializado calendário mensal para reunião entre as partes, com o objetivo de apresentar e discutir os resultados mensais decorrentes da gestão do HGG.

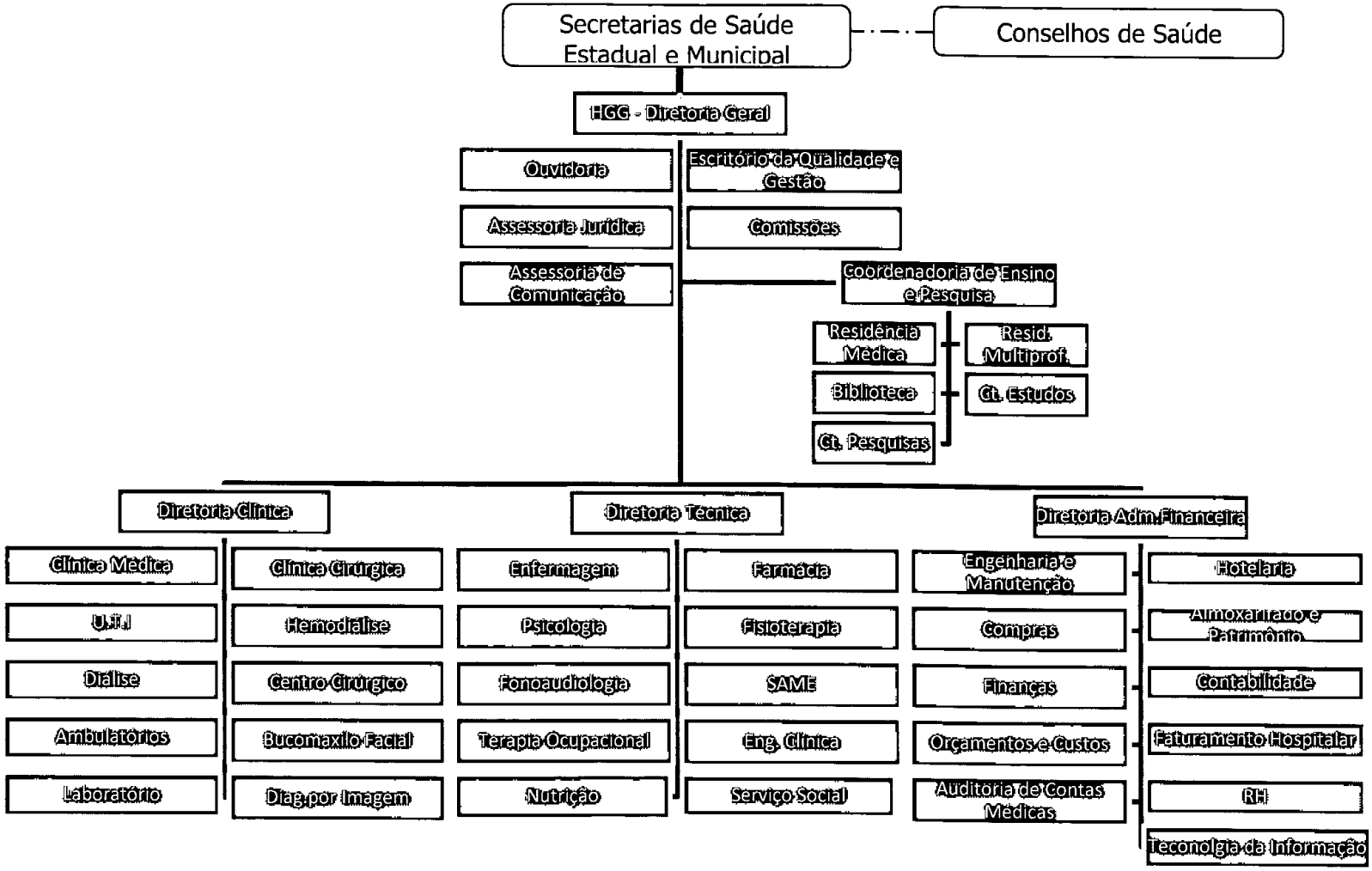
Quanto aos instrumentos de comunicação, indica-se que possam ser utilizados, a depender da necessidade, os seguintes instrumetos:



- ✓ Sistema de Gestão Hospitalar
- ✓ Relatório Mensal de Investimentos e Resultados – Gestão à Vista
- ✓ Intra Net
- ✓ Contatos corporativos (telefonia móvel)
- ✓ Mensagem de Texto – celular
- ✓ E-mail
- ✓ Documentos formais em meio físico (Ofícios, Memorandos, Portarias)

ÁREA DE ATIVIDADE

Organização da atividade: Estrutura Organizacional



Comissões: Ética Médica, Ética de Enfermagem, Análise e Revisão de Prontuários, Multidisciplinar de Bioética, Verificação de óbitos, Residência Médica Residência Multiprofissional , Gerenciamento de Riscos, Gerenciamento de Resíduos, Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único , Intra-hospitalar de Hemoterapia, Nutrição Enteral e Parenteral, Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

SES
1 3933

A estrutura Organizacional foi modelada com base nos seguintes componentes objetivos:

- Modernização e racionalização da estrutura organizacional
- Níveis de responsabilidade decisória interna
- Coerência dos elementos da estrutura organizacional com o perfil e capacidade instalada da Unidade de Saúde
- Coerência na definição das Diretorias, Núcleos e Células de trabalho nos níveis Estratégico/Tático/Operacional

Objetivos da Proposta Técnica de trabalho para o HGG

- Atualizar o Planejamento Estratégico da Organização
- Assegurar um padrão de qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população com foco na segurança do paciente
- Preparar o Hospital para Certificação Nível 1 pela ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Reforçar as ações em busca do reconhecimento pelo MEC, do HGG como Hospital Escola (Ensino e Pesquisa)
- Ampliar a capacidade decisória do gerenciamento da Unidade de Saúde
- Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas na prestação dos serviços de saúde
- Implantar Programa de Interação com a Comunidade
- Estreitar laços gerenciais com o(a) gestor(a) da Secretaria de Saúde do estado de Goiás, bem como de Goiânia
- Evitar o êxodo do usuário para os grandes centros em busca de serviços de assistência à saúde de melhor qualidade

Horários de Funcionamento

SES 3934

- **Atendimento Ambulatorial**
  - ✓ De segunda à sexta-feira, das 8:00 as 20:00h
  - ✓ Modalidades dos serviços oferecidos: consultas novas, consultas subseqüentes, cirurgias ambulatoriais
  - ✓ Especialidades disponíveis:
    - Angiologia
    - Bocomaxilo
    - Cabeça e Pescoço
    - Cardiologia
    - Cirurgia Geral
    - Cirurgia plástica
    - Dermatologia
    - Endocrinologia
    - Fisioterapia
    - Fonoaudiologia
    - Gastroenterologia
    - Geriatria
    - Hematologia
    - Nefrologia
    - Neurocirurgia
    - Neurologia
    - Nutrição
    - Oftalmologia
    - Ortopedia
    - Otorrinolaringologia
    - Pneumologia
    - Proctologia
    - Psicologia
    - Reumatologia
    - Urologia

- **Internamento**
  - ✓ 24h, ininterrupto
  - ✓ Caracterização: Internamento eletivo referenciado
  - ✓ 81 leitos para internação em Clínica Médica, nas seguintes especialidades:
    - Bariátrica
    - Cardiologia
    - Clínica Médica
    - Endocrinologia
    - Gastroenterologia
    - Hemodinâmica;Cardiologia
    - Nefrologia
    - Neurologia
    - Pneumolgia
    - Reumatolgia
  - ✓ 95 leitos para internação em Clínica Cirúrgica, nas seguintes especialidades:
    - Bariátrica
    - Cabeça e Pescoço
    - Torácica
    - Geral
    - Buco Maxilo
    - Neurocirurgia
    - Odontologia
    - Plástica
    - Vascular
    - Proctologia
    - Ortopedia
    - Urologia
    - Otorrinolaringologia

- **Centro Cirúrgico**
  - ✓ Segunda a sexta – 7h as 19h
  - ✓ Sábados – 7h as 13h
  - ✓ 11 salas de procedimentos cirúrgicos

- **Laboratório de Anátomo-patologia**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes de cirurgia de urgência/emergência
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe do serviço de biópsia por congelação

- **Laboratório de Análises Clínicas**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 7:00 as 19:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe de exames de:
    - Bioquímica
    - Coprologia
    - Hematologia
    - Hormônios
    - Imunologia,
    - Fluidos corporais (incluindo liquor)
    - Microbiologia
    - Patologia clínica
    - Patologia ocupacional
    - Aasometria arterial
    - Uroanálise

- **Imageologia**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feiras das 7:00 as 19:00h para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Sábados – 7:00h as 12:00 para pacientes ambulatoriais
  - ✓ Dispõe dos seguintes exames:
    - Esofagastroduodenoscopia
    - Colonoscopia
    - Retossifmoidoscopia
    - Biópsia de próstata
    - Biópsia aspirativa
    - Ecocardiograma
    - Doppler

- Ultrassonografia
- Eletrocardiograma
- Eletroencefalograma
- Eletroneuromiografia
- Espirometria
- Audiometria
- Tomografia computadorizada
- Raio X convencional
- Teste ergométrico
- Holter;Mapa
- Ressonância magnética
- Raio X Telecomandado
- Mamografia

- **Serviços de apoio: Lavanderia e Rouparia, Nutrição, Almoxarifado, Manutenção Predial e de Equipamentos, Higienização, Segurança, Transporte**
  - ✓ 24h ininterrupto
  - ✓ Dispõe de estrutura adequada para atendimento às necessidades do Hospital

- **Farmácia**
  - ✓ 24h ininterrupto para pacientes internados
  - ✓ Segunda à sexta-feira das 8:00 as 17:00h para pacientes ambulatoriais

- **Sistema de Armazenamento de Gases Medicinais**
  - ✓ 24h ininterrupto
  - ✓ Gases disponíveis: oxigênio, ar-comprimido, oxidonitroso e vácuo

- **Sistema de Geração de Energia**
  - ✓ 24h ininterrupto

ÁREA QUALIDADE

Qualidade Objetiva

Implantação de Comissões Técnicas

Nome	componentes	objetivos	Freqüência das reuniões	Sistema de controle de desempenho
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Médico, enfermeira, representantes de farmácia, administração, manutenção, limpeza, dentre outros (Portaria 2616/1998)	Oferecer condições de segurança em questões referentes a infecção hospitalar, a todos os clientes (internos e externos) da Unidade	mensal	Acompanhamento dos indicadores de infecção hospitalar
Comissão de Revisão de Óbitos	Médico, enfermeira, farmacêutica, representante da administração	Avaliar todos os óbitos evitáveis ocorridos na Unidade	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a óbitos evitáveis
Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional	Médico nutrólogo, enfermeiro, farmacêutico Nutricionista, representante da administração	Identificar os problemas inerentes à administração da terapia nutricional em pacientes hospitalizados, evitando a desnutrição hospitalar	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a terapia nutricional (enteral e parenteral) com foco no risco de desnutrição hospitalar
Comissão de Ética Multidisciplinar	Enfermeira, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo	Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a questões de ordem ética das diferentes especialidade não médicas, conforme Códigos de Ética de cada categoria

Comissão de Ética Médica	Médicos (Resolução CFM n º 1601/00)	Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a questões de ordem ética da equipe médica
Comissão de Revisão de Prontuários	Médico, enfermeira, farmacêutica, representante da administração etc	Colaborar na implantação da Política de Registros Seguros; Avaliar os prontuários: - identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado. - legibilidade dos registros, assinatura e o carimbo . - evolução diária do paciente (data e hora)	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a operacionalização da Política de Registros Seguros
Comissão Interna de Hemoterapia	Médico, enfermeiro, farmacêutico	Promover aos pacientes e profissionais, o uso e manipulação segura do sangue e seus derivados	mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados ao uso do sangue e seus derivados
Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes	Médico, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, nutricionista, Repres. Diretoria	Identificar e notificar as situações de possíveis doadores de órgãos e tecidos, realizando encaminhamentos para a efetivação do processo	mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados à captação de órgãos e tecidos
Comitê de Ética em Pesquisa	Médico, farmacêutico, enfermeiro do SCIH, Coord. Ensino e Pesquisa	Acompanhar, avaliar e supervisionar as pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito institucional	mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a pesquisas
Comissão de Gerenciamento	Médico, enfermeiro do	Identificar, controlar e reduzir riscos, visando	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados

de Riscos	SCIH e da Gerência de Enfermagem, membro do SESMT, membro do Escritório da Qualidade	manter o Hospital cada vez mais seguro		aos eventos adversos: notificações e mitigações
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Enfermeiro, Nutricionista, Farmacêutico, Resp. Higienização, Resp. Manutenção, Represet. Diretoria, Represe. SESMT, Respres. SCIH	Minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, protegendo os colaboradores, preservando os recursos naturais e o maio ambiente	mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados à geração, segregação e destino dos resíduos hospitalares
Comissão de Terapêutica Singular	Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonaudiólogos	Promover a implantação da Clínica Ampliada, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a inserção dos pacientes na lógica do PTSs
Comissão de Uso e Reuso de materiais de Uso Único	Médico, Enfermeiro, Farmacêutico, Resprs. SCIH, Respr. diretoria	Analisar (considerando a Leg. específica) as possibilidades de reprocessamento de materiais de uso único e definir regras internas	mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados ao reprocessamento de artigos de uso único
Comissão Multidiscplinar de Bioética	Médico, Enfermeiro, Ass. Social, Psicólogo, Fisioterapueta, Biólogo	Discussão dos valores referentes a vida e saúde dos seres humanos	Mensal	Acompanhamento dos indicadores relacionados a pesquisas com seres humanos

Organização do Serviço de Farmácia

Equipe	Organização dos horários de funcionamento	Previsão de implantação da dose unitária	Métodos de controle de fármacos controlados
Farmacêuticos Auxiliares de Farmácia Agentes Administrativos	24 h/dia para atendimento a pacientes internados De segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00h para atendimento a pacientes ambulatoriais	1º ano de gestão	Padronização de medicamentos e materiais; Dispensação sob prescrição médica em Formulário próprio e avaliação farmacêutica; Controle em sistema software específico Farmácia. Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica (alto custo) Interação com a Nutrição para avaliação das interações medicamento-alimento

Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários

Equipe	Organização dos horários de funcionamento	Sistema de Arquivamento e Controle	Comissão de Revisão de Prontuários
Auxiliares de Almoxarifado Supervisor	24 h/dia para atendimento a pacientes internados e em atendimento de urgência/emergência. De segunda a sexta-feira das 8:00 as 17:00h para atendimento a pacientes ambulatorias	Arquivamento por nº de prontuário Controle de entrada e saída de prontuários do Serviço, bem como destino do mesmo, em software específico	A reestruturar

INOVAÇÕES A IMPLEMENTAR

Inovação a implementar – IMPLANTAÇÃO DO ESCRITÓRIO DA QUALIDADE E GESTÃO

Equipe	Objetivo do Serviço	Previsão de implantação do Serviço	Métodos de avaliação de implantação do Serviço
Profissional de nível superior com conhecimento, interesse ou experiência na área de atuação Grupo gestor do IAS Brasil Lideranças do HGG	Preparar o HGG para Certificação em Nível 1 pela ONA (Org. Nacional de Acreditação)	1º semestre de gestão	Estrutura de trabalho montada Ações de capacitação sobre Acreditação Resultados de Chek List de Diagnóstico Interno

Inovação a implementar – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO

Equipe	Objetivo da Ação	Previsão de implantação da ação	Métodos de avaliação da ação
Gestores do Hospital, Gestora das SES, representantes dos usuários, representantes da Regional de Saúde, representantes dos Conselhos de Saúde	Planejar o Hospital com visão de futuro até 2014 Rever Missão, Valores, Objetivos estratégicos a curto, médio e longo prazo Indicar Projeto de Ação para alcance da Visão	1º trimestre de gestão	Monitoramento dos Indicadores de resultados à luz das metas estabelecidas

Inovação a implementar – IMPLANTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

Equipe	Objetivo do Programa	Previsão de implantação do Programa	Métodos de avaliação de implantação do Programa
Médicos, enfermeiro, técnicos de enfermagem	Reduzir o risco de óbitos evitáveis por parara cárdio-respiratória	1º semestre de gestão	Monitoramento de indicadores relacionados a acionamento do Time e resultados das intervenções

Inovação a implementar – PROGRAMA DE COOPERAÇÃO ENTRE O HOSPITAL E OUTROS ENTES PÚBLICOS

Equipe	Objetivo do Programa	Previsão de implantação do Programa	Métodos de avaliação de implantação do Programa
Formar GT (Grupo de Trabalho): Médicos, enfermeiras, assistentes sociais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem – pessoas representantes dos parceiros potenciais do Hospital	Realizar Acordos de Cooperação e Resultados entre Hospital e os entes parceiros Estabelecer fluxo de Referência e Contra-Referência efetivo com entes da saúde Melhorar a qualidade do acesso e atendimento ao	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação do cliente aferidos através da Ouvidoria

	usuário referenciado		

Inovação a implementar – REATIVAÇÃO DE LEITOS DESATIVADOS E IMPLANTAÇÃO DE NOVOS LEITOS

Equipe	Objetivo da ação	Previsão de implantação do Serviço	Métodos de avaliação de implantação do Programa
Lideranças do Hospital Equipe Gestora do IAS Brasil	Ampliar a capacidade de atendimento assistencial e aumentar o Faturamento da Instituição	1º biênio gestão	Indicadores relacionados a estrutura e resultados: capacidade de atendimento e produtividade em cirurgia e UTI

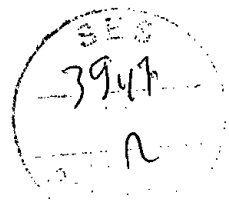
Inovação a implementar – PROGRAMA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

Equipe	Objetivo do Programa	Previsão de implantação do Programa	Métodos de avaliação de implantação do Programa
Formar GT (Grupo de Trabalho) De profissionais com afinidade com o tema	Colaborar com a promoção, prevenção da saúde da comunidade através Palestras informativas em Escolas Públicas	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação dos usuários do Programa
Implantar	Estabelecer	1º ano de gestão	Indicadores de

sistemática de entrega da conta do paciente no ato da alta hospitalar Implantar sistemática de prestação mensal de contas com a comunidade – Painel informativo em área de grande circulação	transparência na gestão financeira da Unidade		satisfação dos usuários do Programa
Implantar gerenciamento de resíduos com ações extensivas à comunidade	Gerar ações voltadas aos cuidados com o meio ambiente sustentável	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação dos usuários do Programa
Implantar Programa de Educação Continuada p/ profissionais do HGG	Promover ações de educação envolvendo tema técnicos e de qualidade de vida	1º ano de gestão	Indicadores de satisfação dos usuários do Programa

3946

42



Qualidade Subjetiva

Sistema de Informação ao usuário

- Implantação de Cartilha de Orientação ao Usuário do Hospital (englobando internamento e atendimento ambulatorial)
- Uso de termos de consentimento informado para a realização de:
  - ✓ Cirurgias
  - ✓ Exames invasivos
  - ✓ Transfusão sanguínea
- Acesso aos Serviços por meio de telefone e fax
- Acesso a informações gerais e específicas sobre os serviços disponíveis através do Site Oficial do Hospital e da Secretaria da Saúde
- Acesso para registro de sugestões e queixas através de telefonia, fax e e-mail, além de contato pessoal com o ouvidor
- Acesso a informações sobre o tratamento e auto-cuidado através de ações grupais de orientação multiprofissional (reuniões, vídeos, palestras, oficinas de trabalho)

3948
2

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Certificação de experiência anterior

- Pasta com documentos em anexo

Estrutura Diretiva do Hospital Estadual de Gioás (HGG)

- Propõe-se uma estrutura matricial moderna, para a qual com poucos recursos pode-se obter melhores resultados.
- A estrutura organizacional proposta compõe-se por uma diretoria geral, uma diretoria clínica e uma diretoria técnica, as quais com função em nível decisório/estratégico.
- Ligados à diretoria geral, há a coordenadoria de Ensino e Pesquisa, a secretaria, a Ouvidoria, o Escritório da Qualidade (a ser implantado), Assessoria de Comunicação e Jurídica, e as Comissões de relevância à qualidade e segurança dos serviços prestados pelo Hospital

Organização de serviços ambulatoriais

ESPECIALIDADE	**NÚMERO DE SALAS**	
	Instalada	Em uso
Consultórios multidisciplinares	34	34
Consultórios odontológicos para pacientes especiais	02	02
Sala de procedimento de Gesso e curativos	02	02

Total	**38**	**38**

Organização de serviços assistenciais – INTERNAÇÃO CLÍNICA

UNIDADE/SERVIÇO -	**NÚMERO DE LEITOS**	
	Instalada	Em uso
Bariátrica	02	02
Cardiológica	08	08
Clínica Médica	17	17
Endocrionologia	03	03
Gastroenterologia	08	08
Hemodinâmica;Cardiologia	02	02
Nefrologia	08	08
Neurologia	10	10
Pneumolgia	08	08
Reumatologia	07	07
Total	**81**	**81**

Organização de serviços assistenciais – INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

UNIDADE/SERVIÇO -	**NÚMERO DE LEITOS**	
	Instalada	Em uso
Bariátrica	04	04
Cabeça e Pescoço	02	02
Torácica	03	03
Geral	24	24
Buco Maxilo	02	02
Neurocirurgia	03	03
Odontologia	02	02
Plástica	09	09

Vascular	10	10
Proctologia	10	10
Ortopedia	10	10
Urologia	13	13
Otorrinolaringologia	02	02
Isolamento	01	01
Total	**95**	**95**

Organização de serviços assistenciais – INTERNAÇÃO – OUTROS LEITOS

UNIDADE/SERVIÇO -	**NÚMERO DE LEITOS**	
	Instalada	Em uso
Diálise	14	14
Hemodiálise	17	05
Transplante Renal	02	00
Outros leitos – Ala 4	14	00
UTI	09	09
Isolamento - UTI	01	01
Semi-Intensivo	14	00
Total	**71**	**29**

Leitos a ativar: 42

Organização de serviços administrativos, financeiros e gerais

- Núcleo de faturamento funciona de segunda à sexta em horário comercial ininterrupto (8 as 17h), sob gerência da área.
- Núcleo de Manutenção e Transportes funciona de segunda à sexta-feira em horário comercial ininterrupto (8 as 17h), contando plantonistas 24h de segunda a domingo para atendimento às intercorrências.

Organização dos recursos humanos

- Corpo Técnico – quantitativo de pessoal necessário à implementação da proposta – em anexo

3951

Prazos propostos para implantação e pleno funcionamento das Inovações a implementar no HGG

Ação	Prazo máximo
Planejamento Estratégico	1º trimestre de gestão
Início de implantação novo modelo de gerenciamento	1º trimestre de gestão
Implantação da nova estrutura organizacional	1º semestre de gestão
Implantação do Escritório da Qualidade	1º trimestre de gestão
Implantação do Time de Resposta Rápida	1º ano de gestão
Preparação do Hospital para o Nível 1 de Certificação - ONA	1º biênio de gestão
Programa de Interação entre Hospital e outros entes públicos	1º ano de gestão
Reativação de Leitos desativados e Implantação de novos leitos	1º biênio de gestão
Implantação do Programa de Responsabilidade Social – HGG	1º ano de gestão

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

RECONHECIDA PELA PORTARIA MINISTERIAL Nº 350 DE 12/08/83 — D.O.U. DE 18/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

O Reitor da **UNIVERSIDADE DE FORTALEZA**, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do

Curso de **ADMINISTRAÇÃO** no dia 06 de janeiro de 1984,

confere o título de **BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS**

a **FRANCISCO SALES DE MACÊDO JÚNIOR**

de nacionalidade brasileira natural de Ceará

nascido(a) em 07 de fevereiro de 1962 identidade nº 104393-80 expedida pelo(a) SSP-CE

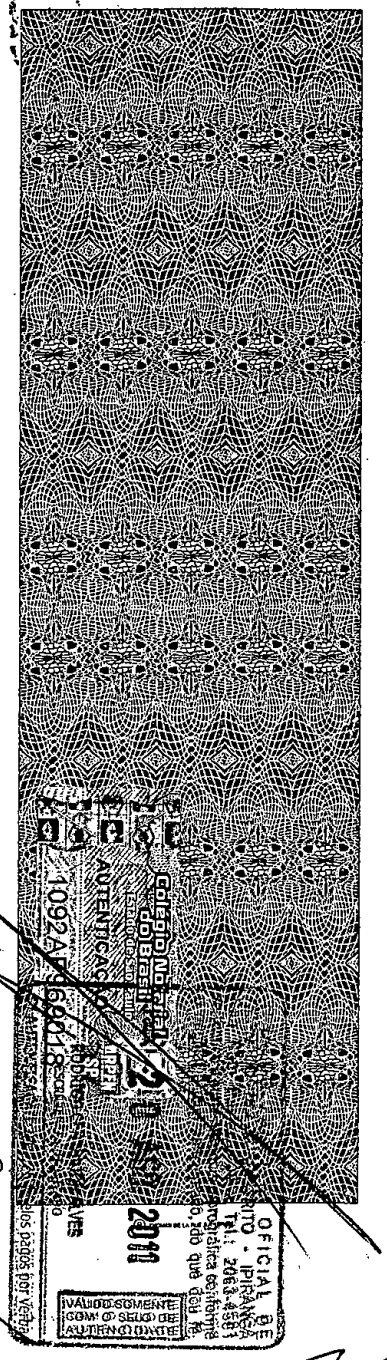
e outorga-lhe o presente **DIPLOMA** para que possa gozar dos direitos e prerrogativas legais.

Fortaleza, 23 de agosto de 1984

REITOR

DIRETOR DO CENTRO

DIPLOMADO



DISCIPLINAS	NOTAS
Teoria Geral da Administração	8,0
Administração de Recursos Humanos	8,0
Fundamentos da Administração Hospitalar	8,0
Arquitetura Hospitalar	8,0
Administração do Serviço de Enfermagem	8,0
Administração do Centro Cirúrgico	8,0
Administração do Serviço do Prontuário do Paciente	8,5
Administração de Materiais e Almoxarifado	8,5
Administração do Serviço de Nutrição e Dietética	9,0
Serviço de Processamento de Roupa	8,0
Contabilidade Geral	9,5
Custos Hospitalares	9,0
Administração Financeira	7,5
Monografia	7,0
Saúde Pública	7,5

CURSO: Especial/82

Registrado sob o Nº 61

Do Livro Nº 1 fls: 2

São Paulo, 1º de Março de 1983.

Coordenação Geral – CEDES –

1º OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS E ANEXOS DISTRITO - IPIRANGA
Rua Bom Pastor, 499 - Tel.: 2063-4511
Autentico a presente cópia fotográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
AUTENTICADO EM 20 AGO. 2011
ROBERTO CENTURION ALVES
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selos pagos por verba
AUTENTICAÇÃO: R$ 2,25
1092479669014

ESTADO DO CEARÁ

Universidade Estadual do Ceará

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS

O Reitor da UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, nos termos da legislação vigente, e tendo em vista a conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, confere o título de

MESTRE

Área de Concentração: Políticas Públicas

a

Wilma Ney Lopes da Silva

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todas as prerrogativas legais.

Fortaleza, 05 de maio de 2006

Reitor

Diretor do Centro ou Faculdade

Diplomado

AMERICAN BANK NOTE LTDA

Reconhecido, pelo Parecer nº 1096/2003
de 17/12/03 do Conselho de Educação
do Ceará, publicado no D. O. E. em 31/12/03

Secretaria de Ciência e Tecnologia
Universidade Estadual do Ceará
Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Nome do Diplomado:
WILMA NEY LOPES DA SILVA

Filiação:
EGIDIO PINHEIRO DA SILVA E BIBIANA LOPES DA SILVA

Nacionalidade		Estado	
BRASILEIRA		CEARÁ	
Nascimento	**Identidade**	**Órgão Expedidor**	
02/04/1974	91002285766	SSP/CE	
Conclusão do Curso	**Nº do Registro**	**Livro**	**Folha**
10/01/2006	902	04	050
Processo	**Data**	**Responsável**	
020/2006 - PROPGPq	18/04/2006	Jomar Monteiro Saldanhas	

Diretor do Departamento de Ensino de Pós-Graduação "Stricto Sensu"
Luiz Paulo Pinto Rodrigues

Pro-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa
José Pb

RINALDO ZAMPIERI OFICIAL DE REGISTRO
Rua Luiz Pastor, 48 - Tel.: 2063-4581
Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1092AF0069086
2 AGO. 2011

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
001376

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que **WILMA-NEY LOPES BASTOS** concluiu o Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO DA QUALIDADE EM SISTEMA DE SAÚDE nos termos da legislação vigente, após cumprir todas as exigências de freqüência e aproveitamento nas disciplinas e a aprovação de Monografia.

Fortaleza(Ce.), 16 de fevereiro de 2006

Diretor do Centro de Estudos Sociais Aplicados

Coordenador do Curso

Wilma-Ney Lopes Bastos
Aluno(a)

RINALDO ZAMPIERI OFICIAL DE
RGPN DO 18º SUBDISTRITO - IPIRANGA
Rua Bom Pastor, 4390 - Tel.: 2063-4531
Autentifica a presente cópia fotográfica conforme o original a mim apresentado. Do que dou fé.
20 AGO. 2011
109AF969043

CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO DA QUALIDADE EM SISTEMAS DE SAÚDE

ALUNO(A): **WILMA-NEY LOPES BASTOS** DATA DE ADMISSÃO: OUTUBRO/2003

Aprovado pela Resolução nº 2152/99 de 13 de setembro de 1999 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UECE e Regulamentado pela Resolução nº 01/01 de 03/04/01 do CES/CNE.

DISCIPLINAS	Carga Horária	Período	Freqüência %	Avaliação 0 a 10,0	Professor(a)	Titulação
- SEMINÁRIO DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	08	Out/2003	100	Satisf.	Lydia Maria Pinto Brito	Ms.
- O MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO E OS SISTEMAS DE SAÚDE	15	Out/2003	100	10,0	Vera Maria Câmara Coelho	Ms.
- GESTÃO CONTEMPORÂNEA	15	Out/2003	100	9,0	Rosila C. de Albuquerque	Dra.
- EPIDEMIOLOGIA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL	45	Nov/2003	92	8,0	Arnaldo Ribeiro Costa Lima Silvia Bonfim	Ms. Ms.
- GESTÃO INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	15	Dez/2003	100	9,6	Jocileide Sales Campos	Ms.
- A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	30	Fev/2004	83	8,0	Francisca Moreira Parente	Ms.
- METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA I	30	Mar/2004	88	10,0	Maria do Socorro F. Osterne	LD.
- PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA	60	Abr/2004	81	9,0	Arnaldo Ribeiro Costa Lima	Ms.
- GESTÃO DE LOGÍSTICA	30	Jun/2004	100	10,0	Fernando Lopes de S. da Cunha	Ms.
- GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA	30	Jul/2004	100	8,3	Edilson Barros Pessoa	Esp.
- GESTÃO DE PESSOAS	30	Ago/2004	100	9,0	Francisco Cesar de M. Borges	Ms.
- ATENÇÃO HOSPITALAR HUMANIZADA	15	Out/2004	100	9,0	José Jackson Coelho Sampaio	Dr.
- GESTÃO OPERATIVA DOS HOSPITAIS	15	Out/2004	100	9,0	Ana Lúcia Araújo Nocrato	Esp.
- GESTÃO DA QUALIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR	30	Nov/2004	100	10,0	Ana Lúcia Araújo Nocrato	Esp.
- METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA II	15	Nov/2004	100	10,0	Maria do Socorro F. Osterne	LD.
- TÓPICOS ESPECIAIS	15	Dez/2004	100	10,0	Professores Convidados	–
					ORIENTADOR(A):	
MONOGRAFIA: AVALIAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR.	90	–	–	Satisf.	Maria das Graças B. Peixoto	Ms.

20 AGO 2001

Carga Horária: 488 h/a

Conclusão das Disciplinas: 17/DEZ/2004

Apresentação da Monografia: 22/AGO/2005

Emissão do Certificado: 16/FEV/2006

Márcia Calheiros Chaves Silva
Assessor do Núcleo de Ensino de Pós-Graduação Lato Sensu

Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

Registrado sob Nº 475-03
Livro: 05 Fls. 20
Data: 24-03-06 Ass:

1092AF969044

CERTIFICADO

IQG
HEALTH
SERVICES
ACCREDITATION

Conferido a

WILMA-NEY LOPES DA SILVA

pela participação no curso de "Capacitação para Avaliadores do Sistema de Gestão da Qualidade para Acreditação em Instituições de Saúde" realizado nos dias 26 e 27 de março de 2.010 em São Paulo - SP, com carga horária de 16 (dezesseis) horas.

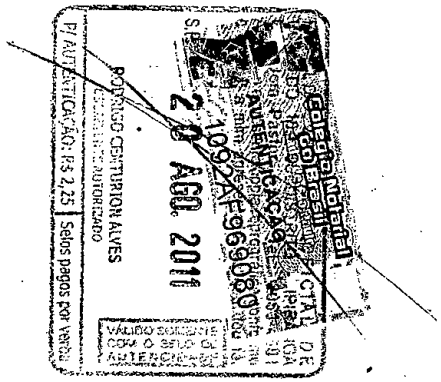
São Paulo, 27 de março de 2.010.

CHIEF EXECUTIVE OFFICER
IQG - HEALTH SERVICES ACCREDITATION

ACCREDITATION CANADA

ONA
Organização Nacional de Acreditação

5M lives
PROTECTING FROM HARM



Instituto Qualisa de Gestão

R- Nelson Gama de Oliveira, 311 – 10º andar
www. iqg.com.br / iqg @ iqg.com.br

Certificado Registrado sob nº 63930 folha (s) 141

do livro de Registro nº 04

São Paulo, 20 de março de 2010

Assinatura

ESTADO DO CEARÁ

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Escola de Saúde Pública do Ceará
PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

Credenciada como Instituição de Ensino Superior - IES, Parecer Nº422/2004, de 27.04.2004,
e Credenciada para Ministrar Cursos Profissionais, Parecer Nº 694/2002, de 21/10/2002,
expedidos pela Câmara da Educação Superior e Profissional do Conselho de Educação do Ceará - CEC

Certificamos que

WILMA NEY LOPES BASTOS

concluiu com aproveitamento o

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE,
realizado no período de 17 de fevereiro de 2003 a 04 de junho de 2004,
com carga horária total de 460 horas.

Fortaleza, 30 de janeiro de 2007

Escola de Saúde Pública do Ceará
PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

SÉRIE B
Nº 17332

Gilson Holanda Almeida
Diretor da Área de Gestão em Saúde e Gestão de Pessoas - ESP-CE

Anamaria Cavalcante e Silva
Superintendente

S.Paulo 20 AGO. 2011

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP-CE **CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

O Curso cumpre as Disposições da **RESOLUÇÃO** do Conselho Nacional de Educação – CES - Nº 01, de 03/04/2001

INICIO: FEVEREIRO/2003

ALUNO: WILMA NEY LOPES DA SILVA

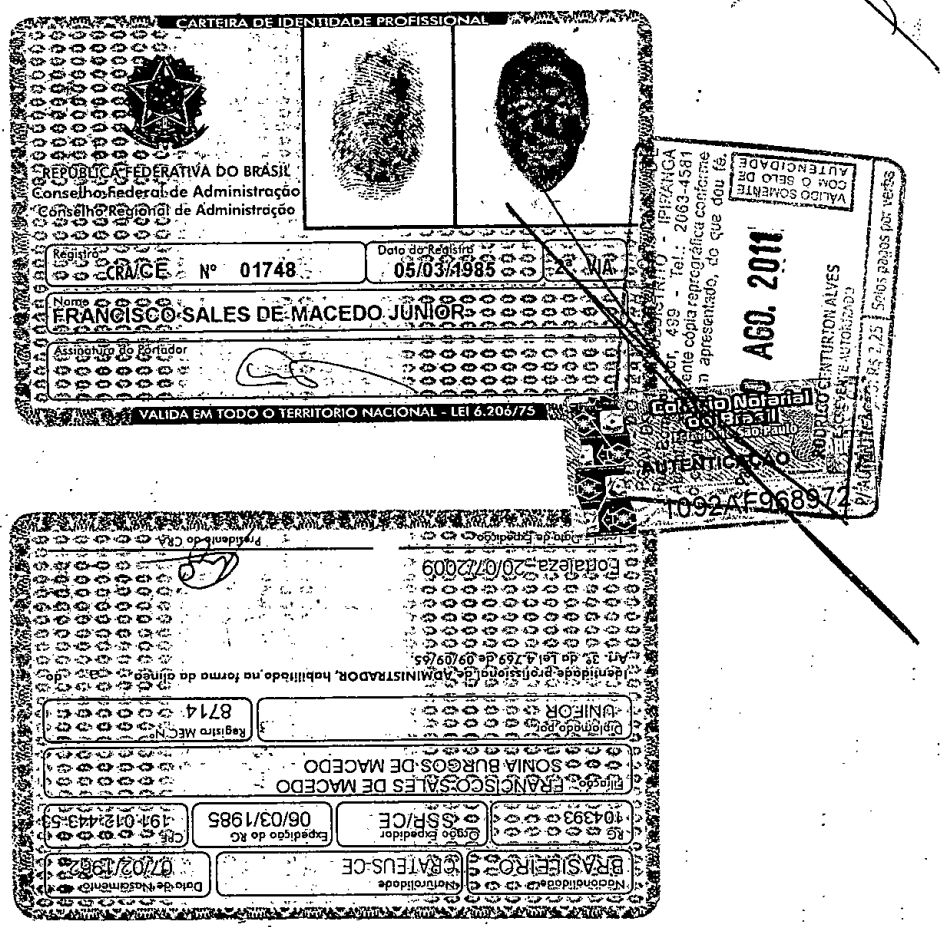
MÓDULOS	C.H.	PERÍODO	FREQ (%)	AVALIAÇÃO	DOCENTES	TITULO
MÓDULO I: GESTÃO E LIDERANÇA	30	17 a 21/02/03	100	9,00	Manoel Messias de Sousa	Livre Docente
MÓDULO II: SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE	30	17 a 21/03/03	100	9,00	Rifat Atun	RhD
MÓDULO III: ECONOMIA DA SAÚDE	30	05 a 09/05/03	100	7,00	Marcelo Gurgel Carlos da Silva	Doutor
MÓDULO IV: GESTÃO ESTRATÉGICA	30	02 a 06/06/03	100	10,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO V: GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	30	07 a 11/07/03	100	8,50	Vera Lúcia de Almeida	Doutora
MÓDULO VI: GERENCIAMENTO, ORGANIZAÇÕES E MUDANÇAS	30	04 a 08/08/03	100	8,00	Alejandra González Rosseti	PhD
MÓDULO VII: PESQUISA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	30	03 a 07/09/03	100	9,00	Paulo César de Almeida	Doutor
MÓDULO VIII: GESTÃO DE PESSOAS	30	06 a 10/10/03	100	9,00	David Brocklehurst	PhD
MÓDULO IX: GESTAO DA ATENÇÃO EM SAÚDE	30	01 a 05/12/03	100	9,50	Anamaria Cavalcante e Silva Gilson Holanda Almeida Jocileide Sales Campos	Doutor Mestre Mestre
MÓDULO X: GERENCIAMENTO, RECURSOS E TECNOLOGIA EM SAÚDE	30	02 a 06/02/04	100	9,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO XI: SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	30	12 a 16/04/04	100	8,00	Adryana Estácio Trummer	Especialista
MÓDULO XII: GESTÃO CLÍNICA	30	31/05/04 a 04/06/04	100	9,00	Eugênio Vilaça Mendes	Doutor
MONOGRAFIA: Internação Domiciliar e Humanização: A Experiência de um Hospital de Referência	100h	-	100	SATISFATÓRIO	**ORIENTADOR(A):** Paulo César de Almeida	Doutor
TOTAL	**460h**	**-**	100	**8,75**		

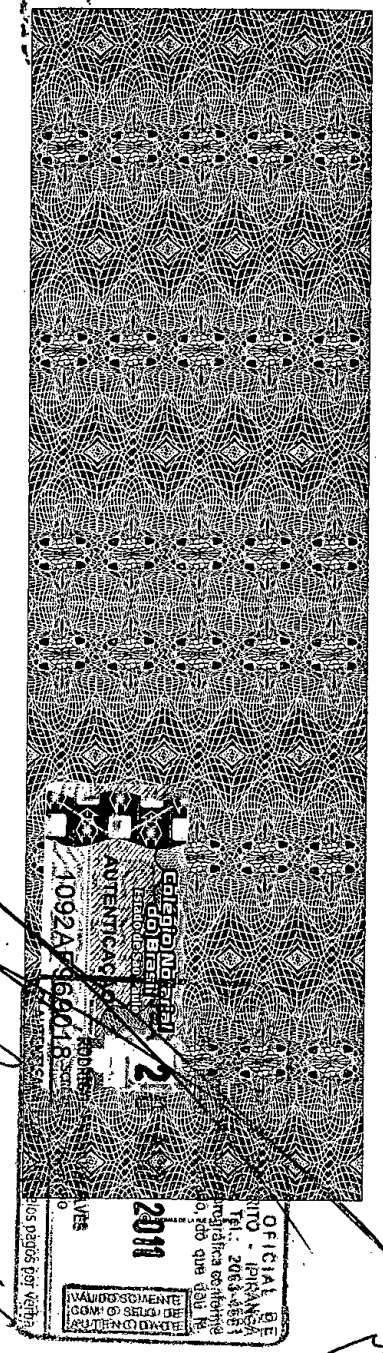
REGISTRO DA UNIDADE DE ESCRITURAÇÃO ESCOLAR - UNESC/ESP: REGISTRADO SOB O Nº 17.332 **FOLHA Nº 408 LIVRO Nº 02 DATA: 30/01/2007**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Ana Lúcia [illegible]
Supervisora da UNESC/ESP
Escola de Saúde Pública

AUTENTICADO


CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Administração
Conselho Regional de Administração
Registro
CRA/CE Nº 01748
Data do Registro
05/03/1985
Nome
FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR
Assinatura do Portador
VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL - LEI 6.206/75
Fortaleza, 20/07/2009
Presidente do CRA
Nacionalidade
BRASILEIRO
Naturalidade
CRATEUS-CE
Data de Nascimento
07/02/1962
RG
1043933
Órgão Expedidor
SSP/CE
Data Expedição do RG
06/03/1985
CPF
191.012.443-53
Filiação
FRANCISCO SALES DE MACEDO
SONIA BURGOS DE MACEDO
Diplomado por
UNIFOR
Registro MEC Nº
8714
Identidade e prerrogativas de ADMINISTRADOR, habilitado na forma do artigo
Art. 15, da Lei 4.769 de 09/09/65.
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
AGO. 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICIDADE
1092AF968972



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

RECONHECIDA PELA PORTARIA MINISTERIAL Nº 350 DE 12/08/83 — D.O.U. DE 18/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM e PROGRESSO

O Reitor da **UNIVERSIDADE DE FORTALEZA**, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do

Curso de **ADMINISTRAÇÃO** no dia 06 de janeiro de 1984,

confere o título de **BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS**

a **FRANCISCO SALES DE MACÊDO JÚNIOR**

de nacionalidade brasileira natural de Ceará

nascido(a) em 07 de fevereiro de 1962 identidade nº 104393-80 expedida pelo(a) SSP-CE

e outorga-lhe o presente **DIPLOMA** para que possa gozar dos direitos e prerrogativas legais.

Fortaleza, 23 de agosto de 1984

REITOR

DIRETOR DO CENTRO

DIPLOMADO

712/84-01

PROF. CARLOS ALBERTO BATISTA M. DE SOUZA
REITOR

PROF. JOSÉ MARIA MARTINS MEN
DIRETOR

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA

Diploma registrado sob n.º 8714
Livro GCI-11 Fls 328 Processo 23656/84
por delegação de competência do Ministério da Educação e Cultura nos termos da Portaria MEC/DAU nº 71/77 de 25/10/77.
SRD 31 / outubro / 1984

RAIMUNDO GOMES DE LIMA
Chefe da SRD
Chefe da Seção de Registro de Diplomas

Visto

Diretor da DRE

José Rui de Aquino
Diretor do Departamento de Ensino de Graduação

RINALDO CAMPIERI OFICIAL DE REGISTRO 18.º SUBDISTRITO - IPIRANGA
Rua Bom Pastor, 499 - Tel.: 2063-4581
Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
20 AGO. 2011
P/ AUTENTICAÇÃO: R$ 2,25 | Selos pagos por verba
ESCREVENTE AUTORIZADO
CARLOS CENTURION ALVES
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Selos de Autenticidade
1092AF96901

000682

CEDAS

Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde

U.S.C. - União Social Camiliana

Faculdade de Ciências da Saúde São Camilo

CERTIFICADO

Certificamos que FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR

frequentou com aproveitamento o Curso de **Especialização em Administração Hospitalar**

realizado pelas entidades acima, no período de Outubro de 1982 à Julho de 1983, com 650 horas/aula.

São Paulo, 1º de Março de 19 84

AUGUSTO A. MEZZOMO
Diretor da U.S.C. e da Faculdade

JOÃO C. MEZOMO
Diretor Executivo do CEDAS

IRACEMA F.B. MEZOMO
Coordenadora

DISCIPLINAS	NOTAS
Teoria Geral da Administração	8,0
Administração de Recursos Humanos	8,0
Fundamentos da Administração Hospitalar	8,0
Arquitetura Hospitalar	8,0
Administração do Serviço de Enfermagem	8,0
Administração do Centro Cirúrgico	8,0
Administração do Serviço do Prontuário do Paciente	8,5
Administração de Materiais e Almoxarifado	8,5
Administração do Serviço de Nutrição e Dietética	9,0
Serviço de Processamento de Roupa	8,0
Contabilidade Geral	9,5
Custos Hospitalares	9,0
Administração Financeira	7,5
Monografia	7,0
Saúde Pública	7,5

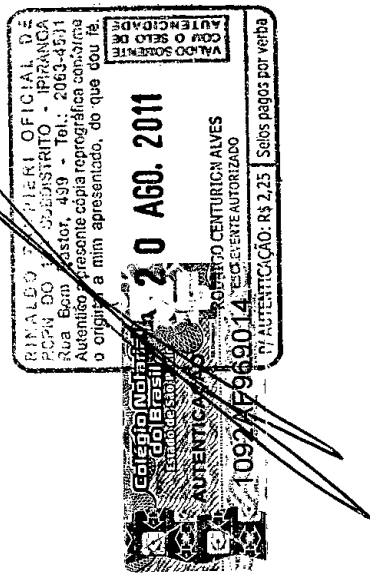
CURSO: Especial/82

Registrado sob o Nº. 61

Do Livro Nº. 1 fls: 2

São Paulo, 1º de março de 1984.

Coordenação Geral – CEDES –



ESTADO DO CEARÁ

Universidade Estadual do Ceará

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS

O Reitor da UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, nos termos da legislação vigente, e tendo em vista a conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, confere o título de

MESTRE

Área de Concentração: Políticas Públicas

a

Wilma Ney Lopes da Silva

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todas as prerrogativas legais.

Fortaleza, 05 de maio de 2006

Reitor

Diretor do Centro ou Faculdade

Diplomado

AMERICAN BANK NOTE LTDA

Reconhecido, pelo Parecer nº 1096/2003
do 17/12/03 do Conselho de Educação
do Ceará, publicado no D. O. E. em 31/12/03

Secretaria de Ciência e Tecnologia
Universidade Estadual do Ceará
Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

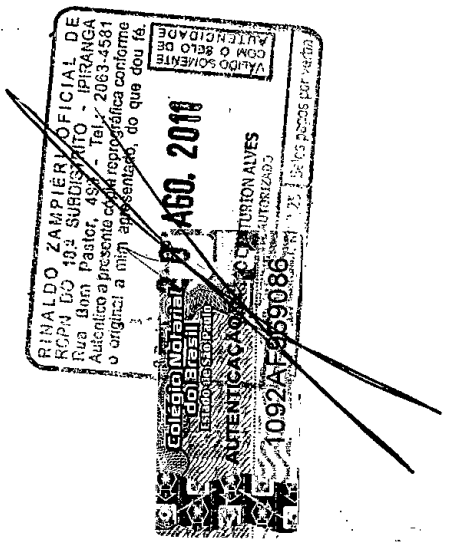
Nome do Diplomado:
WILMA NEY LOPES DA SILVA

Filiação:
EGIDIO PINHEIRO DA SILVA E BIBIANA LOPES DA SILVA

Nacionalidade		Estado	
BRASILEIRA		CEARÁ	
Nascimento	**Identidade**	**Órgão Expedidor**	
02/04/1974	91002285766	SSP/CE	
Conclusão do Curso	**Nº do Registro**	**Livro**	**Folha**
10/01/2006	902	04	050
Processo	**Data**	**Responsável**	
020/2006 - PROPGPq	18/04/2006	Jorman Pinheiro Saldanha	

Diretor do Departamento de Ensino de Pós-Graduação "Stricto Sensu"
Ana Paula Abreu Protasio

Pro-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa
Jose Pb



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
001376

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que **WILMA-NEY LOPES BASTOS** concluiu o Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO DA QUALIDADE EM SISTEMA DE SAÚDE nos termos da legislação vigente, após cumprir todas as exigências de freqüência e aproveitamento nas disciplinas e a aprovação de Monografia.

Fortaleza(Ce.), 16 de fevereiro de 2006

Diretor do Centro de Estudos Sociais Aplicados

Coordenador do Curso

Wilma-Ney Lopes Bastos

Wilma-Ney Lopes Bastos

Aluno(a)

CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO DA QUALIDADE EM SISTEMAS DE SAÚDE

ALUNO(A): **WILMA-NEY LOPES BASTOS** DATA DE ADMISSÃO: OUTUBRO/2003

Aprovado pela Resolução nº 2152/99 de 13 de setembro de 1999 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UECE e Regulamentado pela Resolução nº 01/01 de 03/04/01 do CES/CNE.

DISCIPLINAS	Carga Horária	Período	Freqüência %	Avaliação 0 a 10,0	Professor(a)	Titulação
- SEMINÁRIO DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	08	Out/2003	100	Satisf.	Lydia Maria Pinto Brito	Ms.
- O MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO E OS SISTEMAS DE SAÚDE	15	Out/2003	100	10,0	Vera Maria Câmara Coelho	Ms.
- GESTÃO CONTEMPORÂNEA	15	Out/2003	100	9,0	Rosila C. de Albuquerque	Dra.
- EPIDEMIOLOGIA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL	45	Nov/2003	92	8,0	Arnaldo Ribeiro Costa Lima Silvia Bonfim	Ms. Ms.
- GESTÃO INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	15	Dez/2003	100	9,6	Jocileide Sales Campos	Ms.
- A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	30	Fev/2004	83	8,0	Francisca Moreira Parente	Ms.
- METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA I	30	Mar/2004	88	10,0	Maria do Socorro F. Osterne	LD.
- PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA	60	Abr/2004	81	9,0	Arnaldo Ribeiro Costa Lima	Ms.
- GESTÃO DE LOGÍSTICA	30	Jun/2004	100	10,0	Fernando Lopes de S. da Cunha	Ms.
- GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA	30	Jul/2004	100	8,3	Edilson Barros Pessoa	Esp.
- GESTÃO DE PESSOAS	30	Ago/2004	100	9,0	Francisco Cesar de M. Borges	Ms.
- ATENÇÃO HOSPITALAR HUMANIZADA	15	Out/2004	100	9,0	José Jackson Coelho Sampaio	Dr.
- GESTÃO OPERATIVA DOS HOSPITAIS	15	Out/2004	100	9,0	Ana Lúcia Araújo Nocrato	Esp.
- GESTÃO DA QUALIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR	30	Nov/2004	100	10,0	Ana Lúcia Araújo Nocrato	Esp.
- METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA II	15	Nov/2004	100	10,0	Maria do Socorro F. Osterne	LD.
- TÓPICOS ESPECIAIS	15	Dez/2004	100	10,0	Professores Convidados	--
					ORIENTADOR(A):	
MONOGRAFIA: "AVALIAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR.	90	--	--	Satisf.	Maria das Graças B. Peixoto	Ms.

20 AGO 2007

Carga Horária: 488 h/a

Conclusão das Disciplinas: 17/DEZ/2004

Apresentação da Monografia: 22/AGO/2005

Emissão do Certificado: 16/FEV/2006

Márcia Calheiros Chaves Silva
Assessor do Núcleo de Ensino de Pós-Graduação Lato Sensu

Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

Registrado sob Nº 475-03

Livro: 05 Fls. 20

Data: 24-03-06 Ass: Rosilita

CERTIFICADO

Conferido a

WILMA-NEY LOPES DA SILVA

pela participação no curso de "Capacitação para Avaliadores do Sistema de Gestão da Qualidade para Acreditação em Instituições de Saúde" realizado nos dias 26 e 27 de março de 2.010 em São Paulo - SP, com carga horária de 16 (dezesseis) horas.

São Paulo, 27 de março de 2.010.

CHIEF EXECUTIVE OFFICER
IQG - HEALTH SERVICES ACCREDITATION

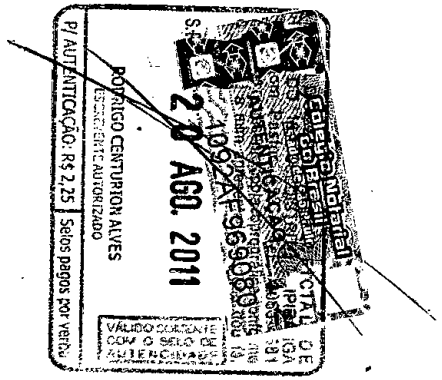
IQG
HEALTH
SERVICES
ACCREDITATION

ACCREDITATION CANADA

ONA
Organização Nacional de Acreditação

PROTECTING 5M lives FROM HARM

SES



Instituto Qualisa de Gestão

R- Nelson Gama de Oliveira, 311 – 10º andar
www. iqg.com.br / iqg @ iqg.com.br

Certificado Registrado sob nº 61930 folha (s) 141

do livro de Registro nº 04

São Paulo, 20 de março de 2010

Assinatura

ESTADO DO CEARÁ

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Escola de Saúde Pública do Ceará
PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

Credenciada como Instituição de Ensino Superior - IES, Parecer N°422/2004, de 27.04.2004,
e Credenciada para Ministrar Cursos Profissionais, Parecer N° 694/2002, de 21/10/2002,
expedidos pela Câmara da Educação Superior e Profissional do Conselho de Educação do Ceará - CEC

Certificamos que

WILMA NEY LOPES BASTOS

concluiu com aproveitamento o

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE,
realizado no período de 17 de fevereiro de 2003 a 04 de junho de 2004,
com carga horária total de 460 horas.

Fortaleza, 30 de janeiro de 2007

Gilson Holanda Almeida
Diretor da Área de Gestão em Saúde e Gestão de Pessoas - ESP-CE

Anamaria Cavalcante e Silva
Superintendente

Escola de Saúde Pública do Ceará
PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

SÉRIE B
Nº 17332

S.Paulo 20 AGO. 2011

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP-CE **CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

O Curso cumpre as Disposições da **RESOLUÇÃO** do Conselho Nacional de Educação – CES - Nº 01, de 03/04/2001

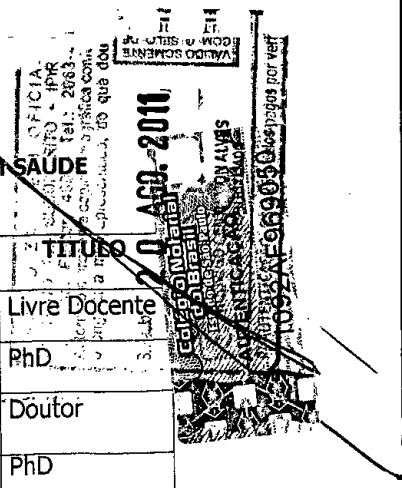
ALUNO: WILMA NEY LOPES DA SILVA **INICIO: FEVEREIRO/2003**

MÓDULOS	C.H.	PERÍODO	FREQ (%)	AVALIAÇÃO	DOCENTES	TÍTULO
MÓDULO I: GESTÃO E LIDERANÇA	30	17 a 21/02/03	100	9,00	Manoel Messias de Sousa	Livre Docente
MÓDULO II: SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE	30	17 a 21/03/03	100	9,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO III: ECONOMIA DA SAÚDE	30	05 a 09/05/03	100	7,00	Marcelo Gurgel Carlos da Silva	Doutor
MÓDULO IV: GESTÃO ESTRATÉGICA	30	02 a 06/06/03	100	10,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO V: GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	30	07 a 11/07/03	100	8,50	Vera Lúcia de Almeida	Doutora
MÓDULO VI: GERENCIAMENTO, ORGANIZAÇÕES E MUDANÇAS	30	04 a 08/08/03	100	8,00	Alejandra González Rosseti	PhD
MÓDULO VII: PESQUISA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	30	03 a 07/09/03	100	9,00	Paulo César de Almeida	Doutor
MÓDULO VIII: GESTÃO DE PESSOAS	30	06 a 10/10/03	100	9,00	David Brocklehurst	PhD
MÓDULO IX: GESTAO DA ATENÇÃO EM SAÚDE	30	01 a 05/12/03	100	9,50	Anamaria Cavalcante e Silva Gilson Holanda Almeida Jocileide Sales Campos	Doutor Mestre Mestre
MÓDULO X: GERENCIAMENTO, RECURSOS E TECNOLOGIA EM SAÚDE	30	02 a 06/02/04	100	9,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO XI: SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	30	12 a 16/04/04	100	8,00	Adryana Estácio Trummer	Especialista
MÓDULO XII: GESTÃO CLÍNICA	30	31/05/04 a 04/06/04	100	9,00	Eugênio Vilaça Mendes	Doutor
MONOGRAFIA: Internação Domiciliar e Humanização: A Experiência de um Hospital de Referência	100h	-	100	SATISFATÓRIO	**ORIENTADOR(A):** Paulo César de Almeida	Doutor
TOTAL	**460h**	-	100	**8,75**		

REGISTRO DA UNIDADE DE ESCRITURAÇÃO ESCOLAR - UNESC/ESP: REGISTRADO SOB O Nº 17.332 **FOLHA Nº 408 LIVRO Nº 02 DATA: 30/01/2007**

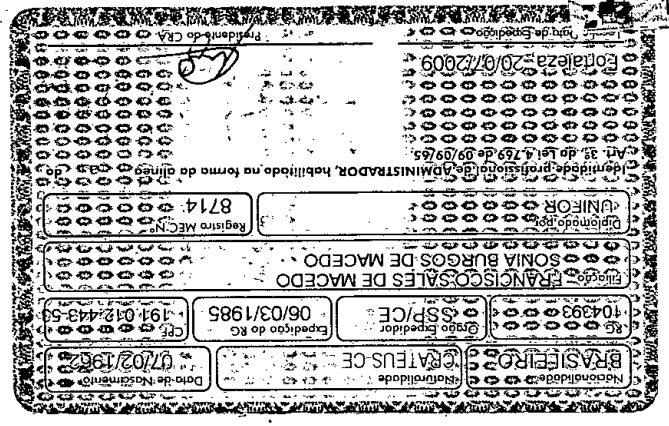
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Ana Lucia Supervisora da UNESC/ESP
Escola de Saúde Pública



SES
3914


CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Administração
Conselho Regional de Administração
Registro CRA/CE Nº 01748
Data do Registro 05/03/1985
2ª VIA
Nome FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR
Assinatura do Portador
VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL - LEI 6.206/75


Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na forma da alínea (d) do Art. 3º da Lei 4.769 de 09/09/65.
Fortaleza 20/07/2009
Presidente do CRA
Local de Expedição
Diploma do MEC UNIFOR
Registro MEC 8714
Filiação FRANCISCO SALES DE MACEDO
SONIA BURGOS DE MACEDO
RG 104393
Órgão Expedidor SSP/CE
Expedição do RG 06/03/1985
CPF 191.012.443-53
Nacionalidade BRASILEIRO
Naturalidade CRATEUS-CE
Data de Nascimento 07/02/1962

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Cartório Notarial do Brasil
AUTENTICADO
1092AF968972
AGO. 2011
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selos pagos por verba

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 3969 FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

PROPOSTA DE NORMAS PARA RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. EXPOXIÇÃO DE MOTIVOS	04
3. OBJETIVOS	05
3.1 GERAL	05
3.2 ESPECÍFICOS	05
4. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	06
5. PROGRAMA DE AMBIENTAÇÃO	06
6. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	07
7. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	08
8. BENEFICIOS	10
9. MEDICINA E SEGURANÇA NO TRABALHO	10
10. ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS E SALÁRIOS E REMUNERAÇÃO	11

SES
3967
FLS

1. INTRODUÇÃO

A Administração de Pessoas tem sofrido grandes transformações nos últimos tempos. Vindo de uma administração que tinha como objetivos rotinas de legislação trabalhista, como folha de pagamento, benefícios, e demais tarefas do departamento pessoal e até mesmo controle sobre os recursos humanos da empresa, e passando para uma administração mais humana, que além de manter suas rotinas de departamento pessoal, imprescindível para a organização e os próprios funcionários, cuida do desenvolvimento, do crescimento, do reconhecimento e envolvimento do funcionário com os objetivos organizacionais e com os seus próprios objetivos.

Diante disso, este documento norteia o processo para implantação da Política de Recursos Humanos do Hospital Dr. Eduardo Ribeiro Bahiana (Madre de Deus – BA).

2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A Administração de Pessoas é uma área bastante abrangente na vida das organizações e das pessoas que nela trabalham. Até mesmo para aquelas que trabalham em setores diversos ao das Relações Humanas, isto porque a administração de pessoas envolve uma série de fatores intrínsecos a todas as áreas da organização, onde existem pessoas, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, clima organizacional. Pois todos nós trabalhamos com pessoas e para pessoas, e necessitamos nos adaptar a elas e aos seus objetivos, sem contudo perder as nossas próprias expectativas.

Garantir a competitividade, enquanto sobrevivência no mercado em que atuam, é o maior desafio da atualidade das organizações, tendo em vista a crescente complexidade do ambiente externo traduzida sob a forma de mudanças na geo-política e na economia mundial, na corrida tecnológica e na definição de novos perfis de consumidores de bens e serviços.

Hoje os desafios são tantos, que as empresas não podem lançar mão de decisões e políticas isoladas como respostas. Em função disto, passam a buscar os caminhos que levam à compreensão holística da empresa como um conjunto de processos inter-relacionados que transformam recursos em produtos e serviços adequados aos clientes em termos de antecipação e satisfação de suas necessidades e expectativas.

Assim os recursos humanos que integram as organizações vêm sendo considerado um fator estratégico para a permanência da empresa no mercado. Diante do novo contexto empresarial, em que as pessoas são o

foco principal na criação de vantagem competitiva, o novo desafio das organizações gira em torno de como motivar e reter seus talentos.

Para que os objetivos da Instituição sejam alcançados na sua plenitude é necessário estabelecer uma competente e eficaz política de Recursos Humanos.

A proposta para uma política de recursos humanos deve ser pautada na modernização e melhoria da base organizacional do sistema de recursos humanos, bem como adotar os princípios da educação continuada nos programas de capacitação e qualificação dos colaboradores; recompor e manter o quadro de pessoal em adequadas condições de formação e atualização profissional, como suporte essencial aos objetivos de melhoria continua da vida e, melhorar e modernizar as condições de trabalho.

A política de Recursos Humanos tem como objetivo maior ser parceiro estratégico alinhando as ações desenvolvidas com os objetivos organizacionais. É caracterizada como um conjunto de princípios e regras, que orientam as decisões e conduzem as diferentes atividades da empresa. Para isso é necessário considerar os diversos subsistemas, que em articulação, permitem o desempenho eficiente do pessoal, ao mesmo tempo em que a organização representa o meio que permite às pessoas, que com ela colaboram, alcançar os objetivos individuais relacionados direta ou indiretamente com o trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Implantar Política de Recursos Humanos no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG.

3.2 ESPECÍFICOS

- Atrair e reter talentos com programas de reconhecimento e valorização interna promovendo a satisfação pessoal e profissional.
- Apoiar e facilitar os processos de mudança organizacional e de gestão de pessoas otimizando o crescimento organizacional.
- Ser o principal aliado da equipe gerencial orientando, desenvolvendo e acompanhando os processos de gestão de pessoas sempre com o foco no direcionamento estratégico corporativo.
- Investir na educação e no treinamento dos colaboradores, preparando-os para o alcance efetivo dos resultados organizacionais, buscando construir uma instituição de alta performance e socialmente responsável.
- Garantir condições adequadas de saúde e segurança dos colaboradores visando o seu bem estar pessoal e profissional.

4. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

A contratação de novos funcionários é uma das estratégias principais para atingir o perfil ideal, quantitativo e qualitativo, de profissionais para as empresa. Por este motivo, tal processo deve ser realizado de forma muito precisa.

Os insumos básicos para a política de recrutamento e seleção devem ser as competências desejadas para o desempenho dos diversos processos de trabalho, de acordo com as funções que deverão ser desempenhadas pela organização nos próximos anos. Também devem ser utilizadas para a definição desta política as necessidades quantitativas de pessoal para os diversos cargos, que podem ser detectadas pela comparação entre o quadro atual da força de trabalho e o necessário para a realização desses processos de trabalho. Tais insumos contribuirão para que sejam definidos o cronograma, o quantitativo de vagas, os cargos ofertados, as competências requeridas, o regime e a jornada de trabalho desejado.

A área responsável pela gestão de recursos humanos deve desenhar estratégias de recrutamento e seleção que garantam a oferta rápida e contínua de colaboradores competentes e qualificados, de acordo com o perfil necessário, bem como uma alocação eficiente para eles. Para tanto, o recrutamento de pessoal deve ocorrer de forma regular e escalonada, de modo a suprir as necessidades detectadas no planejamento, sem pressionar fortemente o orçamento.

A empresa adota um processo permanente e pró-ativo de atração e seleção de profissionais estabelecendo as melhores práticas de análise na identificação das competências compatíveis com os desafios organizacionais.

Todos os cargos têm um perfil definido pelos gestores, onde são ressaltadas as competências essenciais e funcionais. O recrutamento interno ou externo deve respeitar esse perfil, principalmente no que refere às competências essenciais da empresa.

5. PROGRAMA DE AMBIENTAÇÃO

A proposta do programa é promover um processo de integração para cada colaborador recém- admitido fazendo com que ele se sinta parte integrante da empresa, onde serão evidenciados os seguintes aspectos:culturais, normas, regulamentos, direitos e deveres, ética profissional,código de conduta, bem como a legislação de segurança e saúde do trabalhador.

6. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

O capital humano é a principal fonte para o crescimento organizacional. O talento individual e o trabalho em equipe constituem um grande desafio, sendo de responsabilidade de todos, gestores e colaboradores, atuando no sentido de se autodesenvolver para assegurar a competitividade organizacional.

Portanto, para estimular o desenvolvimento e o aperfeiçoamento profissional dos colaboradores a área de Recursos Humanos elabora um Plano de Educação Continuada, tendo como fundamento a avaliação de desempenho, onde são evidenciadas as deficiências técnicas e comportamentais de cada profissional.

Investimos em educação, formação e desenvolvimento das pessoas, sempre com o foco no objetivo permanente da sua qualificação e preparo para o enfrentamento de novos e maiores desafios. A busca incessante por maiores e melhores resultados pressupõe que as pessoas trabalhem de forma harmoniosa, felizes, motivadas, e sempre compreendendo que o seu crescimento virá naturalmente com o crescimento da empresa. O processo de Educação, Treinamento e Desenvolvimento se subdivide em:

Treinamentos técnicos – são aqueles voltados para capacitação dos colaboradores tendo como objetivo desenvolver habilidades específicas, técnicas e gerais. São desenvolvidos treinamentos de atendimento, higiene pessoal, segurança e medicina do trabalhador, informática, primeiros-socorros, parada cardio-respiratória, administração de medicamentos, efeito farmacológico das medicações, primeiros socorros, esterilização, curativos.

Treinamentos comportamentais – visam atender às necessidades de atualização e desenvolvimento das competências essenciais, identificadas e alinhadas a partir do direcionamento estratégico da organização. São desenvolvidos treinamentos de relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, motivação, marketing pessoal, ética, liderança, etiqueta corporativa.

Programa de desenvolvimento gerencial - visa atender as necessidades de desenvolvimento das competências para o melhor desempenho das atividades gerenciais.

Destacam-se como seus principais objetivos:

- Promover a constante disseminação dos valores organizacionais

- Desenvolver uma cultura voltada à gestão de pessoas aliada à excelência dos serviços e ao foco nos resultados;

- Garantir o número necessário de pessoas com o perfil adequado para o plano de crescimento.

No cenário atual de competitividade, os gestores devem empenhar-se em obter os melhores resultados, mas devem fazê-lo de modo que integrem as pessoas, motivem o trabalho em equipe, estimulem o crescimento contínuo de suas equipes e promova a humanização no atendimento como forma de garantir a missão da organização.

7. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Avaliação de Desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização em torno do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos empregados quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de orientação na contratação de pessoas mais adequadas, motivação, promoção, treinamento e desenvolvimento e norteia ainda, o processo de demissão. Para o funcionário, um *feedback* adequado que, se conduzido com seriedade é um fator de automotivação e reconhecimento, pois direciona para um plano de desenvolvimento profissional e conseqüentemente um maior comprometimento com a empresa.

O *feedback* tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constitui em um benefício para a organização que deseja ter funcionários comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento, a satisfação traz maior produtividade e qualidade dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e seu funcionário e este instrumento visa avaliar os seguintes fatores: conhecimento do trabalho, produção e rendimento do trabalho, ética profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito

de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal, espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O funcionário também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerencia participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os funcionários e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6 meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão entregues aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada funcionário, preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação.

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e funcionário no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o funcionário compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado juntamente com o funcionário o seu plano de desenvolvimento profissional em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O funcionário também terá uma efetiva participação neste processo, pois o mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como o seu funcionário percebe a sua gestão.

Finalmente, os resultados da avaliação são mapeados e apresentados a diretoria de cada área, aos gestores e aos funcionários, tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

8. ENEFÍCIOS

Fica a critério da empresa proporcionar benefícios de qualidade aos colaboradores visando estimular e promover o bem-estar na busca contínua do equilíbrio entre o sucesso profissional e pessoal. A empresa poderá disponibilizar os seguintes benefícios:

- Assistência Médica
- Cesta básica
- Fornecimento de material escolar
- Kit de higiene pessoal
- Cesta bebê
- Refeitório
- Fardamento
- Serviço de orientação jurídica
- Empréstimo Financeiro
- Cesta de aniversariante
- Plano Odontológico

9. MEDICINA E SEGURANÇA NO TRABALHO

O Departamento de Medicina, Saúde e Segurança ocupacional visa o bem estar biopsicossocial dos colaboradores, sua qualidade de vida no trabalho, desenvolvendo atividades fundamentadas no levantamento de riscos ambientais, contemplando também aspectos ergonômicos e organizacionais.

A área de saúde ocupacional é responsável pela promoção de programas educativos que visam à redução dos acidentes de trabalho (campanhas de acidentes perfuro-cortantes, Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT - e treinamentos *in loco*, palestras com temas relacionados à Medicina Preventiva e temas referentes ao tipo de trabalho em que atuam no dia-a-dia. A segurança no trabalho, além de um dever, é também um direito do colaborador ao ingressar na organização.

As normas de segurança seguem a legislação vigente e reforçam a responsabilidade da empresa. Busca também a conscientização dos funcionários a fim de evitar acidentes de trabalho.

Os procedimentos internos devem ser revisados periodicamente. As ações em segurança da empresa visam melhorar continuamente o ambiente de trabalho e manter a integridade física do trabalhador.

Ações de promoção da Saúde e Qualidade de Vida que devem ser desenvolvidas:



- Saúde Ocupacional
- Exames periódicos e preventivos de acordo com a função
- Programa de conscientização e acompanhamento médico
- Consultas e acompanhamentos nutricionais para estímulo alimentação saudável
- Programa coração saudável visando controles anuais de colesterol, triglicérides, peso, altura(IMC) e pressão arterial.
- Vacinação contra gripe
- Massagem terapêutica- Quick massage
- Espaço de Lazer

10. ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS E SALÁRIOS E REMUNERAÇÃO

Conhecer a remuneração como componente fundamental às estratégias de Recursos Humanos, diante do cenário de uma economia competitiva, compreendendo o processo e as técnicas básicas para a estruturação e implantação de um plano de cargos e salários; adquirir uma visão prática para o desenvolvimento e análise de descrição e especificação de cargos; fundamentos para a implantação e manutenção de uma estrutura de cargos e salários em busca de melhor aproveitamento do potencial humano da empresa e otimização dos resultados.

A Descrição de Cargos consiste em definir os papéis da equipe de trabalho na organização, suas responsabilidades, competências, habilidades e atitudes desejadas na estrutura. Esta descrição de cargos está alinhada com a avaliação de desempenho e procedimentos operacionais padrão.

A política de remuneração é definida de modo a manter-se competitiva no mercado, capaz de atrair, reter e motivar os profissionais.

Realizaremos pesquisas de mercado com segmentos da área da saúde. Os resultados da pesquisa permitem a definição de faixas salariais perfeitamente alinhadas aos valores praticados pelo mercado.

As relações com os Sindicatos e entidades de classe são mantidas e aprimoradas, com base no reconhecimento recíproco dos direitos e deveres dos empregados da organização.

PROPOSTA DE MODELO PARA RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL – HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

NOME:	CARGO:
SETOR/DEPTO:	DATA:

Este inventário lhe oferece uma oportunidade de fazer um estudo objetivo do grau e dos padrões de comunicação em suas relações interpessoais. Ele permitirá que você compreenda melhor a maneira como você se apresenta e age ao se comunicar com pessoas em seus contatos e atividades diárias.

INSTRUÇÕES:

- Ao responder as questões, considere seu relacionamento com pessoas que não sejam membros de sua família;
- Responda às questões tão rapidamente quanto puder e de acordo com o que você estiver sentindo no momento (não da maneira como você se sente usualmente ou estava sentindo na semana passada, por exemplo);
- Faça o estudo sozinho e sem conversar com seus colegas (você poderá discuti-lo depois, uma vez completado o estudo. Não altere quaisquer das respostas, pois isso fará com que o mesmo perca o seu valor;
- É imprescindível que as respostas sejam bastante honestas. Use de total franqueza, uma vez que as respostas terão caráter confidencial;
- Use os exemplos abaixo para praticar. Coloque uma marca (V) em uma das linhas à direita para mostrar como a questão se aplica ao seu caso.

É fácil para você expressar seus pontos de vista aos outros ?

( ) SIM (usualmente)
( ) NÃO (raramente)
( ) ÀS VEZES

Os outros ouvem seus pontos de vista ?

( ) SIM (usualmente)
( ) NÃO (raramente)
( ) ÀS VEZES

A coluna do "SIM" deve ser usada quando a questão pode ser respondida como: "acontece na maior parte das vezes ou usualmente".

A coluna "NÃO" deve ser usada quando a questão pode ser respondida com um "raramente" ou "nunca".

A coluna do "ÀS VEZES" deve ser assinalada quando você definitivamente não puder responder com um "SIM" ou um "NÃO". Use esta coluna o mínimo que puder.

Leia cada questão com cuidado. Se você não puder dar uma resposta exata a uma questão, responda-a da melhor forma que puder (NÃO deixe de responder a quaisquer das questões). Não há respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a maneira que você sente neste momento. E lembre-se que você não deve se referir a membros da família ao responder as questões.

QUESTÕES	SIM	NÃO	ÀS VEZES
m conversas, as palavras lhe saem como você gostaria que elas saíssem ?			
ando alguém lhe faz uma pergunta que não seja clara, você pede para a pessoa explicar o significado da mesma ?			
uando você está tentando explicar alguma coisa, as pessoas tendem a "botar alavras em sua boca" ?			
ocê simplesmente presume que a outra pessoa sabe o que você quer dizer, sem que ocê tenha que explicar o que você quer realmente dizer ?			
ocê costuma pedir à outra pessoa lhe dizer como ela se sente sobre o ponto que ocê quer provar ?			
difícil para você conversar com outras pessoas ?			
n conversa, você fala sobre coisas que são de interesse tanto para você como para outra pessoa ?			
ocê acha difícil expressar suas idéias quando as dos membros que o circundam são ontrárias às suas ?			
m conversas, você tenta se colocar no lugar da outra pessoa ?			
m conversas, você tem a tendência de falar mais do que a outra pessoa ?			
ocê está ciente de que o tom de sua voz pode afetar os outros ?			
evita dizer algo que você sabe só irá ferir os outros ou piorar as coisas ?			
ficil para você aceitar críticas construtivas de outros ?			
uando alguém fere seus sentimentos você discute o fato com a pessoa ?			
ocê se desculpa, depois, com alguém cujos sentimentos você tenha possivelmente erido ?			
fato de alguém não concordar com você o deixa "bastante" chateado ?			
ocê acha difícil pensar com clareza quando você está zangado com alguém ?			
ocê deixa de discordar de outros porque você tem medo que eles fiquem zangados ?			
uando um problema surge entre você e uma outra pessoa, você consegue discuti-lo em ficar zangado ?			
ocê está satisfeito com a maneira pela qual você resolve suas diferenças com os utros ?			
ocê fica amuado e aborrecido por muito tempo quando alguém o perturba ?			
ocê fica pouco a vontade quando alguém o elogia ?			
modo geral, você é capaz de acreditar nos outros ?			
ocê acha difícil exaltar/louvar e elogiar os outros ?			
ocê tenta deliberadamente esconder suas falhas dos outros ?			

ɔcê ajuda os outros a lhe entenderem dizendo como você pensa, sente e no que :redita ?			
' difícil para você confiar aos outros ?			
'ocê tem a tendência de mudar de assunto quando seus sentimentos entram numa .iscussão ?			
.m conversas, você deixa a outra pessoa terminar de falar antes de reagir a o que ele ;tá dizendo ?			
ɔcê nota às vezes não estar prestando atenção ?			
'ɔcê tenta ouvir procurando o significado que se quer transmitir quando alguém está alando ?			
ɔs outros parecem ouvi-lo quando você está falando ?			
.uma discussão, é difícil para você ver as coisas através dos pontos de vista da outra essoa ?			
ɔcê finge estar ouvindo a outras pessoas quando na verdade você não está ?			
n conversas, você consegue diferenciar o que a pessoa está dizendo do que ela ɔde estar sentindo ?			
ɔ falar, você procura se manter ciente de como as pessoas estão reagindo aquilo ocê está dizendo ?			
ɔcê sente que os outros desejariam que você fosse um tipo diferente de pessoa ?			
ɔ outras pessoas entendem seus (os de você) sentimentos ?			
ɔ outros costumam dizer que você sempre pensa estar certo ?			
ɔcê admite estar errado quando você sabe que você está errado sobre alguma coisa			

GABARITO

QUESTÕES	SIM	NÃO	ÀS VEZES
01	03	01	02
02	03	01	02
03	01	03	02
04	01	03	02
05	03	01	02
06	01	03	02
07	03	01	02
08	01	03	02
09	03	01	02
10	01	03	02
11	03	01	02
12	03	01	02
13	01	03	02
14	03	01	02
15	03	01	02
16	01	03	02
17	01	03	02
18	01	03	02
19	03	01	02

20	03	01	02
21	01	03	02
22	03	01	02
23	03	01	02
24	01	03	02
25	01	03	02
26	03	01	02
27	01	03	02
28	01	03	02
29	03	01	02
30	01	03	02
31	03	01	02
32	03	01	02
33	01	03	02
34	01	03	02
35	03	01	02
36	03	01	02
37	03	01	02
38	03	01	02
39	01	03	02
40	03	01	02
TOTAL DE PONTOS =>			

SEQ 399 FLS RUBRICA PROTOCOLO

40 a 58 pontos	SOFRÍVEL
59 a 83 pontos	SOFRÍVEL/ACEITÁVEL
84 a 120 pontos	ACEITÁVEL

ENTREVISTA DE SELEÇÃO

- mecanismo de defesa
- formulação de perguntas
- o controle da entrevista
- como preparar uma entrevista

ENTREVISTA DE INTEGRAÇÃO



- preparação
- recepção e apresentação
- informação e motivação
- conclusão

ENTREVISTA DE ACONSELHAMENTO

- método diretivo
- método não diretivo
- características dos 3 métodos

ENTREVISTA DE APRECIAÇÃO DO EMPREGADO

- objetivos
- tipos de entrevista

ENTREVISTA DE ORIENTAÇÃO

- sistema de orientação
- maneiras de ajudar
- tipos de orientação

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

- objetivo
- quando entrevistar
- como iniciar a entrevista
- como conduzir a entrevista

ENTREVISTA DE SELEÇÃO

É a primeira entrevista que se aplica ao candidato a emprego. Normalmente é solicitado que o candidato preencha o formulário de emprego. Devemos observar o seguinte ao iniciar a entrevista:

MECANISMO DE DEFESA

O candidato está a procura de satisfazer as suas necessidades, logo, procura formar uma cadeia de forças de auto proteção (defesa de suas fraquezas).
Seu objetivo é vender a batalha da entrevista, o candidato sente seu "eu" ameaçado pelo entrevistador, que lhe afigura como um investigador de sua vida privada.
Seu mecanismo de defesa é manipular as informações sobre si mesmo, simulando um personagem que ele não é (tende falsificar as informações). Também a sua memória tende a esquecer fatos desagradáveis, ou modificar e distorcer inconcientemente

situações passadas, tornando-as mais agradáveis e mais próprias à imagem do "eu". É por isso que deve ser norma desenvolver uma entrevista só após criado o ambiente favorável (o entrevistador deve ser cordial e sincero para obter a confiança).
Uma vez obtido o ambiente favorável, deve ser mantido durante todo o decorrer da entrevista.

FORMULAÇÃO DE PERGUNTAS
A pergunta é a principal ferramenta do entrevistador e requer anos de prática para ser perfeitamente executada (requer técnica, perfeição e treinamento), o entrevistador deve ser claramente o seu objetivo para perguntar, deve ter amplo vocabulário e saber usar as palavras em precisão.
Antes de perguntar é preciso saber o que e até onde se deseja medir. A linguagem do entrevistador deve estar à altura do candidato (não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem de entrevistador deve estar à altura do candidato (não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem simples junto ao candidato superior).

O CONTROLE DA ENTREVISTA
Embora deva ser espontânea, deve-se ter algum controle para evitar que o candidato fale livre e caoticamente desperdiçando tempo.
A entrevista dirigida é o termo médio da duas, e evita os excessos das mesmas. Segue esquema mas permite ao candidato grande mobilidade e liberdade de expressão. O tempo na entrevista é um dos fatores a controlar. Deve-se consultar o relógio discretamente. Alguns estudos de tempo de entrevista mostraram.

- 100 minutos è entrevista psicológica com candidatos complexos
- 30 minutos è entrevista casos simples com candidatos nível médio
- 5 minutos è entrevista preliminar ou de triagem

Durante a entrevista recebemos dois tipos de informação: descritiva e valorativa.
A primeira geralmente é digressão ou estória. A segunda, permite penetrar no passado do candidato (experiência de chefia, maturidade emocional, sua prática no grupo).

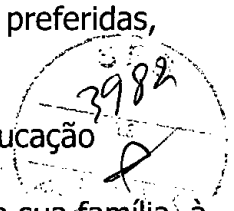
COMO PREPARAR UMA ENTREVISTA

- obtenha a descrição e análise da função para o qual vai selecionar;
- observe problemas dessa função (turnover, cooperação, tipo de supervisão, disciplina, etc.);
- prepare um esquema de desenvolvimento (tempo por assunto);
- elabore perguntas analíticas e descritivas (não pergunta tipo "sim e não");
- mantenha a entrevista sob controle: não permita divagações do candidato nem fale (você) mais de 10% do tempo.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- histórico profissional - 40% do tempo - avalie por ordem cronológica a história profissional do candidato, observando: progresso nos conhecimentos, habilidades, gostos, aversões e fracassos.

- histórico educacional - 20% do tempo - avalie por ordem cronológica a formação cultural e o treinamento, observando orientação vocacional, matérias preferidas, tipo de vida social na escola, atividades extracurriculares.
- histórico familiar - 20% do tempo - avalie os antecedentes familiares, temperamento e caráter dos pais, status sócio-econômico, tipo de educação recebida, como passou a infância, adolescência e juventude.
- ajustamento social atual - 20% do tempo - avalie o homem em face a sua família, à sociedade e a determinados grupos sociais, políticos e religiosos, sua classe social, estabilidade econômica e atividades associativas.



ENTREVISTA DE INTEGRAÇÃO
O grupo de trabalho é uma pequena sociedade e logicamente o novo funcionário sente-se como um "vizinho novo", não basta apresentar o novato ao grupo.
É preciso sensibilizar os sentimentos do novato. Tanto supervisor quanto colegas tem responsabilidade pela sua adaptação.
A entrevista de integração ocorre com a cooperação das pessoas que recebe o novato, e do supervisor sob cujas ordens irá trabalhar.

PREPARAÇÃO
Prepara-se para receber o novato.

RECEPÇÃO E APRESENTAÇÃO

- receba-o com cordialidade (não esqueça seu nome);
- apresente-o ao supervisor;
- o supervisor apresentá-lo-á ao tutor e colegas;
- mostre-lhe seu lugar, equipamentos e instalações.

INFORMAÇÃO E MOTIVAÇÃO

- fale da seção;
- fale das normas e regulamentos da empresa;
- fale das tarefas e funções;
- fale dos contatos que terá fora da seção;
- fale das facilidades, benefícios e oportunidades.

CONCLUSÃO
Coloque-o em serviço sob a orientação do tutor.

ENTREVISTA DE ACONSELHAMENTO
Há 2 métodos: Método diretivo e Método não diretivo.

MÉTODO DIRETIVO
Neste o conselheiro assume a iniciativa da condução da entrevista.
Ocorrem as seguintes condições:

- o aconselhamento está desamparado ou em desespero, e precisa de apoio antes de tomar decisão;
- o aconselhado evidencia incapacidade de iniciar a entrevista;
- o conselheiro pode e deve assumir a maior parte da responsabilidade do procedimento a seguir;
- os fatos e soluções são claros;
- o aconselhado pode e deve aceitar os resultados da entrevista e não perderá as próprias possibilidades de auto-direção.



MÉTODO NÃO DIRETIVO
Neste método a responsabilidade pela condução da entrevista cabe ao aconselhado. Ocorre nas seguintes condições:

- o aconselhado está sob forte tensão;
- o aconselhado tem vários bloqueios afetivos que o impedem de analisar racionalmente;
- o conselheiro é altamente capacitado no uso deste método;
- a solução requer que o aconselhado assuma considerável responsabilidade para decisão e ação;
- as prováveis causas das dificuldades são obscuras e complicadas.

CARACTERÍSTICAS DOS 2 MÉTODOS
No método diretivo o conselheiro assume grande responsabilidade pela solução, colhe informações, analisa as dificuldades e formula a solução (junto com o aconselhado). Registra a entrevista e acompanha o caso.
No método não diretivo o aconselhado procura o conselheiro, tenta passar a responsabilidade ao conselheiro (que o devolve). O aconselhado aceita a responsabilidade solver o problema ou foge à situação. Se aceitar, o conselheiro explica-lhe que a situação do aconselhamento lhe dá oportunidade de resolver o problema com assistência.

ENTREVISTA DE APRECIAÇÃO DO EMPREGO
Quando existe um plano de avaliação de empregado através de entrevistas, a habilidade do entrevistador é ponto chave para o sucesso do plano. A habilidade de entrevistar do supervisor é um requisito essencial do bom chefe. O tipo de entrevista que se conduz também é a base do sucesso.
As entrevistas de avaliação tem os seguintes objetivos:

- lembrar ao subordinado sua posição e função;
- reconhecer seu bom trabalho;
- comunicar-lhe os pontos em que pode melhorar;
- desenvolve-lo nos trabalhos atuais e para funções mais elevadas;
- mostrar-lhe em que direções pode progredir na empresa;
- posicionar o empregado dentro do organograma;
- aconselhar o empregado e lembrá-lo que deve progredir.

Nem sempre se consegue todos esses objetivos ao mesmo tempo. Normam Mayer no seu livro "The appraisal Interview" propõe 3 tipos de entrevista de apreciação:

SES 3984 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Método de dizer e vender: O supervisor faz um diagnóstico da situação e propõe um remédio. O supervisor fala o tempo todo.
Método de dizer e ouvir: O supervisor comunica ao empregado a avaliação feita dele e provoca a sua resposta. Mostra-lhe os seus pontos fracos e fortes, explora os sentimentos do funcionário e age como conselheiro e juiz. O supervisor fala menos.
Método de resolver problemas: É o mais livre e não diretivo. O supervisor deixa o papel de persuasor ou juiz para ser apenas uma ajuda. O supervisor não delimita a área ou natureza dos problemas discutidos, não oferece remédio nem soluções, apenas procura estimular pensamentos.

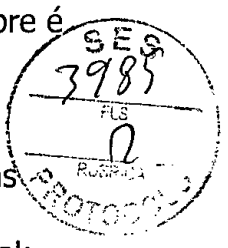
ENTREVISTA DE ORIENTAÇÃO
Parece ter sido iniciada na Western Eletric Co Americana, que melhorou a situação dos empregados introduzindo um sistema de orientação, estabelecendo uma relação de um (entre) - orientador para cada 300 operários.
Para instituir o sistema precisam medidas preventivas (Ex.: boas remunerações, promoções adequadas, condições físicas do trabalho, etc.).
Há 2 maneiras de ajudar o indivíduo em dificuldade:

- conhecer o meio ambiental em que vive (família, empresa, comunidade, etc.) e recomendar a solução;
- desenvolver no indivíduo a capacidade de resolver seus próprios problemas (processo de orientação).

Dentro do processo de orientação, há 2 formas de agir (tipos):
Orientação à moda antiga:
O orientador escolhe os objetivos e intervém na vida particular do indivíduo, embora usando frases dissimuladas como "se eu fosse você", "eu penso que você deveria", "eu gostaria de sugerir que". Estes conselhos eram completados com ordens e proibições, obtenção de confissão e arrependimento, além da admoestação quando o empregado incorra em falta.
Orientação à moderna:
O objetivo não é resolver um certo problema, mas fazer o indivíduo amadurecer de modo a poder cuidar dos problemas atuais e futuros. Este método se baseia na tendência individual para o crescimento e ajustamento.

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO
Objetivo:
Obter informações com relação à seleção, treinamento, moral e relações humanas, comunicações e supervisão.
Deve ser feita tanto nos casos de afastamento voluntário como nos de demissão (alguns casos).
Quando entrevistar:
No dia em que o empregado manifestar vontade de sair (dias antes do desligamento). Isto possibilita recuperar alguns bons empregados. É preciso avisar que o resultado da entrevista não afetará pagamento, carta de referência ou futuras referências.
Como iniciar a entrevista:
" Nossa entrevista tem o objetivo de melhorar o RH, por isso daremos valor a qualquer idéia que contribua".
Evitar, críticas ao funcionário e aceitar críticas e sugestões. Não pode dar conselhos. Adiar a entrevista se o empregado estiver hostil.

Como conduzir a entrevista:
Deixe as reclamações aparecerem (penetrar mentalmente a queixa, que nem sempre é real). Outras vezes nem tudo é dito, ficando parte subentendido.



- ouça com atenção e tente obter todos os fatos;
- faça perguntas do tipo: O que faz ? O que acha do trabalho ? Como são suas relações com colegas e chefe ? Que acha do colegas ? E da empresa ?
- faça o funcionário resumir novamente a situação e fazer uma apreciação final;
- preencha um formulário ou relatório da entrevista (se possível frente ao funcionário). Obtenha o consentimento do funcionário pelo que foi escrito e se possível que assine.

MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE FUNCIONÁRIO EM PERÍODO DE EXPERIÊNCIA

FINALIDADE:

" Um funcionário mal selecionado e mal integrado, com certeza, terá uma vida curta na empresa " .

Não é interessante à administração da empresa, que o funcionário tenha uma vida curta, pois para admiti-lo a empresa teve várias despesas, tais como: despesas de recrutamento, de seleção, de admissão, de adaptação do novo funcionário, etc.

Cabe todo o profissional de Administração de Pessoal, fazer um "feed-back" (reavaliação) no seu processo de integração de um novo funcionário.

MODELO

NOME DO FUNCIONÁRIO:		
CARGO:	SETOR:	DATA:
01.	Ao ingressar na empresa você recebeu informações com relação às normas internas ? ( ) sim ( ) não De quem ?	

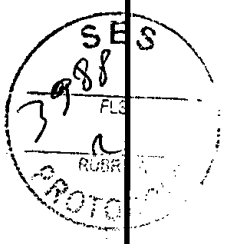
	Essas informações foram: ( ) suficientes ( ) insuficientes Se insuficientes, faltaram: ( ) informações de ordem técnica ( ) informações de ordem administrativa Quais ?
02.	Você recebeu ou recebe algum treinamento/ou orientação para executar seu trabalho ? ( ) sim ( ) não De quem ? Essa orientação foi: ( ) suficiente ( ) insuficiente Se insuficiente, o que faltou ?
03.	Você apresentou dificuldades para adaptar-se ao ambiente de trabalho ? ( ) sim ( ) não Quais ? Você acredita que sua adaptação está sendo: ( ) rápida ( ) lenta ( ) regular
04.	Como é o seu relacionamento com seus colegas ? () ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim Relacionamento com chefe imediato: ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim
05.	Quanto ao seu desempenho: ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim

SES 398 PROT

06.	Quando você tem alguma dúvida ou dificuldades no trabalho, qual é sua atitude ? ( ) resolve sozinho ( ) solicita ajuda ao colega ( ) dirige-se ao chefe imediato ( ) nunca pede ajuda E como você é atendido(a):
07.	No seu grupo de trabalho: ( ) existe cooperação espontânea ( ) não existe cooperação ( ) existe cooperação quando solicitado
08.	Você está desempenhando seu trabalho conforme o método já utilizado pela empresa ou criou seu próprio método ? No segundo caso, houve maior rendimento ? ( ) sim ( )não Justifique:
09.	Seu chefe mantém diálogo com você a respeito de seu trabalho, permitindo-lhe expor suas idéias, dificuldades, etc. ? ( ) sim ( ) não Se não, por que você acha ?
10.	Em que você adaptou-se mais facilmente ? No que foi mais difícil sua adaptação ?
11.	Você está satisfeito com o trabalho que executa ? ( ) sim ( ) não Se não, por quê ?
12.	Em que, a Administração de Pessoal poderia auxiliá-lo(a) ?
13.	Tem alguma crítica ou sugestão a fazer em relação a empresa ?
	(assinatura do funcionário)

ANEXO

MODELO DE CARTA DIRIGIDA AO FUNCIONÁRIO



Local e data

Prezado(a)

Funcionário(a)

Ref.: " ACOMPANHAMENTO DE FUNCIONÁRIO NA EXPERIÊNCIA "

Anexo à presente, estamos encaminhando um questionário para que você responda à Administração de Pessoal/Recursos Humanos.

O nosso objetivo é saber de como está se sentindo nesta NOVA CASA de trabalho.

Nossa meta principal é dar-lhe o melhor aconselhamento durante a sua vida profissional na empresa.

Portanto, procure identificar-se e ser tão objetivo, sincero e honesto, quanto lhe for possível, retratando fielmente as perguntas. Pois, este documento de avaliação será de grande importância para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.

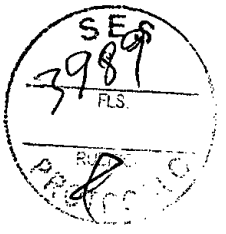
Leia com atenção e responda a todas as perguntas. Posteriormente, entregue ao Depto. de Administração de Pessoal, aos cuidados do Sr. ... no prazo máximo de 5 dias.

Caso haja alguma dúvida nas respostas, procure entrar em contato com o ramal interno nº ... ou ainda pessoalmente, mediante autorização do seu superior hierárquico.

Gratos pela colaboração.

Atenciosamente,

Administração de Pessoal.



MODELO DE CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ..., com sede em ... à Rua ..., nº ..., doravante designada EMPREGADORA e ..., portador da CTPS nº ... série ..., a seguir chamado apenas EMPREGADO, e celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições a seguir especificadas:

1. Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para exercer as funções de ..., mediante a remuneração de R$ ... por mês (ou por hora).

A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2. O horário de trabalho será anotado na sua ficha de registro e a eventual redução da jornada, por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre íntegra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário que lhe for determinado, observando o limite legal.

3. Obriga-se também o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA, na forma prevista em lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com o acréscimo legal, salvo a ocorrência de compensação, com a conseqüente redução da jornada de trabalho em outro dia.

4. Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho isto é, tanto durante o dia como a noite, desde que sem simultaneidade, observadas as prescrições legais reguladoras do assunto, quanto à remuneração.

5. Fica ajustado nos termos do que dispõe o § 1º do art. 469, da Consolidação das Leis do Trabalho, que o EMPREGADO aceitará ordem emanada da EMPREGADORA para a prestação de serviços tanto na localidade de celebração do Contrato de Trabalho, como em qualquer bairro ou cidade, capital ou território nacional, quer essa transferência seja transitória, quer seja definitiva.

6. No ato da assinatura deste contrato, o EMPREGADO recebe o Regulamento Interno da Empresa cujas cláusulas fazem parte do Contrato de Trabalho, e a violação de qualquer delas implicará em sanção, cuja graduação dependerá da gravidade da mesma, cominando com a rescisão do contrato por justa causa.

7. Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA, autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo, o qual fará, com

25
SES
399
FLS

fundamento no parágrafo único do art. 462 da CLT, já que essa possibilidade fica expressamente prevista em contrato.

8. O presente contrato, tem início a partir de __/__/__ e término no dia __/__/__, sendo celebrado para as partes verificarem reciprocamente, a conveniência ou não de vincularem em caráter definitivo a um contrato de trabalho. A empresa passando a conhecer as aptidões do EMPREGADO e suas qualidades pessoais e morais; o EMPREGADO verificando se o ambiente e os métodos de trabalhos atendem à sua conveniência.

9. Na hipótese deste ajuste transformar-se em contrato de prazo indeterminado, pelo decurso do tempo, continuarão em plena vigência as cláusulas de 01 a 07, enquanto durarem as relações do EMPREGADO com a EMPREGADORA.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam o presente Contrato de Experiência em 2 vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

São Paulo __/__/__

(assinatura - empregadora)

(assinatura - empregado)

(assinaturas de 2 testemunhas)

TERMO DE PRORROGAÇÃO:

Por mútuo acordo entre as partes, fica o presente contrato de experiência, que deveria vencer nesta data, prorrogado até __/__/__.

(assinatura - empregadora)

(assinatura - empregado)

(assinaturas de 2 testemunhas).

-

-

42

ANOTAÇÕES NA CTPS

Na página de "Anotações Gerais" da CTPS, deverá ser transcrito ou carimbado, com o seguinte termo:

" Em __/__/__ foi firmado o Contrato de Experiência pelo prazo de ... dias, conforme documento em nosso poder, tendo-se o término no dia __/__/__, podendo ser prorrogado por mais ... dias. "

(local e data)

(carimbo e assinatura da empresa).

" Em __/__/__, o Contrato de Experiência firmado em __/__/__, foi prorrogado por mais ... dias, tendo-se o término em __/__/__, "

(local e data)

(carimbo e assinatura da empresa).

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

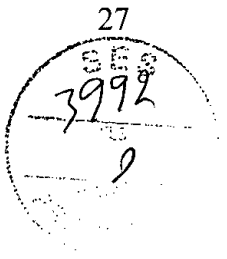
Denomina-se contrato de experiência, aquele destinado a permitir que a empresa, durante um certo tempo, verifique as aptidões do empregado, tendo em vista a sua contratação por prazo determinado.

O prazo que a empresa tem para avaliar suas aptidões é de 90 dias no máximo, podendo ser prorrogado apenas uma só vez respeitado o limite de 90 dias.

Portanto, na hipótese em que o empregado está sendo readmitido na mesma função e tendo trabalhado como temporário e posteriormente efetivado, não cabe nessa situação o contrato de experiência, uma vez que o empregador teve a sua oportunidade de conhecer suas aptidões no serviço.

Algumas empresas desinformadas chegam mesmo a acreditar que é desnecessária a anotação na CTPS e registro, durante o período de experiência.

O empregado, para fazer o período experimental, tem que ser registrado, sua CTPS deve ser anotada, pois do contrário, não poderá aplicar a legislação pertinente aos contratos por prazo determinado. Cabe aí, então, o pagamento de todas as verbas rescisórias, garantindo-se a estabilidade e o aviso prévio, inclusive.



CLÁUSULAS DO CONTRATO

Via de regra, quanto mais detalhada e mais alternativas forem transcritas no contrato, menos problemas haverão no futuro.

O artigo 468 da CLT, cita o seguinte:

" Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, ainda assim, desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia. "

m, para efeito de alteração contratual, as hipóteses não previstas no contrato estarão subordinadas à anuência do empregado, e ainda desde que não acarretem prejuízos ao empregado.

Basicamente o contrato deverá conter:

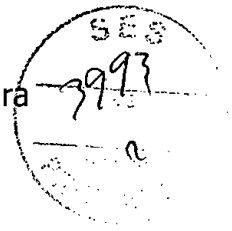
- tipo de trabalho a ser prestado;
- local de trabalho;
- transferência entre empresas;
- jornada de trabalho;
- remuneração;
- danos;
- natureza do contrato;
- testemunhas;
- e outros, de acordo com a particularidade de cada empresa.

MODELO DE CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO INDETERMINADO

MODELO

A empresa ... , de um lado aqui chamada EMPREGADORA, e de outro lado, Sr(a) ..., chamado EMPREGADO, portador da CTPS nº ... série ..., ajustam o presente contrato por prazo indeterminado, regendo pelas seguintes cláusulas a seguir:

01. A empregadora admite o empregado para exercer a função de ..., mediante o salário de R$ ... por ... .



02. A duração do trabalho será de ... horas diárias, com intervalo de ... horas, para alimentação e descanso.

03. Fica facultado à empregadora fazer o empregado trabalhar em regime de revezamento, ou em horário misto, ou só a noite, conforme o interesse e necessidade da produção, bem como o trabalho em horas extraordinárias, quando a necessidade assim o exigir.

04. O empregado aceita como condição deste contrato fazer a sua prestação de serviço em qualquer seção ou estabelecimento, sem ônus para a empregadora, mesmo sendo em outro município.

05. O empregado obriga-se ainda a trabalhar sempre que for solicitado pela empregadora, em horário prorrogado ou compensado, observados os preceitos legais.

06. Independentemente das sanções disciplinares cabíveis, de acordo com a gravidade, o empregado responderá civilmente por quaisquer danos e prejuízos que, direta ou indiretamente, por culpa ou dolo, causar a empregadora ou a terceiros, ficando esta, desde já, autorizada a ressarcir-se mediante desconto em folha de pagamento, do valor total apurado.

07. O empregado obriga-se a respeitar o regulamento interno da empregadora, do qual tomou ciência e cujos termos aderimos a este contrato.

08. Fica estabelecido que todos os aumentos salariais concedidos pela empregadora, à título de liberalidade, podem ser compensados com os aumentos ou abonos de qualquer natureza, bem como os determinados pelos dissídios coletivos ou individuais.

E por estarem justos e contratados, assinam o presente em 2 vias de igual teor, após lidas e achadas conformes, diante das testemunhas que a tudo foram presentes.

Local e data.
(carimbo e assinatura da empresa)
(assinatura do empregado)
(responsável pelo menor)
(testemunhas)

CLÁUSULAS DO CONTRATO

Via de regra, quanto mais detalhada e mais alternativas forem transcritas no contrato, menos problemas haverão no futuro.

O artigo 468 da CLT, cita o seguinte:

" Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, ainda assim, desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia."

Assim, para efeito de alteração contratual, as hipóteses não previstas no contrato estarão subordinadas à anuência do empregado, e ainda desde que não acarretem prejuízos ao empregado.

Basicamente o contrato deverá conter:

- tipo de trabalho a ser prestado;
- local de trabalho;
- transferência entre empresas;
- jornada de trabalho;
- remuneração;
- danos;
- natureza do contrato;
- testemunhas;
- e outros, de acordo com a particularidade de cada empresa.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

FINALIDADE:

Durante o período experimental do novo funcionário, procura-se encaminhar ao responsável pelo setor de trabalho a fim de verificar e acompanhar o desempenho do novo funcionário.

Esta ficha de avaliação é de extrema importância, pois ela revelará, a eficiência ou ineficiência dos serviços da Administração de Pessoal.

MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

FUNCIONÁRIO:		CHAPA/REGISTRO:
CARGO:	ADMISSÃO:	SETOR:
SUPERIOR IMEDIATO:	CARGO:	

SES
395 FLS.
ROTC

INSTRUÇÕES:	
01	Esta ficha constitui a primeira avaliação de desempenho do novo funcionário. Do seu resultado depende a sua contratação ou desligamento definitivo da empresa.
02	Ao dar sua opinião, procure ser objetivo e imparcial, analisando o desempenho do funcionário durante o período da experiência e suas possibilidades de vincular-se definitivamente à empresa.
03	Escolha apenas uma frase de cada item, assinalando-a com um "X".
04	Caso as frases não correspondam às características do seu novo funcionário, ou estejam incompletas, assinale a que mais se aproximar, fornecendo maiores explicações no espaço reservado a "observações".
05	Observe a data de devolução, que é de 5 dias.

ADAPTAÇÃO NO TRABALHO: É a reação do recém-admitido diante do tipo de trabalho e características administrativas da empresa.	
	tem feito o possível para integrar-se não só ao próprio trabalho, como também às características da empresa.
	precisa modificar radicalmente suas características pessoais para conseguir integrar-se ao trabalho e aos requisitos administrativos da empresa.
	mantém um comportamento oposto ao solicitado para o seu cargo e demonstra ter sérias dificuldades de aceitação das características da empresa.
	está plenamente identificado com as atividades do seu cargo, e integrou-se perfeitamente às normas da empresa.
	Obs.:

INTERESSE: É o entusiasmo demonstrado frente ao trabalho.	
	parece vivamente interessado por seu novo emprego.
	dá a impressão de ser um funcionário que no futuro necessitará de constante estímulo para poder interessar-se por seu trabalho.
	é indiferente, apresentando uma falta total de entusiasmo e vontade de trabalhar.
	apresenta um entusiasmo adequado, tendo em vista o seu pouco tempo de casa.
	Obs.:

RELACIONAMENTO SOCIAL: É o maior ou menor facilidade de integração ao grupo de trabalho.

QR 10577

	sente-se perdido entre os colegas, parece não ter sido aceito pelo grupo de trabalho.
	entrosou-se bem com os demais, foi aceito sem resistência.
	apresentou grande habilidade em conseguir amigos, mesmo com pouco tempo de casa, todos já gostam muito dele.
	está fazendo muita força para conseguir maior integração social com os colegas.
	Obs.:

CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM: É a facilidade com a qual consegue perceber pontos importantes daquilo que lhe está sendo ensinado.	
	está conseguindo aprender o que lhe foi ensinado à custa de grande esforço pessoal, necessário repetir-se a mesma coisa várias vezes.
	parece especialmente habilitado para o cargo em que está, tem facilidade para aprender, permitindo-lhe executar sem falhas.
	parece adequado para o cargo ao qual foi encaminhado, aprende suas tarefas sem problemas.
	é tão fácil compreender o que lhe estão ensinando que parece não ter a mínima capacidade para o trabalho.
	Obs.:

INFORMAÇÕES GERAIS:	
01	Qual o aspecto mais favorável do funcionário ?
02	Qual o aspecto que mais prejudica o funcionário ?
03	Que orientação deverá ser dada ao funcionário para corrigir-se ?
04	De maneira geral, como o funcionário pode ser classificado ? ( ) fraco ( ) constitui elemento com boas possibilidades futuras ( ) tem possibilidades rotineiras ( ) trata-se de excelente aquisição para a empresa
05	SÍNTESE: ( ) demitir ( ) efetivar ( ) encaminhá-lo para o treinamento
	LOCAL E DATA (assinatura do superior imediato)



MODELO 2 DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

FICHA INDIVIDUAL DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO			CHEFIAS
( ) 1º TRIMESTRE	( ) 2º TRIMESTRE	( ) 3º TRIMESTRE	( ) 4º TRIMESTRE
FUNCIONÁRIO			ADMISSÃO
CARGO		DEPTO	

Instruções:

- Preencha a ficha à tinta e em letra de forma;
- Ao avaliar, considerar o desempenho do funcionário dentro dos requisitos do cargo;
- Em relação a cada fator, avaliar estabelecendo comparações entre os funcionários que exerçam o mesmo cargo, assinalando com "x" a alternativa mais adequada ao desempenho do avaliado.
- Avaliar cada fator com suas alternativas de maneira cuidadosa, não permitindo que o conceito emitido em um fator, influencie nos demais.
- Confira e assine a Ficha de Avaliação. Feito isto, leve a apreciação do seu superior, encaminhando posteriormente, em envelope lacrado ao Departamento Recursos Humanos.

LIDERANÇA

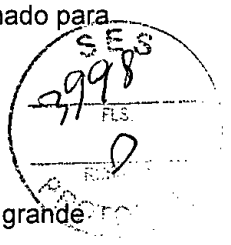
Capacidade caracterizada pela forma como mantém sua autoridade e como se interessa pelos seus subordinados.

Não chega a apresentar problemas como superior, mas é demasiadamente liberal com os seus subordinados.

Faz valer plenamente a sua autoridade e a mantém com facilidade e, sua área funciona muito bem.

Sua supervisão gera problema de insatisfação entre o seu pessoal, influindo decididamente na qualidade e quantidade de trabalho.

Algumas vezes não consegue controlar seus subordinados, revelando que precisa ser treinado para melhorar a sua supervisão.



CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO

Avaliar a habilidade no controle do trabalho de sua área.

Não tem idéia aproximada da capacidade de produção de seus subordinados, provocando grande variação na carga de trabalho. Precisa se organizar mais.

Conhece muito bem as possibilidades de seu pessoal e consegue manter a produção sem acúmulos de trabalho. Tudo corre normalmente.

Conhece as reais possibilidades de trabalho de seu pessoal e consegue manter a produtividade acima do normal, programando e distribuindo adequadamente o trabalho.

Não tem nenhuma idéia sobre quando e como contar com o seu pessoal. Apresenta um trabalho desorganizado e em ritmo irracional.

INICIATIVA

Avaliar a segurança que demonstra nas suas decisões, aliada a convicção com que as coloca em prática.

Apresenta boas soluções para os problemas de sua área, mas demonstra certa insegurança ao colocá-las em prática.

Resolve sempre de maneira correta os problemas de sua área e tem facilidade para colocar adequadamente, suas idéias em prática.

Desenvolve apenas o trabalho de rotina e tem sérias dificuldades em orientar os seus subordinados na resolução dos problemas funcionais.

Tem capacidade para chegar às conclusões teóricas, mas tem real impossibilidade em tomar iniciativas práticas.

CONHECIMENTO DO TRABALHO

Avaliar o conhecimento e a compreensão dos princípios básicos, teóricos e práticos do trabalho.

O conhecimento prático que possui de sua área é insatisfatório. Parece trabalhar por tentativas e de maneira confusa.

Possui bom conhecimento prático de sua área e conhece satisfatoriamente, suas ligações com as demais áreas.

Reúne profundos conhecimentos práticos e teóricos do seu trabalho. Possui perfeita noção de importância dos trabalhos de sua área e de sua ligação com as demais áreas.

Conhece bem a sua área, mas não conhece a sua ligação com as demais. Seu conhecimento é apenas prático.

JULGAMENTO DE SUBORDINADOS

Avaliar o interesse e a objetividade ao julgar seus subordinados, levando em conta a imparcialidade.

Avalia seus subordinados com honestidade e espírito de justiça, pois conhece-os muito bem. Sua imparcialidade é reconhecida.

Dá a devida importância a avaliação de desempenho de seus subordinados. Seu julgamento é satisfatório.

O interesse demonstrado pela avaliação de desempenho de seus subordinados é apenas relativa e apresenta algumas falhas.

É totalmente indiferente quanto à importância de avaliação de seus subordinados.

PLANEJAMENTO

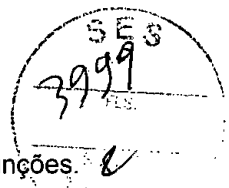
Capacidade de elaboração do trabalho de preparação para qualquer empreendimento, para se atingir os objetivos traçados pela empresa.

Não tem capacidade de elaboração e preparação de planos que objetivem metas futuras, despendendo muito tempo.

Elabora e prepara com relativa perfeição os planos, adequando-os aos objetivos da empresa.

Possui noção de elaboração e preparação de planos, mas devido o seu nível de conhecimento requer acompanhamento.

Elabora e prepara com perfeição os planos dentro dos objetivos traçados pela empresa.



DEDICAÇÃO À EMPRESA

Avaliar o grau de dedicação. Relacionado com a confiança que inspira no desempenho de suas funções.

Está constantemente preocupado com a importância da empresa e em preservar a sua boa imagem, podendo lhe delegar qualquer missão que exija confiança.

Não se interessa pelos resultados de seu trabalho para a empresa. Seu real interesse pode ser colocado em dúvida.

Não se pode confiar inteiramente. Atribui importância ao trabalho até certo ponto, desde que não exija dele dedicação especial.

É dedicado ao trabalho e procura atender aos interesses da empresa, portanto, merece confiança.

PRODUTIVIDADE

Examinar o rendimento alcançado pelo funcionário em sua área, relacionado com a produtividade esperada.

Esforça-se para atingir níveis de produtividade previstos, mas precisa melhorar a distribuição de seu pessoal para aumentar sua quantidade de trabalho.

A perfeita distribuição das tarefas proporciona sempre uma produtividade acima da esperada.

Atende aos níveis de produtividade esperada e esforça-se pela distribuição adequada de seu pessoal.

Há execesso de horas extras em sua área e, constantemente, reclama por reforço de pessoal. Nunca está em dia com a produção.

DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Avaliar a preocupação no desenvolvimento técnico e cultural de seus funcionários.

Tem noção da importância do desenvolvimento técnico e cultural do seu pessoal mas acha que, por ora, é suficiente os recursos humanos que dispõe.

Está constantemente se empenhando no desenvolvimento técnico e cultural de seu pessoal.

Se empreende no desenvolvimento técnico e cultural de seu pessoal, levado pelas situações imprevistas.

Não dá importância e não se interessa pelo desenvolvimento técnico e cultural de seu pessoal.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Qual o conceito que você atribuiria ao seu funcionário ?

Excelente.
Bom.
Médio
Médio inferior.
Insuficiente.

De acordo com a avaliação feita, indicar mediante justificação, o procedimento a ser adotado com o avaliado.

Permanecer no cargo atual: ...
Transferir para: ....
Outros procedimentos: ...

Avaliador: ...
Data: ...

MODELO DE ESCALA DE REVEZAMENTO

SES 1008 FLS. PROTOCOLO

EXEMPLO: 5 x 1

EMPRESA: ENDEREÇO: MUNICÍPIO/UF:			ESCALA DE REVEZAMENTO 1ª QUINZENA: (mês/ano) SETOR/DEPTO.:							VISTO DA FISCALIZAÇÃO							
ORD.	EMPREGADOS	HORÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª
01	José da Silva	A	F						F						F		
02	Joaquim Silvério	B		F						F						F	
03	João de Souza	C			F						F						F
Obs.: (assinatura da empresa)																	

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4001
FLS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

PROPOSTA DE REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESCALA DE TRABALHO
LIMPEZA

mai/11

MAT.	NOME	SETOR	H/D	2 S	3 T	4 Q	5 Q	6 S	7 S	8 D	9 S	10 T	11 Q	12 Q	13 S	14 S	15 D	16 S	17 T	18 Q	19 Q	20 S	21 S	22 D	23 S	24 T	25 Q	26 Q	27 S	28 S	29 D	30 S	31 T
1768	mmmmmmmmmmmmmmmmm	SUPERVISORA	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2082	nnnnnnnnnnnnnnnnn	SUPERVISORA	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2231	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	HORMÔNIO	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2013	nnnnnnnnnnnnnnnnnnn	HORMÔNIO	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2210	mmmmmmmmmmmmmmmmm	POSTO-1	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1909	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	POSTO-1	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1381	wwwwwwwwwwwwww	POSTO 1	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2278	nnnnnnnnnnnnnnnnn	POSTO-1	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
1841	mmmmmmmmmmmmmmmmm	COLETADOR	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
1920	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	COLETADOR	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1793	wwwwwwwwwwwwww	POSTO 2	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2099	nnnnnnnnnnnnnnnnnnn	POSTO 2	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2262	mmmmmmmmmmmmmmmmm	POSTO-2	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2175	wwwwwwwwwwwwww	POSTO 2	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1954	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	PEDIATRIA	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1557	Ferista	PEDIATRIA	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
1820	nnnnnnnnnnnnnnnnn	UTI	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
*	mmmmmmmmmmmmmmmmm	UTI	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2054	wwwwwwwwwwwwww	POSTO-4	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2272	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	POSTO-4	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
1788	wwwwwwwwwwwwww	POSTO-4	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
*	Ferista	POSTO 4	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	•										
797	wwwwwwwwwwwwww	POSTO-5	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1338	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	POSTO-5	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
*	Ferista	POSTO 5	*	D	D	D	D	D	M	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D
1772	wwwwwwwwwwwwww	PREVENÇÃO	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2112	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	PREVENÇÃO	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
*	Novato	PREVENÇÃO	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D
2066	wwwwwwwwwwwwww	CC	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
741	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	CC	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
1763	wwwwwwwwwwwwww	RXT	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2057	wwwwwwwwwwwwww	RXT	F	TN	TN	TN	TN	TN	F	P	TN	TN	TN	TN	TN	P	F	TN	TN	TN	TN	TN	F	P	TN	TN	TN	TN	TN	P	F	TN	TN
2252	wwwwwwwwwwwwww	RXT	P	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2029	wwwwwwwwwwwwww	RXT	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D
1773	wwwwwwwwwwwwww	TÉRREO	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
*	Ferista	TÉRREO	•											P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
1512	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	ANEXO	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2028	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	ANEXO	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2121	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	ANEXO	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2230	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	ANEXO	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F

mmmmmmmmmmmmmmmmm
GERENTE DE LIMPEZA

ESCALA DE TRABALHO

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

mai/11

MAT.	NOME	SETOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T
353	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	ANEXO	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1435	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	ANEXO	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1696	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	ANEXO	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2247	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	ANEXO	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2009	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	CENTRAL DE RES.	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2060	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	CENTRAL DE RES.	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
2034	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	SR	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
874	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	SR	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
*	Ferista	UIC	*	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1910	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	UIC	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1987	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	NUTRIÇÃO	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D
2062	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	JARDIM	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D	D	D	D	F	M	D	D	D	D	D	M	F	D	D
1819	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	RADIOLOGIA	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1822	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	RADIOLOGIA	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
308	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	ADMINISTRAÇÃO	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D
2052	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	NOITE	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
2208	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	NOITE	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
2209	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	NOITE	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
2030	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	NOITE	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
2261	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	NOITE	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
1379	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	NOITE	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
1915	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	NOITE	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
1845	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	NOITE	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
1274	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	NOITE	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
2036	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	NOITE	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
1271	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	NOITE	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
1634	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	NOITE	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
1699	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	FÉRIAS	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	FÉRIAS																			
1439	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	FÉRIAS	FÉRIAS																			P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
2031	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	FÉRIAS	FÉRIAS																														
1792	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	FÉRIAS	FÉRIAS																														
1813	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	LICENÇA	LICENÇA SAÚDE																														
1179	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	LICENÇA	LICENÇA SAÚDE																														
227	nnnnnnnnnnnnnnnnnnnn	LICENÇA	LICENÇA SAÚDE																														
1950	vvvvvvvvvvvvvvvvvvvv	LICENÇA	LICENÇA MATERNIDADE																														

LEGENDA			
M	MANHÃ (07:00 - 11:00 / 08:00 - 12:00 / 09:00 - 13:00)	D	DIARISTA (07:00 - 17:00 / 12:00 - 22:00) COM 1H PARA ALMOÇO
M	MANHÃ (07:00 - 13:00)	N	NOTURNO (18:00 - 06:00 / 19:00 - 07:00) COM 1H PARA JANTAR
T	TARDE (13:00 - 19:00)	P	PLANTÃO (06:30 - 18:30 / 07:00 - 19:00) COM 1H PARA ALMOÇO
T/N	TARDE E NOITE (17:10 - 23:00)	F	FOLGA
D	DIARISTA (07:00 - 16:00 / 08:00 - 17:00 / 09:00 - 18:00) COM 1H PARA ALM		FERIADO

mmmmmmmmmmmmmmm
GERENTE DE ENFERMAGEM

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário: Email: **Totais acumulados no ano:**

Gerente: Telefone: Horas fixas: Horas extras: Total: **0,00**

Janeiro, Fevereiro, Março

Janeiro	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira	8,00	2,00								
Terça-feira	8,00									
Quarta-feira	8,00									
Quinta-feira	8,00	1,00								
Sexta-feira	8,00	2,00								
Sábado										
Domingo										
Total	40,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de janeiro: 40,00 **Horas extras de janeiro: 5,00**

Fevereiro	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de fevereiro: 0,00 **Horas extras de fevereiro: 0,00**

Março	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário: Email: **Totais acumulados no ano:**

Gerente: Telefone: Horas fixas: Horas extras: Total: **0,00**

Horas fixas de março: 0,00 **Horas extras de março: 0,00**

SES
Visto
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário: Email: **Totais acumulados no ano:**

Gerente: Telefone: Horas fixas: Horas extras: Total: 0,00

Abril, Maio, Junho

Abril	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de abril: 0,00 **Horas extras de abril:** 0,00

Maio	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de maio: 0,00 **Horas extras de maio:** 0,00

Junho	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário:	Email:	**Totais acumulados no ano:**			
Gerente:	Telefone:	Horas fixas:	Horas extras:	Total:	**0,00**

Horas fixas de junho:	**0,00**	**Horas extras de junho:**	**0,00**

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário: Email: **Totais acumulados no ano:**

Gerente: Telefone: Horas fixas: Horas extras: Total: **0,00**

Julho, Agosto, Setembro

Julho	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de julho: 0,00 **Horas extras de julho: 0,00**

Agosto	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de agosto: 0,00 **Horas extras de agosto: 0,00**

Setembro	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário: Email: **Totais acumulados no ano:**

Gerente: Telefone: Horas fixas: Horas extras: Total: **0,00**

Horas fixas de setembro: 0,00 **Horas extras de setembro: 0,00**

SES PROTOCOLO

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário: Email: **Totais acumulados no ano:**

Gerente: Telefone: Horas fixas: Horas extras: Total: **0,00**

Outubro, Novembro, Dezembro

Outubro	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de outubro: 0,00 **Horas extras de outubro: 0,00**

Novembro	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Horas fixas de novembro: 0,00 **Horas extras de novembro: 0,00**

Dezembro	Semana 1	Hora Extra	Semana 2	Hora Extra2	Semana 3	Hora Extra3	Semana 4	Hora Extra4	Semana 5	Hora Extra5
Segunda-feira										
Terça-feira										
Quarta-feira										
Quinta-feira										
Sexta-feira										
Sábado										
Domingo										
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG

Cartão de ponto do funcionário: diário, semanal, mensal, anual

Nome do Funcionário:	Email:	**Totais acumulados no ano:**			
Gerente:	Telefone:	Horas fixas:	Horas extras:	Total:	**0,00**

Horas fixas de dezembro:	0,00	Horas extras de dezembro:	0,00

SES GO 1011 FLS RUBRICA PROTOCOLO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI

401
FLS

[Endereço]
[Outro endereço]
Madre de Deus, BA

Registro semanal de horas

Funcionário:
Gerente:
Telefone:
Email:
Último dia da semana: 31/05/2011

Dia		Horas regulares	Horas extras	Licença médica	Férias	Total
Segunda-feira	25/05/2011					
Terça-feira	26/05/2011					
Quarta-feira	27/05/2011					
Quinta-feira	28/05/2011					
Sexta-feira	29/05/2011					
Sábado	30/05/2011					
Domingo	31/05/2011					
	Total de horas					
	Preço por hora					
	Total pago					

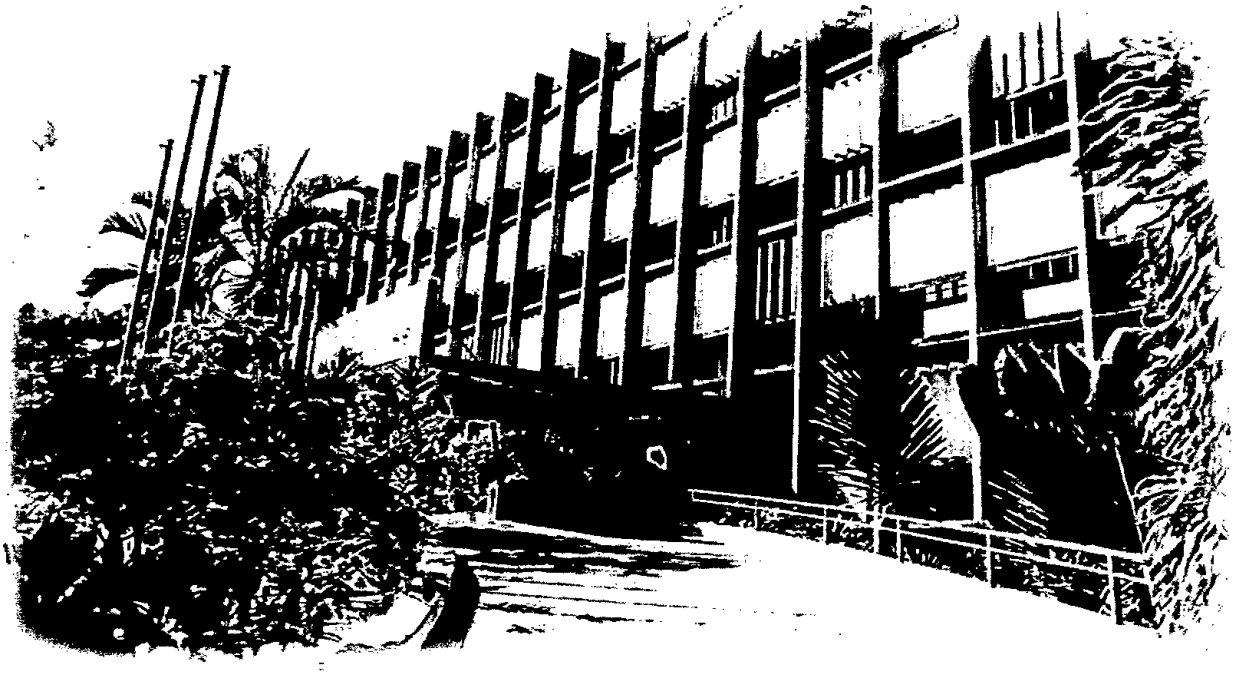
Assinatura do funcionário Data

Assinatura do gerente Data

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
- 4913 -

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

1. NORMAS DO CENTRO CIRÚRGICO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Centro Cirúrgico**	EO.1 Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Centro Cirúrgico		Revisão No:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do serviço do centro cirúrgico.

Normas

- Os funcionários que trabalham no Centro Cirúrgico devem registrar o cartão de ponto na entrada e saída do plantão;
- Todos os funcionários deverão estar devidamente uniformizados com as roupas padronizadas pela instituição;
- É vedado aos funcionários o uso de adornos durante a jornada de trabalho dentro do Centro Cirúrgico;
- A equipe do Centro Cirúrgico deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso;
- Os funcionários deverão verificar diariamente a integridade dos materiais e equipamentos, registrando qualquer intercorrência com os mesmos;
- Registrar diariamente as intercorrências ocorridas no Livro de Registro do setor;
- Ler diariamente o Livro de Registro das ocorrências;
- Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão;
- Manter o setor organizado durante e ao final do plantão;
- Manter silêncio dentro do Centro Cirúrgico;
- É vedado aos funcionários do Centro Cirúrgico alimentar-se dentro setor;
- Cumprir rigorosamente aos horários de entrega e recebimento de materiais;
- Durante o plantão o funcionário deverá permanecer dentro do setor;
- Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho;
- Usar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- As trocas de plantão somente serão efetuadas quando acordadas previamente com a Coordenação de Enfermagem;
- As trocas de plantão dentro do mês ficam restritas a três trocas, salvo necessidade justificada junto à Coordenação de Enfermagem;
- Todos os funcionários (Médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e serviços de apoio) do Centro Cirúrgico deverão manter-se vestidos com as roupas especiais do setor – touca e pro-pés;
- É vedada a circulação de funcionários de outras unidades dentro do Centro Cirúrgico, salvo autorização da chefia imediata do serviço;
- É vedada a entrada de acompanhantes no setor – enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem;
- Colher o sangue do cordão umbilical imediatamente após o parto e encaminhado para laboratório.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

2. ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.1
		Emissão
Tarefa: Recebimento de plantão pelos auxiliares e técnicos de enfermagem		Revisão
		No: / Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades

- Receber o plantão;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Checar o mapa cirúrgico;
- Checar sala de cirurgia;
- Solicitar maletas de anestesia lacradas à farmácia;
- Solicitar limpeza e higienização da sala de cirurgia após cada procedimento realizado;
- Checar caixa de instrumental antes de cada procedimento;
- Trocar cal sodada sempre que o anestesista solicitar, obedecendo aos critérios de identificação do frasco com data, hora e assinatura;
- Checar roupas, laps e compressas cirúrgicas.

Cuidados

- Atenção ao checar o mapa cirúrgico e a sala de cirurgia a fim de evitar a falta de material e/ou medicamentos necessários;
- Atenção ao trocar a cal sodada para que a identificação no frasco seja feita de forma correta;
- Atenção ao checar a caixa de instrumental cirúrgico para que não haja transtornos na hora do procedimento;
- Após cada procedimento cirúrgico enviar os instrumentais para a CME para desinfecção e esterilização.

Ações em caso de não conformidade

- Se a maleta de anestesia vier com o lacre rompido, devolver para a farmácia e solicitar outra maleta de anestesia;
- Se não houver roupas, laps e compressas em quantidades necessárias, solicitar aos respectivos setores a reposição das mesmas;
- Informar à chefia imediata toda e qualquer intercorrência na unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.2 Emissão S E S 4014
Tarefa: Recebimento de plantão pela enfermeira		Revisão 0 No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, fichas e material de reposição.

Atividades

- Verificar se todos os equipamentos estão em perfeito funcionamento;
- Supervisionar o serviço dos auxiliares e técnicos de enfermagem durante o plantão;
- Conferir as fichas de gastos;
- Controlar o psicotrópicos;
- Checar o carro de emergência, fazendo as reposições necessárias e posteriormente mantê-lo lacrado;
- Inspecionar o Centro Cirúrgico quanto à organização e limpeza;
- Conferir a presença do pessoal escalado para o plantão e distribuir as tarefas;
- Checar o mapa cirúrgico;
- Supervisionar o serviço dos auxiliares e técnicos de enfermagem;

Cuidados

- Atenção ao checar mapa cirúrgico, observando se há algum procedimento de urgência e/ou algum procedimento cancelado;
- Atenção ao checar os psicotrópicos para ver nada falta.
- Atenção ao verificar os equipamentos, sobretudo os equipamentos de manutenção à vida;
- Atenção ao checar o carro de emergência para evitar transtornos na hora em que for preciso usá-lo.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar o serviço de manutenção quando algum equipamento apresentar defeito;
- Informar à farmácia e à Coordenação de Enfermagem quando a quantidade de psicotrópicos não estiver em conformidade;
- Comunicar à Coordenação de Enfermagem toda e qualquer intercorrência na unidade;
- Solicitar à Coordenação de Enfermagem reposição de profissional quando alguém faltar a escala do dia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.3 Emissão: 4017
Tarefa: conferência dos equipamentos do carro de anestesia		Revisão 0 No: Data:

Executante
Médico anestesista.

Resultados esperados
Garantir a segurança de todos os usuários durante os procedimentos cirúrgicos.

Recursos Necessários
Carro de anestesia.

Atividades
- Realizar testes diários em todos os equipamentos e materiais do carro de anestesia;
- Registrar diariamente o resultado dos testes realizados no carro de anestesia;
- Controlar o uso da cal sodada.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora armazenar os produtos, verificando os lotes e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Se algum equipamento estiver apresentando defeito, encaminhar imediatamente para a manutenção consertar e solicitar uma substituição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.4 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no pré-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Atendimento cordial ao usuário e garantir a perfeita funcionalidade do centro cirúrgico.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.).

Atividades

- Ligar para o setor de internação e solicitar que encaminhe o usuário para o centro cirúrgico;
- Receber e acolher o usuário com cordialidade, chamando-o pelo nome;
- Fazer a admissão do usuário, checando todas as informações (patologias e/ou alergias medicamentosas) contidas no prontuário deste;
- Solicitar ao usuário a retirada de todos os adornos, próteses, roupa íntima e grampos de cabelo;
- Colocar no usuário com gorro e pro-pés antes do procedimento cirúrgico;
- Realizar tricotomia no usuário, antes do procedimento cirúrgico;
- Aplicar pré-anestésico no usuário;
- Fazer reserva de sangue e/ou solicitar transfusão de sangue, conforme indicações contidas no prontuário do usuário;
-

Cuidados
Ter bastante atenção ao ler as informações contidas no prontuário do usuário, evitando erros que possam por em risco a vida deste.

Ações em caso de não conformidade
Detectando alguma anormalidade no usuário e/ou discrepância nas informações contidas no prontuário deste, comunicar o médico cirurgião imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.5 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no trans-operatório		Revisão No: Data:

SES 4019

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico e dar suporte ao médico cirurgião.

Recursos Necessários
Mês, cadeira, folha de gastos, folha de anestesia, livro de registro de procedimentos realizados e caneta.

Atividades

- Checar todo o instrumental cirúrgico antes da realização do procedimento, verificando se está esterilizado;
- Anexar no prontuário do paciente os comprovantes de esterilização do instrumental cirúrgico utilizado durante o procedimento;
- Controlar a quantidade de compressas cirúrgicas usadas durante o procedimento cirúrgico;
- Permanecer na sala de cirurgia durante o procedimento cirúrgico, auxiliando o médico cirurgião em tudo que ele necessitar;
- Descrever na folha de anestesia a indução anestésica, hora de início da cirurgia e as medicações utilizadas;
- Registrar no livro de procedimentos o início do procedimento, tipo de procedimento, nomes da equipe médica e o nome do paciente;
- Registrar na folha de gastos, tudo que foi utilizado durante o procedimento cirúrgico.

Cuidados

- Ter atenção ao checar o instrumental cirúrgico, evitando possíveis infecções;
- Ter atenção ao registrar as informações no livro de procedimentos e na folha de gastos, evitando perdas de informações e/ou erros de registro.

Ações em caso de não conformidade
Se for detectado que o instrumental cirúrgico não obedece aos padrões de esterilização, informar a instrumentadora e solicitar outro instrumental devidamente esterilizado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.6 Emissão Revisão No: Data:

Tarefa: Assistência de enfermagem no pós-operatório

SES 4020 Fls RUBRICA PROTOCOLO

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas do pós-operatório sejam cumpridas visando à segurança do paciente e o correto registro das informações sobre o procedimento cirúrgico realizado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, livro de registro de procedimentos realizados, prontuário do paciente, e telefone.

Atividades
- Encaminhar o paciente para CRPA ou para a unidade internação de origem, após a liberação do médico anestesista;
- Registrar no prontuário do paciente o final do procedimento cirúrgico;
- Conferir a quantidade de compressas utilizadas durante o procedimento cirúrgico;
- Conferir a caixa de instrumental cirúrgico;
- Encaminhar a caixa de instrumental cirúrgico para o CME;
- Conferir a maleta anestésica;
- Encaminhar para a farmácia a maleta anestésica com o lacre violado;
- Registrar no livro de procedimentos final do procedimento cirúrgico;
- Enviar o prontuário do paciente ao setor onde ele se encontra (CRPA ou unidade de internação) com todas as informações registradas;
- Informar a equipe do setor onde se encontra o paciente (CRPA ou unidade de internação) as medicações prescritas e o horário de administração das mesmas.

Cuidados
- Atenção no registro das informações do procedimento, medicações, horários de administração destes, no prontuário do paciente;
- Atenção na conferência do instrumental cirúrgico e maleta anestésica, evitando perdas;
- Atenção no registro das informações do procedimento cirúrgico realizado.

Ações em caso de não conformidade
- Percebendo a falta de algum instrumental, informar imediatamente a chefia imediata do centro cirúrgico e ao CME;
- Percebendo algum dano na maleta anestésica, informar imediatamente à farmácia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.7
		Emissão
Tarefa: Solicitação de psicotrópicos		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir o controle dos medicamentos psicotrópicos.

Recursos Necessários
Receituário de medicações.

Atividades

- Solicitar a equipe médica receita com os psicotrópicos utilizados durante o procedimento cirúrgico;
- Solicitar a equipe médica receita dos psicotrópicos que serão administrados ao paciente no pós-operatório;
- Encaminhar para a farmácia as receitas dos psicotrópicos prescritos pela equipe médica.

Cuidados
Atenção ao encaminhar as receitas para a farmácia, evitando perdas ou extravios.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo a perda de alguma receita de psicotrópico, informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e a farmácia.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.8 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no procedimento obstétrico		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Acolhida cordial à parturiente e registro correto das informações sobre o procedimento e o RN.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, ficha de admissão do paciente, ficha de declaração dos nascidos vivos (DNV), telefone e caneta.

Atividades

- Receber e acolher a parturiente;
- Fazer a admissão da parturiente no centro obstétrico;
- Solicitar a presença de pediatra na sala de parto para recepção do RN;
- Auxiliar o pediatra nos cuidados ao RN;
- Preencher corretamente a Declaração de Nascidos Vivos

Cuidados
Atenção no preenchimento correto da Declaração de Nascidos Vivos.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo algum erro de preenchimento na DNV, emitir uma nova declaração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4023
FLS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.9 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no procedimento obstétrico		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Registro correto das informações no livro de procedimentos e garantir que mãe e filho estejam correta e devidamente identificados.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, pulseiras de identificação (mãe e filho), telefone e caneta.

Atividades
- Registrar no livro de procedimentos as informações sobre o tipo de parto (normal ou cesariana), equipe médica, início e fim do procedimento realizado;
- Preencher corretamente com letra legível as pulseiras de identificação (nome da puérpera, sexo do RN, data e hora do nascimento);
- Colocar na puérpera e no RN as pulseiras de identificação;
- Verificar e registrar as condições do penso cirúrgico, nos casos de cesarianas, antes de encaminhar a puérpera para a unidade de internação de origem;
- Informar a unidade de internação da puérpera que a mesma está sendo encaminhada;
- Encaminhar puérpera para a unidade internação de origem, após prescrição médica;
- Identificar e protocolar os restos placentários dentro de geladeira própria, antes de enviá-los para o velório;
- Conferir a caixa de instrumental utilizada no procedimento obstétrico;
- Encaminhar para o expurgo do CME a caixa de instrumental;
- Solicitar ao serviço de higienização, limpeza e desinfecção da sala cirúrgica;
- Colher amostra sanguínea do cordão umbilical do RN para realização de sorologias;
- Identificar corretamente o cordão umbilical do RN e encaminhá-lo sob protocolo para o laboratório;
- Identificar e protocolar o corpo do RN Nati-Morto com menos de 500g;
- Encaminhar para o velório, em geladeira própria, o RN Nati-Morto com menos de 500g, após o médico pediatra emitir a Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g.

Cuidados
- Atenção no preenchimento correto das pulseiras de identificação da mãe e do filho, evitando transtornos de trocas de recém-nascidos;
- Atenção na identificação do cordão umbilical, antes de enviá-lo para o laboratório;
- Atenção na identificação do RN Nati-Morto com menos de 500g, antes de enviar para o velório.

Ações em caso de não conformidade
- Percebendo que houve um erro nas pulseiras de identificação, informar à chefia imediata e refazer as pulseiras com as informações corretas;
- Percebendo que houve um erro na identificação do cordão umbilical do RN, solicitar ao laboratório que devolva o material para fazer as correções;
- Percebendo que falta instrumental dentro da caixa utilizada no procedimento cirúrgico, informar a chefia imediata e ao CME;

SES
4024
FLS

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.10 Emissão
Tarefa: Encaminhamento do recém-nascido para o berçário		Revisão No: Data:

Executante
Médico pediatra.

Resultados esperados
Garantir que o recém-nascido está em condições de ser levado para o berçário.

Recursos Necessários

Atividades
- Examinar o recém-nascido, verificando todos os sinais vitais
- Verificar se o recém-nascido está com a devida pulseira de identificação;
- Encaminhar recém-nascido para o berçário.

Cuidados
Atenção ao verificar os sinais vitais do recém-nascido.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que o recém-nascido apresenta algum problema, seguir com os protocolos médicos garantindo a segurança e vida do RN.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

SES
4026

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.11 Emissão
Tarefa: Emitir Declaração de Óbito de RN Nati-Morto com menos de 500g		Revisão No: Data:

Executante Médico pediatra.
Resultados esperados Assegurar que o protocolo com RN nati-morto com menos de 500g seguiu os tramites legais.
Recursos Necessários Mesa, cadeira, Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g, caneta e carimbo com identificação do médico pediatra.
Atividades • Preencher Declaração de Óbito de Nati-Morto com menos de 500g; • Assinar e carimbar a declaração, entregando à equipe de enfermagem.
Cuidados Atenção ao preencher a Declaração, evitando erros.
Ações em caso de não conformidade Percebendo que houve erro de preenchimento na declaração, emitir uma nova declaração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.12
		Emissão 12
Tarefa: Encaminhamento da gestante para o pré-parto		Revisão
		No: / Data:

Executante Médico obstetra.
Resultados esperados Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.
Recursos Necessários Cama e luvas para exame.
Atividades Examinar a gestante, verificando se a mesma já está entrando em trabalho de parto.
Cuidados Atenção ao realizar o exame, confortando a gestante.
Ações em caso de não conformidade Se a gestante não estiver em trabalho de parto, aguardar no leito da unidade de internação que a mesma se encontra.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.13 Emissão SES Revisão 8 No: Data: 4/07
Tarefa: Checagem de centro cirúrgico para realização do parto		

Executante Enfermeira
Resultados esperados Agilizar os procedimentos para a realização do parto.
Recursos Necessários Telefone.
Atividades • Comunicar ao centro cirúrgico a utilização do leito de pré-parto; • Verificar e checar o preparo da sala de parto.
Cuidados Atenção ao preparo da sala de parto para que não falte nada.
Ações em caso de não conformidade Nos casos em que falte alguma coisa na sala de parto, providenciar imediatamente a reposição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.14 Emissão 4029 Revisão 0
Tarefa: Admissão da gestante no pré-parto		No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.

Recursos Necessários
Ficha de admissão da gestante e caneta.

Atividades

- Receber a gestante;
- Realizar a admissão da gestante;
- Monitorar a gestante, se for necessário;
- Solicitar a presença de profissionais da saúde para dar suporte emocional a gestante se for necessário;
- Comunicar ao serviço social, nutrição e recepção de internação sobre a permanência da gestante no leito de Pré-parto.

Cuidados
Atenção nos casos em que a gestante necessita de monitoramento, ou da presença de profissionais da saúde para suporte emocional da mesma.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que o estado da gestante apresentar alguma anormalidade, chamar o médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.15 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem à gestante no pré-parto		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Garantir conforto e segurança à gestante no pré-parto.

Recursos Necessários
Telefone, prontuário da gestante e caneta.

Atividades

- Monitorar a gestante continuamente, solicitando avaliação do médico obstetra sempre que achar necessário;
- Observar se a gestante está com perda de líquidos, sangue ou dejetos e informar ao médico obstetra em caso afirmativo;
- Comunicar ao centro cirúrgico que a gestante está sendo encaminhada, após solicitação do médico obstetra;
- Comunicar ao médico pediatra que a gestante está sendo encaminhada para o centro cirúrgico;
- Encaminhar a gestante para o centro cirúrgico;
- Solicitar ao serviço de higienização, a limpeza e desinfecção do leito de pré-parto;
- Fechar a sala de pré-parto, após a desinfecção do mesmo.

Cuidados

- Atenção no monitoramente da gestante quanto à perda de líquidos, sangue e dejetos, informando ao médico obstetra imediatamente;
- Não se esquecer de comunicar ao médico pediatra que a gestante está sendo encaminhada para o centro cirúrgico, para que este recepcione o RN;
- Não se esquecer de fechar a sala de pré-parto, após a desinfecção do mesmo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que o estado da gestante apresentar alguma anormalidade, chamar o médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.16 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data: 4/07

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilizar o atendimento do funcionário que sofreu o acidente de trabalho, garantindo que todos os protocolos de segurança sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Telefone e luvas para exame.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;
- Solicitar suporte emocional aos profissionais da saúde se for necessário;
- Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.

Cuidados
Não se esquecer de comunicar a todos os setores envolvidos com acidente de trabalho com perfuro-cortante.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.16 Emissão 4072
Tarefa: Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão 0
		No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir atendimento ágil e eficiente ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.

Recursos Necessários
Luvas para exame, caneta, ficha de programação de avaliação de sorologias e ficha de relatório médico para encaminhamento de funcionário

Atividades

- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Avaliar o grau de risco de transmissão;
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subseqüente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão;
- Encaminhar o funcionário para o Hospital Central Roberto Santos (HCRS) – Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados

- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, *nos* casos de não existir risco de transmissão;
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o HCRS, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.17 Emissão 4037
Tarefa: Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir estoque de roupas suficientes dentro do Centro Cirúrgico.

Recursos Necessários
Ficha de previsão de roupa e caneta.

Atividades

- Checar o estoque de roupas existentes no setor;
- Fazer previsão de roupas para o período;
- Solicitar roupas à lavanderia nos horários determinados (manhã e tarde);
- Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
- Revisar as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
- Guardar as roupas recebidas no armário destinado as mesmas.

Cuidados

- Atenção na conferência do estoque de roupara para fazer uma previsão correta;
- Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia, para não guardar roupas que na estejam acondicionadas da forma correta.

Ações em caso de não conformidade
Devolver à lavanderia as roupas que não vierem acondicionadas de forma correta e solicitar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.18 Emissão
Tarefa: Descarte de roupa suja		Revisão 04 No: Data: 04/05/17

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.

Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Atividades

- Observar diariamente, em todos os turnos, as condições do lençol da maca e LAP cirúrgico;
- Realizar a troca de lençol da maca após o uso do paciente;
- Colocar no Hamper toda a roupa e/ou veste suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), considerando-a contaminada;
- Recolher ao final de cada procedimento cirúrgico toda a roupa existente na sala de cirurgia e colocá-la no Hamper;
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 1/3 da capacidade;
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

- Atenção ao checar as condições das roupas do centro cirúrgico, evitando que peças sujas/contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que o lençol da maca e o LAP cirúrgico ainda foram trocados, substituí-los imediatamente;
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4035
FLS.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Centro Cirúrgico**	POP.19 Emissão
Tarefa: Solicitação do serviço de manutenção		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta, ficha de ordem de serviço e livro de ocorrência.

Atividades
- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de avaliação da manutenção;
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias;
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção;
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material considerado irregular.

Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento/material que necessita de avaliação do serviço de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
- Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem;
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento e/ou material necessitar sair do setor, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico**	POP.20
		Emissão: 04
		Revisão: 0
Tarefa: Autorização de saída externa de equipamento e/ou material do centro cirúrgico		No: Data:

Executante
Coordenadora de Enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Livro de ocorrência e caneta.

Atividades

- Registrar dia, hora e setor de saída do equipamento e/ou material que necessitar de reparos feitos fora do setor;
- Informar a equipe do centro cirúrgico o motivo pelo qual o equipamento/material está sendo levado para o setor de manutenção;
- Aguardar retorno do equipamento/material para o centro cirúrgico;
- Testar o equipamento/material quando da volta do setor de manutenção, juntamente com o funcionário do referido serviço.

Cuidados
Atenção na hora de testar o equipamento/material para só recebê-lo se ele estiver em perfeitas condições de uso.

Ações em caso de não conformidade
Se na hora de testar o equipamento/material perceber que este não está funcionando direito, devolver ao funcionário da manutenção para novos reparos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4037
9

3. NORMAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Setor de Internamento		Revisão
		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
O serviço funciona 24h.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do Setor de Internamento.

Normas

- Os funcionários que trabalham no setor de internamento devem registrar o cartão de ponto na entrada e saída do plantão;
- Todos os funcionários deverão estar devidamente uniformizados com as roupas padronizadas pela instituição;
- A equipe do setor de internamento deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso;
- Os funcionários deverão verificar diariamente a integridade dos materiais e equipamentos, registrando qualquer intercorrência com os mesmos;
- Registrar diariamente as intercorrências ocorridas no Livro de Registro do setor;
- Ler diariamente o Livro de Registro das ocorrências;
- Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão;
- Manter o setor organizado durante e ao final do plantão;
- Manter silêncio dentro do setor de internamento;
- É vedado aos funcionários do setor de internamento alimentar-se dentro setor;
- Cumprir rigorosamente aos horários de entrega e recebimento de materiais;
- Durante o plantão o funcionário deverá permanecer dentro do setor;
- Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho;
- Usar corretamente os equipamentos de proteção individual;
- As trocas de plantão somente serão efetuadas quando acordadas previamente com a Coordenação de Enfermagem;
- As trocas de plantão dentro do mês ficam restritas a três trocas, salvo necessidade justificada junto à Coordenação de Enfermagem;
- Tem direito a acompanhante os pacientes portadores de algum tipo de deficiência, idade acima de 65 anos, crianças e menor de idade;
- Todo acompanhante deverá portar o "cartão de acompanhante" emitido pelo Serviço Social e/ou Enfermagem (à noite e aos domingos), enquanto estiver acompanhando o paciente;
- É obrigatória a lavagem das mãos antes e após a realização de cada procedimento, visando evitar o risco de infecção e/ou contaminação;
- O médico deverá informar ao paciente, antes da cirurgia, quando o mesmo vai necessitar de hemo-transfusão;
- Antes de realizar qualquer transfusão sangüínea no paciente, verificar se não existe preconceitos religiosos;
- A ambulância deverá aguardar no Banco de Sangue a liberação de bolsas de sangue solicitadas e transportá-las SEMPRE em caixa térmica com gelo e sem manter contato direto com as mesmas;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exame interno deverá ser feito mediante a presença de profissional de enfermagem portando o prontuário do paciente com o encaminhamento na evolução;
- Todo deslocamento de paciente para a realização de exames externos deve ser feito mediante a presença de um profissional da enfermagem e/ou acompanhante responsável pelo paciente, portando documento e ficha de encaminhamento (original), com encaminhamento na evolução.;
- Nenhum paciente poderá sair de lata hospitalar sem estar acompanhando de um familiar ou responsável.



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4. NORMAS DE ISOLAMENTO DO SETOR DE INTERNAMENTO

SES 4079

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Internamento**	EO.2
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas que regulamentam o funcionamento da área de Isolamento da Unidade de Internamento**		Revisão
		Nº: Data:

Normas

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por microorganismos epidemiologicamente importantes, que são transmitidos por contato direto com o paciente (mãos ou pele) e/ou contatos indiretos (contatos com superfícies ambientais ou itens de uso do paciente) devem adotar as seguintes precauções:

    1. **Internar o paciente em quarto individual (isolamento).** Se não for possível, colocar o paciente no mesmo quarto em que já exista outros pacientes internados apresentando infecção pelo mesmo microorganismo. A CCIH deverá ser consultada, nos casos de dúvidas antes da internação do paciente;

    2. **Usar luvas limpas não estéreis ao entrar no quarto do paciente e durante o tempo do atendimento do mesmo.** Trocá-las após contato com material infectado com alta concentração de microorganismos (fezes, secreções de feridas, etc.). Retirar as luvas após o uso, antes de deixar o ambiente. Lavar as mãos com anti-séptico. Assegurar que as mãos não toquem as superfícies ambientais ou itens do quarto do paciente para evitar transferência de microorganismos para outros pacientes e ambientes;

    3. **Usar avental limpo não necessariamente estéril ao entrar no quarto, quando existir a possibilidade de um contato substancial com o paciente contaminado** (incontinente, diarréico, com ileostomia, colostomia ou drenagem de ferida não contida pelo curativo) ou itens do quarto. Retirar o avental antes de deixar o quarto. Assegurar que as roupas pessoais não entraram em contato com superfícies potencialmente contaminadas, evitando a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambientes.

    4. **Transportar o paciente para outros ambientes, somente o estritamente necessário.** Assegurar que as precauções sejam mantidas para diminuir o risco de transmissão de microorganismos para outros pacientes e a contaminação de superfícies ambientais, equipamentos, quando o paciente necessitar ser levado para fora do quarto.

    5. **Os equipamentos de uso (estetoscópio, termômetro, etc.)** deverão ser utilizados somente para o paciente infectado. Caso não seja possível, os equipamentos devem ser limpos e desinfectados com álcool à 70% antes de ser utilizado em outro paciente.

    6. **Os itens com os quais o paciente entra em contato e as superfícies ambientais devem ser submetidas à limpeza diária.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes com suspeita de infecção ou confirmada por microorganismos transmitidos por aerossóis (partículas de tamanho = 5 µm) que permanecem suspensas no ar e que podem ser dispersadas a longas distâncias (varicela, sarampo e tuberculose) deve tomar as seguintes precauções:

    1. **Internar paciente em quarto isolado com pressão de ar negativa em relação à área adjacente.** Trocar o ar a cada seis horas, no mínimo. Filtrar o ar do quarto utilizando filtros

de alta eficiência (filtro HEPA – High-Eficiency Particulate Air), antes da circulação do ar para as outras áreas do hospital. Manter as portas do quarto sempre fechadas.

2. **Usar proteção respiratória sempre que for entrar em contato com o paciente (máscara com capacidade de filtragem e vedação lateral adequadas).** Pessoas com suscetibilidade a sarampo e varicela não devem entrar em quarto de pacientes com suspeitas dessas infecções.

3. **O transporte de paciente infectado deve ser o mínimo necessário, mas quando houver indicação, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.**

- Todo profissional de enfermagem que entrar em contato com pacientes portadores ou infectados por microorganismos transmitidos por gotículas de tamanho maior que 5 µm, que podem ser gerados durante tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos deve tomar as seguintes precauções:

1. **Internar o paciente em quarto isolado.** Quando não houver a possibilidade, colocá-lo em quarto com paciente que apresente infecção pelo mesmo microorganismo. A distância entre os dois pacientes ou entre paciente e visitante deve ser de um metro. Realizar ventilação e circulação do ar especiais dentro do quarto.

2. **Deve ser utilizada máscara sempre que a proximidade com o paciente for menor que um metro.**

3. **Limitar ao mínimo possível o transporte do paciente** infectado, mas quando for necessário, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

5. ROTINAS DO SETOR DE INTERNAMENTO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.1 SES Emissão 04 0 Revisão No: Data:
Tarefa: Recebimento de plantão pelos auxiliares e técnicos de enfermagem		

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades
- Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.

Cuidados
Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.

Ações em caso de não conformidade
Solicitar a enfermeira chefe da unidade que esclareça quaisquer dúvidas que venham a surgir quanto ao início das rotinas diárias.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.2 Emissão 4042
Tarefa: assistência de enfermagem na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário do paciente, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e caneta.

Atividades

- Administrar medicação dos pacientes, conforme prescrição médica;
- Checar nominalmente as medicações com as prescrições;
- Registrar na evolução do paciente os cuidados de higiene realizados;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Verificar sinais vitais dos pacientes e registrar na folha de evolução;
- Observar o funcionamento de sondas e cateteres;
- Encaminhar e/ou acompanhar pacientes para transferências;
- Realizar a mudanças de decúbito nos pacientes;
- Massagear os pacientes, quando estes necessitarem;
- Pegar material esterilizado na CME;
- Utilizar os EPI's corretos durante a execução dos procedimentos de enfermagem;
- Levar material sujo para o expurgo;
- Encaminhar pacientes para realizarem exames, quando estiverem prescritos;
- Registrar na folha de evolução do prontuário do paciente, a higiene realizada no mesmo;
- Orientar os familiares e/ou visitantes do paciente quanto à importância da lavagem das mãos;
- Identificar os equipos instalados com data e hora da instalação;
- Identificar os curativos de punção venosa com data e hora da punção e, o nome do profissional responsável;
- Quando necessário, utilizar placas de identificação nos leitos dos pacientes, tais como: jejum, RX, USG, exame laboratorial, etc..

Cuidados

- Atentar para as medicações dos pacientes, que somente podem ser ministradas, após a conferência das prescrições médicas;
- Atentar para as sondas e cateteres dos pacientes para evitar complicações no quadro do paciente;
- Atentar para o registro de todas as informações necessárias na folha de evolução do prontuário do paciente;
- Atentar para a nominação nos leitos dos pacientes (jejum, RX, USG, etc.), evitando erro e/ou esquecimento quanto aos procedimentos a serem realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Solicitar a enfermeira chefe da unidade de internamento esclarecimentos quando tiver dúvidas sobre alguma rotina;
- Informar a enfermeira chefe da unidade internamento toda e qualquer alteração nas rotinas e/ou evolução dos pacientes, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.3 Emissão 04/13
Tarefa: Recebimento de plantão pela enfermeira		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e livro de registro de ocorrências.

Atividades

- Receber o plantão, verificando o quadro clínico dos pacientes internados;
- Ler o Livro de Registro de Ocorrências;
- Realizar visita aos leitos dos pacientes internados.

Cuidados
Atenção a leitura do livro de ocorrências para ficar completamente informado sobre as alterações e/ou ocorrências do plantão anterior.

Ações em caso de não conformidade
Informar a Coordenação de Enfermagem qualquer alteração observada no registro das ocorrências, solicitando esclarecimentos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.4
		Emissão
Tarefa: Coordenação de enfermagem na unidade de internamento		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas visando à segurança dos usuários e funcionários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, livro de ocorrências, carro de emergência, EPI's (luvas, máscaras, óculos, etc.) caneta e carimbo.

Atividades

- Distribuir as rotinas diárias para equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos);
- Estabelecer prioridades de assistência;
- Manter a organização da unidade de internamento;
- Realizar o controle de materiais e medicamentos;
- Supervisionar e controlar o fluxo de visitas dentro da unidade de internamento, atentando para horário e quantidade de visitantes por enfermaria;
- Controlar os psicotrópicos;
- Atualizar o censo diário;
- Revisar e repor os materiais e medicamentos do carro de emergência da unidade;
- Solicitar ao serviço de higienização da limpeza e desinfecção do leito, após alta do paciente;
- Checar e testar o funcionamento dos equipamentos da unidade;
- Emprestar materiais para outros setores, mediante protocolo;
- Informar à recepção, serviço social e nutrição, sempre que admitir um paciente na unidade;
- Registrar todas as intercorrências do plantão em livro apropriado.

Cuidados

- Atenção no controle dos psicotrópicos;
- Atenção na revisão do carro de emergência para que não falte nenhum medicamento e/ou material;
- Atenção nas sondas e cateteres dos pacientes, evitando extravasamento e/ou riscos de alteração no quadro do paciente;
- Não se esquecer de informar à recepção, serviço social e nutrição quando admitir paciente na unidade;
- Não se esquecer de realizar censo diário da unidade.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber a falta de algum psicotrópico informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e/ou Farmácia;
- Se algum equipamento do carro de emergência apresentar algum defeito, chamar o serviço de manutenção para que o mesmo seja consertado;
- Se ocorrer alguma complicação com o paciente, por motivos quaisquer, comunicar imediatamente ao médico plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4047
Fls.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.5 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.), leito, EPI's (luvas, óculos, máscaras, etc.).

Atividades

- Verificar se o leito que o paciente irá ocupar está devidamente preparado;
- Receber o paciente chamando-o pelo nome, independente do nível de consciência;
- Colocar o paciente no leito, observando o estado clínico/cirúrgico do mesmo;
- Trocar a roupa do paciente;
- Lavar as mãos com água e sabão antes e após contato com o paciente;
- Verificar e registrar na evolução de enfermagem, os sinais vitais do paciente;
- Monitorar paciente caso seja necessário;
- Prestar cuidados de enfermagem ao paciente, sempre que necessário;
- Registrar as intercorrências em livro próprio;
- Verificar se o paciente tem pertences, para entregá-los aos familiares d mesmo;
- Usar os EPI's adequados durante a realização dos procedimentos;
- Garantir e preservar a privacidade do paciente;
- Monitorar continuamente os pacientes;
- Checar as prescrições médicas no prontuário do paciente.

Cuidados

- Manter atitude cordial e gentil com o paciente ao recebê-lo para admissão;
- Atentar para o uso dos EPI's corretos antes da realização dos procedimentos de enfermagem;
- Sempre lavar as mãos antes e depois de tocar no paciente;
- Não ministrar nenhuma medicação ao paciente sem antes conferir a prescrição médica.

Ações em caso de não conformidade
Toda e qualquer alteração e/ou intercorrência com o paciente e/ou rotinas da unidade, comunicar a enfermeira chefe, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES 4044

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.6 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, telefone, prontuário completo do usuário (evolução, exames, anamnese, etc.), leito, EPI's (luvas, óculos, máscaras, etc.).

Atividades

- Realizar exame físico no paciente, observando:
  - Nível de consciência;
  - Estado emocional;
  - Estado hemodinâmico;
  - Presença de pensos, escaras, próteses, etc.;
  - Funcionamento intestinal e urinário;
- Registrar na folha de evolução do prontuário do paciente todas as informações observadas no exame físico do mesmo;
- Admitir o paciente, evoluir e prescrever na folha de evolução de enfermagem no prontuário do paciente;
- Solicitar os exames prescritos (RX, ECG, USG, laboratório, etc.);
- Aprazar as medicações prescritas;
- Comunicar ao serviço social e a nutrição a admissão do paciente;
- Registrar no prontuário, no livro de ocorrências, relatório e censo, a admissão do paciente;
- Orientar familiares sobre as rotinas da unidade.

Cuidados

- Atentar para todos os detalhes durante o exame físico do paciente;
- Não se esquecer de informar ao serviço social e à nutrição sobre a admissão do paciente na unidade;
- Nunca se esquecer de usar os EPI's adequados quando realizar procedimentos no paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se perceber alguma alteração significativa, durante o exame físico do paciente, comunicar imediatamente ao médico plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.7 Emissão
Tarefa: Administração de medicamentos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente tome a medicação prescrita de forma correta e segura.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, prescrição médica, medicamentos, material médico-hospitalar, EPI's (luvas, máscaras, etc.) e prontuário do paciente.

Atividades

- Ler atentamente a prescrição médica;
- Ler atentamente o rótulo do medicamento antes de prepará-lo;
- Lavar as mãos antes de preparar a medicação e antes de administrá-la ao paciente;
- Identificar o paciente com a medicação:
    1. Paciente certo;
    2. Medicação certa;
    3. Mora certa;
    4. Via certa;
    5. Dose certa;
- Manter silêncio e atenção durante o preparo da medicação;
- Verificar o prazo de validade do medicamento;
- Identificar o recipiente que comporta a medicação com: nome do paciente, medicação, número do leito, dose, via e horário;
- Usar EPI correto (luvas) na administração de medicação venosa;
- Administrar a medicação no paciente.

Cuidados

- Ter bastante atenção quando for preparar a medicação, verificando a prescrição corretamente;
- Nunca administração medicação venosa sem o uso do EPI correto (luvas);
- Ler atentamente o rótulo do medicamento e o prazo de validade do mesmo;
- Nunca administrar medicação com dúvidas.

Ações em caso de não conformidade
Se surgir alguma dúvida durante o preparo da medicação e/ou com a prescrição médica, chamar a enfermeira chefe da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** Internamento	POP.8 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.

Atividades

- Observar o prontuário do paciente, verificando se o mesmo tem indicação de alergias a medicamentos e/ou patologias;
- Informar a nutrição, o serviço social e ao centro cirúrgico a admissão de paciente para pré-operatório;
- Reservar sangue se houver solicitação;
- Orientar ao paciente sobre a troca de roupa.

Cuidados
Atenção ao observar o paciente sobre possíveis patologias e/ou alergias medicamentosas, para não por a vida do paciente em risco.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo alguma patologia e/ou alergia medicamentosa nas informações do paciente, informar ao médico cirurgião imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA	**PROCEDIMENTO**	POP.9

Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	Emissão 4049 Revisão 2 No: Data:

Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, cadeira, telefone e caneta.

Atividades

- Sinalizar o leito do paciente com a placa de jejum;
- Verificar se o paciente está de jejum;
- Verificar se o paciente está com adorno. Em caso afirmativo, solicitar que sejam retirados;
- Protocolar os adornos do paciente e entregá-los à família e/ou responsável;
- Remover esmalte das unhas do paciente, se for o caso;]
- Encaminhar paciente para o banho aspersão, antes de encaminhá-lo para o centro cirúrgico;
- Realizar o procedimento de tricotomia, se for necessário, uma hora antes da cirurgia;
- Verificar se foi realizada a consulta pré-anestésica;
- Administrar medicação pré-anestésica no horário determinado, caso tenha sido prescrita;
- Protocolar os exames pré-operatórios recebidos e encaminhar junto com o prontuário para o centro cirúrgico;
- Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais.

Cuidados

- Atenção quando for aplicar a medicação pré-anestésica observando a prescrição médica;
- Não se esquecer de remover o esmalte das mãos do paciente;
- Atenção no procedimento de verificação dos sinais vitais do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.10 Emissão
Tarefa: Encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico.

Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, mesa, caneta, exames pré-operatórios, telefone e maca.

Atividades

- Verificar os sinais vitais do paciente e registrar no prontuário do mesmo;
- Solicitar ao paciente que esvazie a bexiga antes de seguir para o centro cirúrgico;
- Observar se todos os adornos, próteses, objetos de metal e peças íntimas do paciente foram retirados;
- Registrar na folha de evolução do prontuário data e hora do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico;
- Informar ao centro cirúrgico que o paciente está pronto;
- Encaminhar o paciente para o centro cirúrgico, juntamente com o prontuário e exames pré-operatórios, quando este solicitar.

Cuidados

- Atenção par que o paciente não suba de bexiga cheia;
- Atenção para não esquecer de encaminhar junto com o paciente o prontuário e os exames pré-operatório;
- Atenção para não esquecer da retirada dos adornos, próteses e pecas íntimas do paciente antes de encaminhar para o centro cirúrgico.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando estiver verificando os sinais vitais do paciente, comunicar imediatamente a enfermeira chefe da unidade para que ela avise imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.11 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pós-operatório foram executados corretamente, garantindo a segurança do paciente.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, prontuário do paciente e telefone.

Atividades
- Receber o paciente encaminhado do centro cirúrgico;
- Observar o nível de consciência do paciente;
- Controlar rigorosamente os sinais vitais e registrar no prontuário do paciente;
- Observar penso cirúrgico, verificando se existe a presença de sangramento;
- Verificar o funcionamento de drenos e/ou sondas;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Observar a presença de diurese espontânea.

Cuidados
Ter bastante atenção na verificação dos sinais vitais do paciente, assim como das sondas, drenos, penso cirúrgico e diurese.

Ações em caso de não conformidade
- Se o penso cirúrgico apresentar sangramento, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente o médico cirurgião;
- Se os sinais vitais do paciente apresentar alguma alteração, comunicar a enfermeira chefe da unidade, para que a mesma informe imediatamente ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.12 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar o cumprimento da dieta alimentar prescrita para o paciente, assim como o encaminhamento correto de peças para exame na anatomia patológica, quando estas existirem.

Recursos Necessários
Mapa de dieta, prontuário do paciente, caneta, livro de protocolo, telefone, etiqueta e recipiente contendo a peça.

Atividades

- Receber a prescrição médica, indicando o tipo de dieta do paciente;
- Observar o horário da liberação da dieta;
- Informar ao serviço de nutrição sobre a dieta do paciente;
- Observar o nível de aceitação da dieta por parte do paciente;
- Identificar as peças encaminhadas pelo centro cirúrgico, juntamente com o paciente, para serem encaminhadas para exame de anatomia patológica da seguinte forma:
    1. Nome do paciente;
    2. Nome do médico;
    3. Tipo da peça;
    4. Data;
    5. Nome da pessoa que preparou;
- Protocolar a peça identificada e junto com a requisição de exame da mesma entregar para a *família* e/ou responsável.

Cuidados
Ter bastante atenção quando for identificar as peças que vão para exame de patologia, evitando trocas e erros.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente não tiver um bom nível de aceitação da dieta, informar ao médico assistente e à nutrição.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.13 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem ao paciente no puerpério		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente no puerpério receba todos os cuidados necessários.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e prontuário do paciente.

Atividades

- Receber a paciente do centro cirúrgico;
- Observar se o penso cirúrgico apresenta sinais de sangramento (no caso de cesariana);
- Observar se existe a presença de loquiação e registra no prontuário da paciente;
- Verificar se a paciente apresenta presença de colostro;
- Verificar se existe a presença de diurese espontânea;
- Estimular na paciente a amamentação e observar a aceitação do RN;
- Observar se a paciente apresenta sinais de mastite, psicose puerperal e infecção.

Cuidados

- Ter bastante atenção quanto as observações no estado geral para paciente;
- Não se esquecer de registrar no prontuário da paciente todas as informações quanto ao quadro clínico da mesma;
- Procurar estimular a amamentação e aceitação por parte do RN.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo a presença de sinas de sangramento no penso cirúrgico, comunicar imediatamente ao médico cirurgião;
Percebendo sinais de mastite, psicose puerperal e/ou infecção na paciente, comunicar ao médico obstetra imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4054
2

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.14 Emissão
Tarefa: solicitação de bolsas de sangue ao HEMOBA para a realização de transfusão sanguínea		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que as bolsas de sangue solicitadas são adequadas para a realização de hemo-tranfusão, evitando riscos para a vida do paciente.

Recursos Necessários
Requisição de transfusão sanguínea, telefone, prontuário do paciente, caneta e ambulância.

Atividades

- Checar no prontuário do paciente se existe solicitação do médico para transfusão sanguínea;
- Entrar em contato com o laboratório para a realização de exame de tipagem sanguínea do paciente;
- Entrar em contato com o HEMOBA informando sobre a necessidade de transfusão, comunicando a tipagem sanguínea do paciente e quantidades de bolsas;
- Solicitar ao laboratório a coleta de amostra de sangue do paciente;
- Acionar o motorista da ambulância, após confirmação do HEMOBA, quanto à disponibilidade de bolsas de sangue compatíveis com o paciente;
- Entregar ao motorista da ambulância a amostra de sangue do paciente, requisição com a solicitação do médico e informar a quantidade de bolsas necessárias;
- Receber a caixa térmica com gelo, contendo as bolsas de sangue.

Cuidados

- Ter bastante atenção quando informar a tipagem sanguínea para evitar erros, que ponham a vida do paciente em risco;
- Não manter contato com as bolsas de sangue.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente e seus familiares apresentarem resistência quanto a realização da transfusão sanguínea comunicar imediatamente ao serviço social e ao médico cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.15 Emissão
Tarefa: Preparo do paciente para a realização de transfusão sanguínea		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.

Recursos Necessários
Termômetro, prontuário do paciente e caneta.

Atividades
- Verificar a temperatura do paciente antes de iniciar a transfusão sanguínea e registrar no prontuário do mesmo;
- Registrar na evolução do paciente data e hora do início da instalação da bolsa de sangue;
- Monitorar os sinais vitais do paciente durante a transfusão.

Cuidados
- Não se esquecer de anotar data e hora da instalação da bolsa de sangue no prontuário;
- Não se esquecer de registrar no prontuário do paciente todas as informações sobre a transfusão sanguínea.

Ações em caso de não conformidade
- Se o paciente estiver com temperatura elevada, informar ao médico plantonista, antes de instalar a bolsa de sangue;
- Se durante a transfusão de sangue o paciente apresentar alguma alteração, comunicar o médico plantonista imediatamente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.16 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Instalação da bolsa de sangue		

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.

Recursos Necessários
Bolsa de sangue, equipo de uma via, prontuário do paciente, caneta e luvas.

Atividades
- Instalar a bolsa de sangue em equipo de uma via, após verificar temperatura e sinais vitais do paciente;
- Observar se o paciente apresenta hipertermia;
- Observar se o paciente apresenta prurido e hiperemia;
- Registrar no prontuário do paciente todas as informações e procedimentos realizados no paciente.

Cuidados
- Observar com bastante atenção se o paciente não apresenta nenhuma alteração durante a transfusão de sangue;
- O fluxo da bolsa de sangue deverá correr por um período máximo de 4 horas, após esse período suspender o uso da mesma.

Ações em caso de não conformidade
- Se o paciente apresentar hipertermia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário;
- Se o paciente apresentar prurido e/ou hiperemia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.17 Emissão
Tarefa: Encaminhar paciente para a realização de exames complementares de diagnóstico		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que todos os exames complementares de diagnósticos solicitados pelo médico assistente, para o paciente, serão realizados.

Recursos Necessários
Telefone, prontuário do paciente, caneta, requisição de exame e ficha de referência (para exames externos).

Atividades

- Verificar no prontuário do paciente se existe requisição de exames complementares solicitada pelo médico assistente;
- Ligar para o setor de imageologia informando sobre a solicitação de exame, atentando para os seguintes detalhes:
    1. RX – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar que o paciente seja chamado;
    2. USG – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar o chamado;
    3. ECG – informar o setor sobre a solicitação do exame e aguardar o chamado, salvo em casos especiais, realizar o exame;
    4. Patologia Clínica – informar o setor sobre a solicitação do exame, verificando a necessidade de preparo do paciente e aguardar que o técnico do laboratório venha realizar a coleta do material;
- Acompanhar o paciente para a realização dos exames levando junto o prontuário do paciente e a solicitação do exame feita pelo médico assistente;
- Ligar para unidade externa que realiza exames complementares, quando os exames solicitados pelo médico não podem ser realizados no HMD;
- Ligar para o serviço social informando da necessidade de acompanhar paciente para a realização de exame fora da instituição.

Cuidados
Atenção ao conferir as solicitações de exames complementares do paciente, evitando que algum deixe de ser realizado.

Ações em caso de não conformidade

- Se os setores que realizam os exames solicitados na puderem realizar os exames, solicitar uma previsão para a realização dos mesmos e informar ao médico pediatra;
- Se o acompanhante e/ou responsável não estiver com documentação para acompanhar o paciente em exame externo solicitar ao mesmo que vá buscar para então, seguir para a unidade onde o exame será realizado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.18 4058 Emissão
Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição		Revisão No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir a segurança do paciente nos casos de transferência.

Recursos Necessários
Formulário de solicitação de transferência de paciente, Ficha de Referência e Contra Referência e telefone.

Atividades

- Comunicar aos familiares sobre a necessidade de transferência do mesmo para outra instituição;
- Ligar para a instituição referenciada para a qual o paciente necessita ser transferido, verificando a existência de vaga e, sendo confirmada, informar sobre a transferência do mesmo;
- Informar ao Serviço Social sobre a transferência do paciente e para qual instituição o mesmo está sendo transferido;
- Preencher corretamente o Formulário de Solicitação de Transferência do paciente;
- Preencher a Ficha de Referência e Contra Referência;
- Verificar o prontuário do paciente e anexar o Formulário de Transferência;
- Ligar para a instituição referenciada informando-se sobre o atendimento do paciente.

Cuidados

- Só transferir o pacient4e quando a vaga na outra unidade de saúde estiver confirmada;
- Preencher corretamente a ficha de encaminhamento do pacient4e.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de ausência de vaga em outra unidade de saúde, solicitar ao Serviço Social que entre em contato com todas as instituições até conseguir uma.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.19
		Emissão
Tarefa: Transferência do paciente para outra instituição		Revisão
		No: Data:

SESG 4079 FLS. PROTOCOLO

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que a ambulância esteja pronta para a transferência do paciente.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades
- Comunicar ao motorista da ambulância que a mesma vai ser utilizada para transferência do paciente;
- Comunicar à recepção a saída do paciente;
- Acompanhar o paciente na transferência;
- Solicitar o serviço de higienização a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados
- Sempre informar ao motorista da ambulância a necessidade de uso da mesma;
- Sempre informar à recepção sobre a saída do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que a ambulância não esteja na instituição, informar ao médico para aguardar até a ambulância chegar.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.20 Emissão
Tarefa: Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data:

SECRETARIA GERAL / SES
GERÊNCIA DA
FLS Nº 406
FUNC.

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Agilizar o atendimento do funcionário que sofreu o acidente de trabalho, garantindo que todos os protocolos de segurança sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Telefone e luvas para exame.

Atividades
- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;
- Solicitar suporte emocional aos profissionais da saúde se for necessário;
- Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.

Cuidados
Não se esquecer de comunicar a todos os setores envolvidos com acidente de trabalho com perfuro-cortante.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.21 Emissão 1
Tarefa: Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão No: Data:

Executante
Médico.

Resultados esperados
Garantir atendimento ágil e eficiente ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.

Recursos Necessários
Luvas para exame, caneta, ficha de programação de avaliação de sorologias e ficha de relatório médico para encaminhamento de funcionário.

Atividades

- Examinar o funcionário que se acidentou com material perfuro-cortante;
- Avaliar o grau de risco de transmissão;
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subseqüente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão;
- Encaminhar o funcionário para o Hospital Central Roberto Santos (HCRS) – Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados

- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão;
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o HCRS, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário, informar a Coordenação de Enfermagem e encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.22 4062 Emissão
Tarefa: Assistência após a morte pela equipe de enfermagem		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que todos os protocolos necessários para assistir o paciente após a morte sejam cumpridos.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, Declaração de Óbito, caneta, mesa, cadeira e telefone.

Atividades

- Desligar todos os aparelhos (se for o caso) aos quais o paciente esteja ligado, após a confirmação do óbito do paciente por parte do médico plantonista;
- Registrar na evolução do prontuário do paciente o horário exato que o médico atestou o óbito para o preenchimento correto da Declaração de Óbito;
- Fornecer ao médico a Declaração de Óbito para que a mesma seja preenchida;
- Comunicar ao Serviço Social sobre o óbito para que o mesmo informe aos familiares;
- Providenciar ambiente privativo para a preparação do corpo;
- Utilizar os EPI's corretos durante a preparação do corpo;
- Encaminhar o corpo, após preparação, para o velório;
- Recolher e encaminhar sob protocolo todos os pertences do paciente para o Serviço Social;
- Protocolar a terceira via da Declaração de Óbito e entregar a família;
- Anexar ao prontuário do paciente a primeira e segunda via da Declaração de Óbito;
- Atualizar o censo diário da unidade de internamento, após o óbito do paciente;
- Encaminhar os equipamentos para limpeza;
- Solicitar ao serviço de higienização que proceda a limpeza e desinfecção do leito.

Cuidados

- Atenção ao colocar na evolução do prontuário o horário exato em que o médico atestou o óbito do paciente;
- Recolher, protocolar e enviar para o Serviço Social todos os pertences do paciente que se encontram na unidade de internamento;
- Atualizar o censo diário da unidade, após o óbito do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se houver alguma dúvida no preenchimento da evolução do prontuário, informar-se com o médico que atestou o óbito do paciente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.23 4047 Emissão
Tarefa: Preparação corpo pela equipe de enfermagem para envio ao velório		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem

Resultados esperados
Assegurar que o corpo do paciente morto receberá os devidos cuidados antes de ser enviado para o velório.

Recursos Necessários
Água, sabão, toalha, faixa crepe, atadura de gaze, atadura crepe, esparadrapo, lençol, maca, EPI's, etiqueta de identificação, livro de protocolo, caneta e telefone.

Atividades

- Colocar os EPI's e mantê-los durante todo o processo de preparação do corpo;
- Colocar o corpo no leito em posição supina, com cabeça elevada para evitar a hipótese sanguínea post morten (coloração arroxeada da face);
- Retirar sondas, cateteres, drenos e/ou cânulas em uso no paciente;
- Lavar o corpo de forma adequada e delicadamente com água e sabão e enxuga-lo com a toalha;
- Realizar curativos em toda e qualquer solução de continuidade que exista na pele do RN;
- Fazer o alinhamento corporal antes da rigidez cadavérica (rigor mortis);
- Recolocar prótese dentária se for o caso;
- Tamponar todos os orifícios e cavidades corporais com algodão seco em pinça longa (inclusive cavidade oral);
- Conter o corpo de forma anatômica (sustentar mandíbula com faixa crepe, prendendo a cabeça a faixa que sai do queixo; unir as mãos sobre o tórax e amarrá-las com atadura de gaze; unir os pés e amarrá-los com atadura crepe);
- Fechar as pálpebras e fixá-las com tiras de esparadrapo;
- Prender na altura do tórax a etiqueta adesiva de identificação do paciente;
- Providenciar maca para transportar o corpo do paciente para o velório;
- Forrar a maca com lençol de tecido e posteriormente com lençol descartável em diagonal;
- Deitar o corpo do paciente sobre o lençol descartável e dobrar o lençol sempre na diagonal, como se estivesse fazendo um envelope enrolando todo o corpo;
- Colocar a 2.ª etiqueta adesiva de identificação sobre o lençol descartável;
- Registrar no livro de protocolo o envio do corpo para o velório;
- Informar à portaria a descida do corpo para o velório;

Cuidados

- Atenção em cada procedimento do preparo do corpo;
- Atenção ao colocar a etiqueta de identificação do paciente, facilitando a visualização da mesma;
- Atenção ao entregar o corpo do paciente ao funcionário da portaria, trazendo de volta o livro de protocolo devidamente assinado.

Ações em caso de não conformidade
Observando alguma intercorrência durante o processo de preparo do corpo do paciente, comunicar imediatamente a chefia imediata da unidade.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4064
FLS.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.24 Emissão
Tarefa: Identificação e encaminhamento do corpo para o velório		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar a identificação correta do corpo do paciente e a entrega do mesmo no velório.

Recursos Necessários
Etiqueta de identificação, caneta, livro de protocolo, declaração de Nascidos Vivos e Declaração de Óbito.

Atividades
- Preencher corretamente a etiqueta de identificação de óbito com as devidas informações: nome completo do paciente, n.° do registro hospitalar, n.° do leito, unidade onde estava internado, data e hora do óbito;
- Encaminhar o corpo para o velório;
- Retornar do velório trazendo o livro de protocolo devidamente assinado pelo funcionário da portaria.

Cuidados
Atenção ao preencher as etiquetas de identificação do corpo e protocolar as declarações que deverão ser entregues à família do paciente.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo erros de preenchimento nas etiquetas, providenciar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

SES
405
FLS.
RUBRICA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.25 Emissão
Tarefa: Alta do paciente da unidade de internamento		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que o paciente esteja em perfeitas condições para sair de alta.

Recursos Necessários
Prontuário do paciente, livro de protocolo, relatório de alta, caneta e telefone.

Atividades

- Checar no prontuário do paciente a prescrição de alta hospitalar;
- Informar ao serviço social, nutrição e recepção sobre a alta do paciente;
- Protocolar exames e pertences e entregar ao paciente ou responsável;
- Providenciar a retirada de acesso venoso, sondas, cateteres, conforme prescrição;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados que deverá ter no retorno para casa;
- Registrar no prontuário do paciente a data e hora da alta hospitalar.

Cuidados

- Atenção ao registrar as informações necessárias no prontuário do paciente;
- Atenção ao protocolar todos os documentos que serão levados pelo paciente;
- Atenção ao passar todas as orientações quanto aos cuidados que o paciente deverá ter quando voltar para casa.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos em que se perceba alguma anormalidade no paciente na hora da alta hospitalar, comunicar ao médico plantonista imediatamente e solicitar aos familiares que aguardem a chegada do médico.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

42

SES
044
FLS.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Internamento**	POP.26 Emissão
Tarefa: Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir estoque de roupas suficientes dentro do Centro Cirúrgico.

Recursos Necessários
Ficha de previsão de roupa e caneta.

Atividades
- Checar o estoque de roupas existentes no setor;
- Fazer previsão de roupas para o período;
- Solicitar roupas à lavanderia nos horários determinados (manhã e tarde);
- Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas;
- Revisar as peças que não vierem acondicionadas de forma devida;
- Guardar as roupas recebidas no armário destinado as mesmas.

Cuidados
- Atenção na conferência do estoque de roupara para fazer uma previsão correta;
- Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia, para não guardar roupas que na estejam acondicionadas da forma correta.

Ações em caso de não conformidade
Devolver à lavanderia as roupas que não vierem acondicionadas de forma correta e solicitar a substituição das mesmas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.27
		Emissão
Tarefa: Descarte de roupa suja		Revisão
		No: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.

Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Atividades

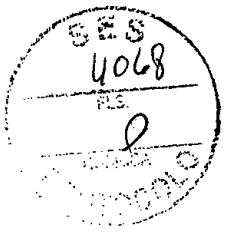
- Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos berços e roupas utilizadas pelos pacientes;
- Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário;
- Supervisionar a troca de roupas e vestes;
- Considerar contaminada toda roupa de cama ou veste encontrada suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), colocando-a no hamper forrado de saco plástico;
- Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes ou vírus;
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem;
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 1/3 da capacidade;
- Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após as técnicas de higienização do paciente e troca da roupa de cama;
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados.

Cuidados

- Atenção ao checar as condições das roupas dos leitos da unidade de internamento, evitando que peças sujas/contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte;
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper;
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor;
- Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por microorganismos multi resistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que os lençóis do leito e vestes do paciente ainda foram trocados, substituí-los imediatamente;
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper;
- Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com microorganismos multi resistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança pré-determinados, realizar o acondicionamento correto.



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internamento**	POP.28 0 Emissão
Tarefa: Solicitação do serviço de manutenção		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos existentes na unidade de internamento estejam em perfeito funcionamento, evitando por em risco a vida do paciente.

Recursos Necessários
Prancheta, caneta, ficha de ordem de serviço e livro de ocorrência.

Atividades
- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de avaliação da manutenção;
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias;
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção;
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material considerado irregular.

Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento/material que necessita de avaliação do serviço de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
- Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem;
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento e/ou material necessitar sair do setor, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

6. NORMAS DA IMAGEOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Imageologia**	EO.1 Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Imageologia		Revisão	
		Nº:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- Serviço de Raio-X:
  - Pacientes internados e/ou de emergência: 24 horas, de domingo a domingo, obedecendo a rotina estabelecida;
  - Pacientes de PSF e ambulatório: de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, excluindo feriado, seguindo a rotina;
- Serviço de Ultrassonografia:
  - Pacientes de PSF, ambulatório, internados e emergência: as terças e quintas-feiras das 08h às 17h, excluindo feriados, no Centro de Especialidades.
- Entrega de resultados de exames:
  a) Pacientes internados e/ou emergência: 24 horas, seguindo a rotina;
  b) Pacientes de PSF e ambulatório: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h, excluindo feriados, seguindo a rotina.

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, etc.) que buscam os serviços da Imageologia.

Normas

- A finalidade do serviço de imageologia é a realização de exames complementares de diagnóstico dos pacientes oriundos dos PSF's, ambulatório, internamento e emergência do Hospital Municipal de Madre de Deus, assim como atender a todos os munícipes de Madre de Deus;
- Solicitação de exames:
  - Pacientes de PSF: os exames serão realizados com encaminhamento do PSF, devidamente preenchido, solicitação do SUS, contendo o nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO
  - Pacientes do Programa do Ministério da Saúde no âmbito da Saúde Pública: os exames serão realizados, mediante a apresentação da solicitação feita por enfermeiros capacitados que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USG obstétrica) do Programa de Pré Natal de Baixo Risco;
  - Pacientes de ambulatório: os exames serão realizados com encaminhamento, via ambulatório, com a solicitação do SUS, devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO;
  - Pacientes internados: serão realizados os exames com encaminhamento, via internamento, com a solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO. Nas 24 horas, seguindo a rotina;
  - Paciente de emergência: serão realizados os exames com encaminhamento, via emergência, com a solicitação do SUS devidamente preenchida, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO. Nas 24 horas, seguindo a rotina;
- O quadro funcional é composto por médico radiologista, técnicos em radiologia e secretária;
- O médico radiologista trabalha de segunda a sexta-feira, emitindo laudos de RX e realizando USG's;
- Os técnicos em radiologia trabalham em regime de plantão 24 horas semanais;
- As trocas de escalas de plantão, somente serão concedidas, mediante a solicitação prévia junto à,

chefia imediata do serviço, que encaminhará à administração para análise. Nos casos positivos, registrar no livro de ocorrências, constando a assinatura dos interessados e da chefia imediata;

- Durante a jornada de trabalho, deverá ser observado o silêncio e a prática de falar baixo;
- Todos os funcionários deverão estar higienizados e devidamente uniformizados para iniciar a jornada de trabalho;
- Evitar o constrangimento de pacientes e/ou familiares, com observações ou discussões, na presença dos mesmos;
- Não é permitido fazer refeições dentro das salas de exames;
- Não é permitido fumar dentro das dependências do serviço de imageologia, durante a jornada de trabalho;
- É vedado a todos os funcionários, emitir comentários sobre os resultados de exames dos pacientes para quem quer que seja. O descumprimento dessa norma será considerado grave, passível de penalidades administrativas;
- É obrigatório registrar no Livro de Ocorrências todas as alterações durante a jornada de trabalho;
- É obrigatório o uso de EPI's por parte dos técnicos em radiologia, tais como: dosímetros, aventais específicos para a realização dos exames de RX e capas anti-radiação;
- As notificações de Doenças de Notificação Compulsória serão feitas pelo médico e/ou pela enfermeira;
- O boletim mensal sobre as Doenças de Notificação Compulsória será elaborado pela auxiliar administrativa.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

7. ROTINAS DA IMAGEOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.1 Emissão
Tarefa: Recebimento das solicitações de exames		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar administrativa.

Resultados esperados
Assegurar que as solicitações foram preenchidas devidamente e agilizar a realização dos pacientes.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, computador, material de expediente, telefone, guias com solicitação de exames do SUS.

Atividades
- Receber a planilha de agendamento dos exames de RX e USG;
- Conferir as solicitações de exames;
- Lançar no sistema todas as planilhas de exames.

Cuidados
Atenção quando conferir as solicitações de exames, verificando ser estão devidamente preenchidas e assinadas pelo médico solicitante (com carimbo).

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de solicitações que não estão preenchidas e assinadas corretamente, comunicar a chefia imediata para providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.2 Emissão
Tarefa: Liberação de exames extras		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira da unidade.

Resultados esperados
Assegurar a real necessidade do exame solicitado e agilizar a liberação do mesmo.

Recursos Necessários
Solicitação do exame.

Atividades
- Receber a solicitação de exame extra;
- Verificar a justificativa médica para a solicitação do exame;
- Liberar o exame.

Cuidados
Verificar se a justificativa para a solicitação do exame foi preenchida corretamente.

Ações em caso de não conformidade
Em casos de dúvidas quanto à justificativa constante na ficha de solicitação de exame extra, comunicar ao chefe do serviço para providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4074
FLS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.3 Emissão
Tarefa: Recepção do paciente no dia da realização do exame		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar administrativo.

Resultados esperados
Atendimento cortês, ágil e eficiente.

Recursos Necessários
Mesa e cadeira.

Atividades

- Receber o paciente;
- Perguntar ao paciente qual o exame que ele vai realizar;
- Pedir ao paciente que sente e aguarde ser chamado pelo técnico para a realização do exame.

Cuidados
Ser cordial e atenciosa com o paciente.

Ações em caso de não conformidade
Se o paciente manifestar dúvidas quanto ao exame que vai realizar, solicitar que o mesmo aguarde, pois o médico e/ou o técnico irá explicar como é o procedimento.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.4 Emissão
Tarefa: Orientações ao paciente sobre a realização do exame		Revisão No: Data:

SES 4079

Executante Médico (USG) e técnico em radiologia (RX).
Resultados esperados Esclarecer dúvidas e transmitir segurança ao paciente e/ou familiares.
Recursos Necessários Sala de exame.
Atividades • Chamar o paciente pelo nome; • Perguntar se o mesmo tem alguma dúvida quanto à realização do exame; • Esclarecer as dúvidas do paciente, nos casos afirmativos, usando uma linguagem de fácil compreensão.
Cuidados Atenção para usar uma linguagem de fácil compreensão quando for tirar dúvidas do paciente.
Ações em caso de não conformidade Não realizar o exame do paciente sem que todas as dúvidas do paciente sejam esclarecidas.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.5
		Emissão
Tarefa: Checagem do equipamento de Raio-X		Revisão
		No: / Data:

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Garantir que o equipamento está em perfeitas condições para a realização dos exames.

Recursos Necessários
Equipamento de Raio-X, dosímetro e aventais anti-radiação.

Atividades

- Ligar o equipamento, observando através da mesa de comando os seguintes itens:
  - Amperagem – varia de acordo com o tipo de exame a ser realizado;
  - Rede – deve estar em 200;
  - Quilovoltagem – que varia de acordo com o exame a ser realizado;
- Colocar o equipamento dentro dos padrões adequados ao exame que vai ser realizado.

Cuidados

- Nunca realizar exames sem antes verificar o equipamento;
- Sempre ajustar o equipamento para os padrões do exame a ser realizado.

Ações em caso de não conformidade
Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.6 Emissão
Tarefa: Checagem da processadora de Raio-X		Revisão No: Data:

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Garantir que a processadora esteja em perfeitas condições para revelar as películas de Raio-X.

Recursos Necessários
Processadora, solução reveladora e solução fixadora.

Atividades
- Verificar se a lâmpada de segurança da câmara escura está funcionando;
- Colocar as soluções reveladora e fixadora na processadora;
- Ligar a processadora;
- Aguardar 10 minutos para que a processadora aqueça.

Cuidados
- Verificar sempre a lâmpada de segurança da câmara escura, antes de executar os serviços;
- Sempre aguardar 10 minutos para o aquecimento da processadora.

Ações em caso de não conformidade
Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto;
Se a lâmpada de segurança da câmara escura não estiver funcionando, comunicar ao médico radiologista para que este tome as providências de substituição da mesma;
Se os níveis de solução (revelador e fixador) estiverem abaixo do exigido, adiciona uma nova quantidade de cada, para somente então, ligar a processadora.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.7 Emissão
Tarefa: Realização do exame de Raio-X		Revisão No: Data:

Executante
Técnico em radiologia.

Resultados esperados
Realização de exame de forma correta e ágil.

Recursos Necessários
Sala, equipamento de Raio-X, dosímetro e aventais anti-radiação.

Atividades

- Pedir ao paciente que troque as vestes pela bata, se for o caso;
- Colocar o paciente na mesa do equipamento;
- Informar ao paciente como ele deve proceder durante a realização do exame;
- Vestir o avental anti-radiação;
- Dirigir-se ao local de proteção, onde aciona o equipamento de Raio-X;
- Realizar o exame;
- Solicitar ao paciente que aguarde enquanto vai verificar se será necessário repetir o exame;
- Liberar o paciente se não houver necessidade de repetir o exame.

Cuidados
Só liberar o paciente, após confirmado que a película de Raio-X deu certo.

Ações em caso de não conformidade

- Toda e qualquer alteração durante o exame do paciente, solicitar a presença do médico radiologista;
- Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.8 Emissão
Tarefa: Checagem do equipamento de Ultra-som		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Garantir que o equipamento esteja em perfeitas condições para a realização dos exames.

Recursos Necessários
Ultra-som e sondas.

Atividades
- Ligar o equipamento, verificando se está intacto e em perfeito funcionamento;
- Verificar se todas as sondas necessárias para a realização dos diversos tipos de exames estão completas.

Cuidados
- Atenção antes de ligar o equipamento, verificando se o mesmo está conectado na tomada correta;
- Atenção ao checar as sondas, verificando se as mesmas estão limpas antes da realização dos exames.

Ações em caso de não conformidade
Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que se providencie o conserto;
Se faltar algum sonda do equipamento e/ou quebra-se, informar à administração para que as providências de substituição das mesmas sejam feita.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.9 4088 Emissão 2
Tarefa: Realização do exame de ultrassonografia		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Realização de exame de forma correta e ágil.

Recursos Necessários
Sala, equipamento de ultra-som e maca de exame apropriada.

Atividades

- Pedir ao paciente que troque as vestes pela bata, se for o caso;
- Colocar o paciente na mesa de exame;
- Informar ao paciente como ele deve proceder durante a realização do exame;
- Realizar o exame;
- Liberar o paciente.

Cuidados
Conversar com o paciente usando uma linguagem de fácil compreensão com a finalidade de esclarecer todas as dúvidas do mesmo a respeito do exame.

Ações em caso de não conformidade
Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que providencie o conserto.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES 4081

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imageologia**	POP.10 Emissão	
Tarefa: Emissão de laudo dos exames – Raio-X		Revisão	
		No:	Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Agilidade na emissão do laudo do exame.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, película de Raio-X, negatoscópio, formulário de laudo e caneta.

Atividades

- Receber a película de Raio-X do técnico de radiologia;
- Analisar a película através do negatoscópio;
- Escrever o laudo do exame;
- Entregar o laudo do exame na recepção para ser digitado;
- Assinar e carimbar o laudo do exame, após digitação.

Cuidados

- Atenção na identificação do nome do paciente no laudo, evitando troca de exames.
- Atenção antes de assinar e carimbar o resultado do exame, verificando todas as informações digitadas no laudo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de erro de digitação do laudo do exame, devolver para a recepção e solicitar a digitação do laudo com as devidas correções.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.11 Emissão
Tarefa: Emissão do laudo do exame: ultrassonografia		Revisão No: Data:

Executante
Médico radiologista.

Resultados esperados
Agilidade na emissão do laudo do exame.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, formulário de laudo de exame, película do exame de ultra-som e caneta.

Atividades
- Analisar a película do exame de ultra-som;
- Escrever o laudo do exame;
- Entregar o laudo do exame na recepção para ser digitado;
- Assinar e carimbar o laudo do exame, após digitação.

Cuidados
- Atenção na identificação do nome do paciente no laudo, evitando troca de exames.
- Atenção antes de assinar e carimbar o resultado do exame, verificando todas as informações digitadas no laudo.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de erro de digitação do laudo do exame, devolver para a recepção e solicitar a digitação do laudo com as devidas correções.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

4083

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Imageologia**	POP.12 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção das bancadas		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de higiene.

Resultados esperados
Garantir a limpeza e higienização das bancadas de trabalho.

Recursos Necessários
Luvas, pano limpo, água, sabão e álcool a 70%.

Atividades

- Calçar luvas;
- Pulverizar álcool a 70% em toda a extensão da bancada;
- Passar pano limpo, umedecendo toda a área, removendo a sujidade;
- Retirar o excesso com pano limpo seco;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos com água e sabão.

Cuidados
Não se esquecer de limpar diariamente as bancadas de trabalho.

Ações em caso de não conformidade
Na falta de algum material para a higienização das bancadas, informar a chefia imediata para que as providências de reposição de material seja feita.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

8. NORMAS DO NECROTÉRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Necrotério**	EO.1
		Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Necrotério		Revisão
		Nº: Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
24 horas em regime de sobre-aviso.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários que vieram a óbito.

Normas

- O setor de necrotério deverá ser mantido higienizado e mantido fechado constantemente, abrindo apenas quando necessário;
- A chave do setor de necrotério deverá ficar sempre com o serviço de vigilância e a mesma deverá ser entregue sob protocolo quando houver necessidade;
- Todas as peças humanas, resultados de amputação, restos placentários e nati-mortos com menos de 500 grs. deverão ser armazenadas no setor de necrotério, para posteriormente serem enviadas ao Instituto Médico Legal (IML)ç
- As peças armazenadas no setor de necrotério deverão ser enviadas ao Instituto Médico Legal (IML) semanalmente;
- O serviço de higienização deverá realizar a limpeza do setor sempre que o corpo for retirado;
- O setor de necrotério permanecerá aberto para os familiares e amigos do paciente falecido até que os mesmos encaminhem o corpo para o sepultamento.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

42

9. ROTINAS DO NECROTÉRIO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.1 Emissão
Tarefa: Abertura do necrotério por morte de paciente		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Assegurar que o necrotério estará aberto para receber o corpo do paciente.

Recursos Necessários
Telefone.

Atividades
- Ligar para o serviço de vigilância informando que precisa da chave do necrotério para encaminhar corpo do paciente falecido;
- Pegar no serviço de vigilância a chave do necrotério;
- Abrir o necrotério.

Cuidados
Ligar para a vigilância antes de ir pegar a chave do necrotério.

Ações em caso de não conformidade
Se não houver ninguém no setor de vigilância, ligar para a portaria solicitando que providencie uma chave para abrir o necrotério.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

SES 4084

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.2 Emissão
Tarefa: Transporte do corpo para o necrotério		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliares e técnicos de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o corpo do paciente será colocado com os devidos cuidados no necrotério.

Recursos Necessários
Maca e mesa de mármore.

Atividades
- Colocar o corpo sobre a maca;
- Cobrir o corpo do paciente;
- Transportar o corpo até o necrotério;
- Colocar, com os devidos cuidados, corpo do paciente falecido sobre a mesa de mármore.

Cuidados
Atenção na hora de colocar o corpo sobre a mesa de mármore para que o mesmo não caia no chão.

Ações em caso de não conformidade
Se o auxiliar/técnico não tiver condições de colocar o corpo do paciente falecido na mesa de mármore sozinho, solicitar ajuda dos profissionais de apoio.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES 4081

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério**	POP.3 Emissão
Tarefa: Solicitação de limpeza do setor de necrotério		Revisão No: Data:

Executante Enfermeira.
Resultados esperados Agilidade na higienização do setor.
Recursos Necessários Telefone.
Atividades • Ligar para o serviço de higienização e solicitar que o setor de necrotério seja limpo, após a saída do corpo e familiares; • Solicitar ao serviço de higienização que faça o recolhimento dos materiais que seguirão para descarte.
Cuidados Ser ágil na solicitação de higienização do setor de necrotério, pois pode surgir uma necessidade imediata.
Ações em caso de não conformidade Caso o serviço de higienização não possa comparecer ao necrotério imediatamente após a retirada do corpo e saída dos familiares, solicitar que a limpeza seja feita tão logo quanto possível.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

4088

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Necrotério**	POP.4 Emissão
Tarefa: Higienização e fechamento do necrotério		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de higienização.

Resultados esperados
Garantir que o setor ficará devidamente fechado até surgir uma necessidade de uso deste.

Recursos Necessários
Chave do necrotério.

Atividades
- Providenciar a limpeza do necrotério, conforme os padrões de higienização;
- Fechar o necrotério, certificando-se de que tudo está no seu devido lugar;
- Entregar no serviço de vigilância a chave do necrotério.

Cuidados
Atenção na hora de fechar o necrotério, verificando se realmente a porta foi fechada.

Ações em caso de não conformidade
Se não tiver ninguém no setor de vigilância que for entregar a chave, dirigir-se a portaria e entregar a chave ao porteiro.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

42

4089

CENTRO DE MATERIAIS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Central de Materiais e Esterilização**	EO.1 Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área da Central de Materiais e Esterilização		Revisão No:	Data:

Horário de funcionamento da área/serviço
Diariamente das 07h às 19h, inclusive feriados e finais de semana.

Clientes da área/serviço
Todos os usuários do hospital (pacientes, médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que necessitam dos serviços da Central de Materiais e Esterilização.

Normas

- Todos os funcionários da CME deverão adotar as medidas de precaução padrão (medidas de barreira – higiene básica das mãos) para evitar a contaminação a partir de sangue, secreções e excreções;
- Somente poderão acessar as dependências da CME, os funcionários higienizados e devidamente paramentados;
- A porta que dá acesso as dependências da CME deverá ser mantida fechada, exceto nos horários de troca de material sujo;
- O profissional escalado para plantão na área suja será o responsável pelo controle de entrada/saída de pessoal e entrada de materiais;
- A programação cirúrgica deverá ser entregue na CME até as 12:30h do dia anterior às cirurgias, para que os materiais cirúrgicos possam ser preparados com antecedência;
- A CME deverá encaminhar para o centro cirúrgico os materiais, conforme segue:
    1. Na tarde anterior a cirurgia, <u>para cirurgias do período matutino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;
    2. Na manhã da cirurgia, <u>para cirurgias no período vespertino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos;
- É de responsabilidade da enfermeira do centro cirúrgico informar a enfermeira da CME toda e qualquer alteração na programação cirúrgica, tais como: suspensão de cirurgias, urgências, emergências, mudança de porte, mudança de procedimento e necessidade de outros materiais;
- Todo e qualquer material proveniente de outra instituição e/ou uso particular deverá ser entregue na CME para processamento, com 48 horas de antecedência da data prevista da cirurgia:
    1. Cirurgias programadas na segunda-feira – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser até sexta-feira;
    2. Cirurgias programadas me feriados – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser na véspera;

- Todo material que estiver destinado a ser processado por óxido de etileno deverá ser encaminhado para a CME;
- Todos os materiais processados com óxido de etileno deverão ter suas notas *fiscais e materiais*, conferidas e assinadas pela enfermeira da CME e encaminhadas para a Diretoria Administrativa;
- A enfermeira da CME ou funcionária designada para tal será responsável pela inspeção de entrada/saída de material e/ou equipamento externo ou de uso particular;
- A entrada/saída de todo e qualquer material e/ou equipamento externo deverá ser feita sob protocolo;
- Todo e qualquer material e/ou equipamento externo ou de uso particular deverá ter um impresso com os itens do produto;
- Toda e qualquer visita à CME deverá ser agendada previamente, através de comunicado formal, com a enfermeira da unidade ou secretária;
- Todo e qualquer material sujo deverá ser encaminhado para CME em caixas fechadas e com

tampa com cuidado de proteção;

- Todo e qualquer material sujo que der entrada na CME deverá ser inspecionado e protocolado pela auxiliar de enfermagem e auxiliar da recepção de área suja;
- Todo e qualquer material que tenha a sua integridade e/ou funcionalidade alterada deverá ser devolvido para a CME mediante protocolo;
- O transporte de material esterilizado para as unidades deverá ser feito dentro de recipientes fechados com tampa;
- Todo e qualquer material estéril a óxido de etileno, proveniente de empresa ou de uso particular, deve ser encaminhado previamente para a CME, para avaliação pela enfermeira e disponibilizado para o setor de origem;
- Toda e qualquer intercorrência que aconteça na CME deverá ser comunicada imediatamente a enfermeira da unidade, para que sejam tomadas as providencias necessárias. Na ausência da enfermeira, a comunicação deverá ser feita à secretária ou ao funcionário designado por ela para este fim;
- Ao final do expediente, o funcionário designado deverá fazer a revisão da CME (referente à parte elétrica e limpeza;
- É de responsabilidade do funcionário da CME zelar por toda a estrutura física e equipamentos da mesma;
- Todos os danos causados por mau uso deverão ser ressarcidos pelo funcionário da CME;
- É de responsabilidade da CME devolver todo material e/ou equipamento processado de forma íntegra;
- Somente a enfermeira da CME poderá autorizar a entrega e/ou recebimento de material/equipamento fora dos horários pré-estabelecidos;
- Mensalmente deverá ser realizada uma reunião com todos os funcionários da CME, sendo obrigatória a participação de todos;
- O empréstimo de todo e qualquer material/equipamento somente poderá ser feito após autorização da diretoria do HMD;
- Os materiais/equipamentos que não pertençam a instituição somente poderão ser processados na CME após autorização da diretoria do HMD;
- Periodicamente deverão ser realizados cursos de atualização para os funcionários da CME, sendo obrigatória a presença de todos;
- O horário de distribuição de material estéril é das 08h às 12h;
- É obrigatório o uso de protetor auricular quando o funcionário for usar ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Central de Materiais e Esterilização**	EO.2 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas para a seleção de embalagens na Central de Materiais e Esterilização**		Revisão No: Data:

SES 4091 FLS. PROTOCOLO

Normas

- A seleção de embalagens para a CME deve obedecer aos critérios abaixo relacionados:
  1. Ser apropriada para o tipo de material, o método de esterilização utilizado e suportar as condições físicas do processo;
  2. Prover integridade adequada de selagem e ser à prova de violação;
  3. Ser barreira microbiana;
  4. Fornecer barreira adequada a líquidos;
  5. Permitir remoção de ar adequada;
  6. Permitir a penetração e remoção de agente esterilizante;
  7. Proteger o conteúdo da embalagem de danos físicos;
  8. Resistir a rasgos e perfurações;
  9. Ser livre de furos e micro-furos;
  10. Não conter ingrediente tóxico, alvejantes ópticos, corante ou amido;
  11. Ter imprimido o indicador químico específico para cada tipo de esterilização;
  12. Evitar liberação de fibras ou partículas;
  13. Não oferecer dificuldades à abertura do pacote;
  14. Ter uma relação custo/benefício positiva;
  15. Ser facilmente encontrada no mercado;
- O sistema de embalagens deve ser usado de acordo com as instruções escritas pelo fabricante e ter registro no Ministério da Saúde.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.1 Emissão 4/92
Tarefa: Transporte de material sujo		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material sujo seja transportado de forma correta, evitando o perigo de contaminação.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas, máscaras, carro de transporte de material sujo fechado e com tampa, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI's corretos (máscara e luvas);
- Dispor o material sujo dentro do carro de transporte;
- Protocolar em livro próprio os materiais que estão sendo encaminhados para a CME;
- Conferir junto com o responsável pelo recebimento de material sujo, os materiais que estão sendo entregues;
- Retornar para o setor de origem com o livro de protocolo.

Cuidados

- Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;
- Nunca transportar material sujo sem o uso correto dos EPI's;
- Nunca transportar material sujo em carro que não seja específico para esta função.

Ações em caso de não conformidade

- Se o carro de transportar o material sujo apresentar problemas, comunicar a chefia da CME para que providencie o conserto e/ou a substituição do mesmo;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.2 Emissão: Revisão: No: Data:
Tarefa: Recepção de material sujo pela <u>área suja</u>		

SES 4093 FLS. PRICA PROTOCOLO

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material sujo seja recebido de forma correta, evitando o perigo de contaminação.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar os EPI's corretos (óculos, avental, máscara com filtro químico, luvas de látex cano longo);
- Conferir o material sujo que está recebendo, atentando para o quantitativo, condições gerais e funcionalidade;
- Assinar o protocolo após conferência do material sujo;
- Distribuir o material/artigo para lavagem mecânica ou manual;
- Verificar se existe a necessidade de lubrificação e/ou desoxidação do material/artigo, após o termino da lavagem;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos;
- Reiniciar o processo de lavagem do material/artigo, caso verifique que a limpeza não atingiu os padrões exigidos pelas normas;
- Encaminhar o material/artigo limpo para a área de preparo.

Cuidados

- Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's;
- Nunca manusear material/artigo sujo sem estar usando os EPI's corretos;
- Muita atenção ao conferir o material que está sendo recebido;
- Muita atenção na verificação do material/artigo após a lavagem, verificando se a mesma atingiu os padrões exigidos.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, anotar no protocolo de recebimento e registrar no livro de ocorrência da CME;
  Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.3 Emissão SES 4094 FLS.
Tarefa: Recepção e esterilização de material lavado autoclavável		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material processado na autoclave seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de Kevlar, máscara e propé), papel manta (próprio para envolver o material/artigo que vai para a autoclave), etiqueta e caneta.

Atividades

- Receber os matérias/artigos limpos;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos recebidos;
- Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;
- Dispor o material/artigo em invólucro apropriado antes de colocá-los na autoclave;
- Identificar o material/artigo conforme a rotina (data, lote, validade, processo que foi submetido e assinatura do responsável;
- Monitorar cada lote ou carga no processo de esterilização;
- Utilizar luvas de Kevlar quando for retirar da autoclave os materiais/artigos processados;
- Encaminhar, com técnica adequada, o material/artigo estéril para a sala de acondicionamento, utilizando máscara e propé.

Cuidados

- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos limpos recebidos;
- Nunca se esquecer de envolver o material/artigo que será processado na autoclave no papel manta;
- Nunca se esquecer de usar as luvas de Kevlar quando for retirar os materiais/artigos esterilizados;
- Nunca se esquecer de identificar o material/artigo conforme a rotina utilizada;
- Nunca se esquecer de utilizar os EPI's corretos quando for encaminhar os materiais/artigos estéreis para a sala de acondicionamento.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

42

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.4 SES Emissão 4095 RUBRICA PROTOCOLO
Tarefa: Recepção e esterilização de material lavado em solução		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material processado em solução seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, máscara com filtro químico, óculos, avental, protetor auricular), compressa estéril, ar comprimido, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Receber os materiais limpos;
- Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos recebidos;
- Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido;
- Imergir o material/artigo em solução própria para esterilização, respeitando o tempo necessário de exposição dos mesmos;
- Utilizar pinça mestra quando imergir os materiais/artigos dentro da solução;
- Retirar o material/artigo de forma asséptica;
- Secar o material com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular);
- Acondicionar o material/artigo em invólucro apropriado;
- Devolver o material/artigo processado ao setor de origem, mediante protocolo.

Cuidados

- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos limpos recebidos;
- Nunca se esquecer de usar a pinça mestra quando for imergir os materiais/artigos dentro da solução;
- Respeitar o tempo necessário para a exposição dos materiais/artigo dentro da solução;
- Nunca se esquecer de utilizar o papel invólucro correto quando o material/artigo estiver seco.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.5 Emissão
Tarefa: Recepção de materiais esterilizados na sala de acondicionamento		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o matéria/artigo processado/esterilizado está acondicionado dentro das normas e exigências sanitárias.

Recursos Necessários
EPI's (propé, máscara e gorro), livro de protocolo, livro de ocorrência e caneta.

Atividades

- Colocar EPI's para receber os materiais/artigos esterilizados;
- Dispor os materiais/artigos conforme as normas e exigências sanitárias;
- Manipular os materiais/artigos esterilizados, o mínimo possível;
- Controlar e registrar a temperatura da sala de acondicionamento de materiais esterilizados;

Cuidados

- Nunca colocar os materiais/artigos uns sobre os outros;
- Ter bastante atenção com os materiais/artigos delicados e perfuro-cortantes;
- Ter bastante atenção para não perfurar o invólucro dos materiais (grau – cirúrgico);
- Devolver ou emprestar materiais/artigos somente após autorização da chefia da CME e mediante protocolo.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que algum material/artigo está com o invólucro perfurado, devolver para a área de processamento;
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber que a temperatura da sala de acondicionamento não está dentro dos padrões, comunicar a enfermeira chefe da CME para que a mesma tome providências;
- Se no manuseio de material/artigo perfuro-cortante esterilizado, o profissional se machucar, comunicar a chefia da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.6 Emissão 4.09
Tarefa: Recebimento de material/artigo médico-hospitalar		Revisão No: Data:

SES

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material/artigo hospitalar seja recebido da forma correta.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's, ficha de conferência de material e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos;
- Colocar EPI's (luvas de procedimento e avental);
- Receber os materiais/artigos médico-hospitalares;
- Conferir os materiais/artigos quanto à integridade, quantidade e funcionalidade dos mesmos;
- Registrar em impresso/protocolo o recebimento dos materiais/artigos, após conferência;
- Registrar em impresso própria a ausência de algum material/artigo;
- Solicitar a assinatura do responsável pela entrega dos materiais/artigos.

Cuidados

- Não receber os materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Ter atenção no momento da conferência dos materiais/artigos recebidos;
- Não se esquecer de registrar a ausência de algum material/artigo.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.7 Emissão Revisão No: Data:
Tarefa: Limpeza de motores e serras		

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os motores e serras serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, toalha papel, detergente enzimático, EPI's (luvas, avental, máscara), recipiente para colocar o detergente.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e máscara);
- Desconectar cada acessório: motor, peça de mão, protetor de boca, broca, serra e lâmina;
- Imergir totalmente os acessórios em um recipiente com detergente enzimático, exceto a peça do motor;
- Verificar a qualidade da limpeza.

Cuidados
- Não iniciar a limpeza dos acessórios sem estar utilizando os EPI's;
- Não se esquecer de desconectar os acessórios;
- Nunca imergir o motor no detergente enzimático;
- Refazer a limpeza dos acessórios se os mesmo apresentarem ainda alguma sujidade.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo;
- Se perceber alguma avaria nos acessórios, comunicar a enfermeira chefe da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.8 Emissão
Tarefa: Limpeza de equipamentos pneumáticos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os equipamentos pneumáticos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas de látex, avental e óculos), compressa limpa, lubrificante mineral, tecido claro e escovas.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas de látex, avental e óculos);
- Conectar o chicote na peça de mão do aparelho;
- Enxaguar com água corrente, removendo o excesso de sujidade, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo;
- Lavar todos os acessórios, tais como, lâminas, brocas e chicotes manualmente, utilizando escovas próprias para essa finalidade;
- Enxaguar abundantemente os acessórios em água corrente, evitando a entrada de água no chicote;
- Secar os acessórios com compressa limpa;
- Verificar se os acessórios estão totalmente limpos;
- Organizar os acessórios e encaminhá-los para a sala de preparo;
- Submeter os acessórios a um método de limpeza que seja eficaz e conserve os mesmos;
- Separar os instrumentos cirúrgicos, sempre que possível;
- Abrir as pinças e desconectar os componentes desmontáveis;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos pneumáticos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Atenção quando for enxaguar o aparelho, deixando sempre a ponta do mesmo para baixo;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a

dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES
4101
FLS.
RUBRICA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.9
		Emissão
Tarefa: Limpeza de equipamentos elétricos		Revisão
		No: / Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os equipamentos elétricos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental e óculos) tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e óculos);
- Iniciar o processo de limpeza utilizando um tecido macio limpo, embebido com detergente enzimático para retirar a sujidade;
- Usar um tecido limpo úmido até que retire todo o detergente do aparelho;
- Conferir a limpeza realizada, verificando a existência de resíduo de sujidade e a presença de danos no aparelho;
- Encaminhar equipamento para a área de preparo;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.
- Inspecionar a qualidade da limpeza;
- Validar o processo de limpeza dos equipamentos/materiais/artigos.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos elétricos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

SES
4102

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES 4107 Fls

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.10 Emissão
Tarefa: Limpeza de materiais/artigos específicos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental e óculos) tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental e óculos);
- Lavar peça por peça, fazendo fricção, utilizando escova apropriada no corpo, nas articulações e na cremalheira da pinça, seguindo a direção das ranhuras;
- Lavar manualmente os instrumentos cirúrgicos delicados;
- Submeter os materiais/artigos a um método de limpeza que seja eficaz e conserve o material;
- Separar os materiais cirúrgicos, sempre que possível;
- Abrir as pinças e desconectar componentes desmontáveis;
- Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora;
- Enxaguar abundantemente o material/artigo;
- Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada;
- Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor;
- Inspecionar a qualidade da limpeza;
- Validar o processo de limpeza dos equipamentos/materiais/artigos.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos;
- Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora;
- A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente;
- A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido;
- Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra;
- Todos os instrumentos/materiais/artigos recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso;
- Somente secar os instrumentos/materiais/artigos em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;
- Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor.

0593

SES
4104

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME;
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.11
		Emissão 4105
Tarefa: Limpeza de materiais de assistência respiratória		Revisão
		No: / Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais de assistência respiratória serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental impermeável, abafador de ruídos e óculos), compressa estéril, ar comprimido, solução enzimática e recipiente para a solução

Atividades

- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental impermeável e óculos);
- Desconectar as válvulas, diafragmas, pequenos copos de reservatório;
- Imergir totalmente o artigo em um recipiente contendo solução enzimática a fim de evitar perdas;
- Imergir totalmente os artigos (traquéias, ambús, máscaras) em um recipiente contendo solução enzimática;
- Lavar os artigos;
- Enxaguar bem os artigos;
- Secar os artigos com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular), antes de proceder à desinfecção ou esterilização dos mesmos;
- Inspecionar a qualidade da limpeza realizada;
- Encaminhar para o processo de esterilização ou desinfecção, conforme o tipo de artigo.

Cuidados

- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Atenção ao desconectar os artigos para que não haja perdas;
- Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;
- Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.

Ações em caso de não conformidade

- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.12 4/04 Emissão
Tarefa: Limpeza dos artigos tubulares		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os artigos tubulares serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas de látex, avental, protetor auricular e óculos), seringa, recipiente para solução enzimática, ar comprimido, hipoclorito de sódio a 1%, solução enzimática ou lavadora ultra-sônica.

Atividades
- Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha;
- Colocar os EPI's (luvas, avental impermeável e óculos);
- Lavar os artigos tubulares o mais rápido possível para assegurar uma limpeza eficiente;
- Aspirar água abundantemente para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;
- Submergir as tubulações, garantido que o ar possa sair do lúmen;
- Observar a entrada de água por todo o lúmen ou forçar a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa;
- Imergir os artigos em recipiente contendo solução enzimática ou na lavadora ultra-sônica;
- Secar com ar comprimido (usar o protetor auricular);
- Encaminhar os artigos para o processo de esterilização por óxido de etileno ou autoclave à vapor;
- Realizar a desinfecção química com hipoclorito de sódio a 1%, obedecendo à técnica estabelecida.

Cuidados
- Nunca iniciar a limpeza materiais/artigos sem estar usando os EPI's corretamente;
- Nunca esquecer da aspirar com água abundante para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo;
- Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos;
- Atenção na inspeção da qualidade da limpeza.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.13 Emissão
Tarefa: Utilização do protetor auricular		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o protetor auricular será higienizado e usado corretamente.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, álcool a 70%, saco plástico.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Higienizar o protetor auricular com uma compressa limpa, embebida em álcool a 70% no início da jornada de trabalho;
- Manter o protetor auricular em local visível, próximo à saída do ar comprimido;
- Guardar o protetor auricular dentro de um saco plástico, após a jornada de trabalho.

Cuidados

- Nunca esquecer de higienizar as mãos antes usar o protetor auricular;
- Nunca esquecer de higienizar o protetor auricular no início da jornada de trabalho;
- Usar sempre o protetor auricular quando utilizar ar comprimido medicinal ou equipamentos ruidosos;
- Manter o protetor auricular próximo da saída de ar comprimido.
- Não esquecer de guardar em um saco plástico o protetor auricular, após a jornada de trabalho.

Ações em caso de não conformidade

- Nos casos de perdas ou danos ao protetor auricular, comunicar imediatamente a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.14 Emissão:
Tarefa: Secagem de artigos/materiais médico-hospitalares		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos médico-hospitalares sejam secos com a técnica correta, permitindo o aumento de vida útil dos artigos/materiais, sobretudo, àqueles que possuem articulações, ranhuras e cremalheiras.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, protetor auricular, pistola de ar comprimido.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Enxugar as mãos com uma compressa limpa;
- Colocar o protetor auricular;
- Inspecionar os materiais/artigos quanto à limpeza realizada, integridade e funcionalidade dos mesmos;
- Realizar a secagem dos materiais/artigos com a pistola de ar comprimido;
- Encaminhar os materiais/artigos para a área de preparo.

Cuidados
- Sempre higienizar as mãos antes de iniciar a secagem dos materiais/artigos médico-hospitalares;
- Ter bastante atenção quando for inspecionar a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos médico-hospitalares;
- Nunca esquecer de usar o protetor auricular quando for utilizar o ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.

Ações em caso de não conformidade
- Se o protetor auricular apresentar avaria, comunicar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição do mesmo;
- Se a pistola de ar comprimido apresentar problemas/defeitos, informar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie o conserto desta;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

42

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.15 Emissão Fls.
Tarefa: Lubrificação de materiais/artigos médico-hospitalares		Revisão No: Data:

SES 409 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos médico-hospitalares sejam lubrificados da forma correta, permitindo o aumento de vida útil destes.

Recursos Necessários
Água, sabão, papel toalha, EPI's (avental impermeável, óculos, luvas), lubrificante, recipiente limpo, compressa limpa e papel invólucro apropriado.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão e, secá-las com papel toalha;
- Colocar os EPI's (avental impermeável, óculos e luvas);
- Diluir o lubrificante conforme indicação do fabricante e colocá-lo dentro do recipiente limpo;
- Imergir os materiais/artigos abertos dentro da solução deixando-os permanecer durante o tempo indicado pelo fabricante;
- Retirar os materiais/artigos e colocá-los sobre uma compressa limpa;
- Esperar que os materiais/artigos sequem;
- Acondicionar os materiais/artigos em papel apropriado.

Cuidados
- Atenção ao diluir o lubrificante para que seja feito, conforme indicações do fabricante;
- Atenção ao imergir com os materiais/artigos na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;
- Somente envolver os materiais/artigos em papel apropriado, após a secagem total dos mesmos.

Ações em caso de não conformidade
- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a lubrificação do materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar algum produto necessário para a execução da tarefa de lubrificar os materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.16 Emissão
Tarefa: Utilização de ar comprimido		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o ar comprimido medicinal será utilizado dentro dos padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa, EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular), malhar tubular estéril e pistola.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;
- Colocar os EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular);
- Colocar a malha tubular estéril na pistola de ar comprimido;
- Pressionar a pistola e iniciar o processo de secagem dos materiais/artigos;
- Retirar a malha tubular da pistola após o término da secagem.

Cuidados
Somente iniciar o processo de secagem após higienizar as mãos, colocar os EPI'S e colocar a malha tubular na pistola de ar comprimido.

Ações em caso de não conformidade

- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a secagem do materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.17 Emissão 1/11 FLS.
Tarefa: Desinfecção de materiais/artigos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos serão desinfetados, conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, protetor auricular, gorro, máscara, avental impermeável e óculos de proteção), recipiente de plástico rígido ou vidro com tampa, compressa limpa, cuba metálica, solução desinfetante, água estéril, papel manta, pistola de ar comprimido e álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar os EPI's necessários (luvas de borracha, gorro, máscara, óculos de proteção e avental impermeável) antes de iniciar o processo de desinfecção dos materiais/artigos;
- Colocar na tampa do recipiente (vidro ou plástico rígido) a identificação do processo realizado (nome da solução desinfetante, data da manipulação, validade e responsável);
- Lavar os materiais/artigos e secá-los antes de submergi-los na solução desinfetante;
- Colocar a solução desinfetante em quantidade suficiente no recipiente apropriado e identificado;
- Imergir os materiais/artigos dentro da solução desinfetante, de forma que fiquem envolvidos completamente;
- Preencher com solução desinfetante os materiais/artigos que contenham áreas ocas;
- Deixar os materiais/artigos imersos em solução desinfetante, conforme as instruções do fabricante (utilizar um timer);
- Enxaguar abundantemente com água estéril os materiais/artigos que foram submetidos à solução desinfetante química;
- Colocar os materiais/artigos desinfetados sobre compressas limpas, cuidando para que não haja recontaminação dos mesmos;
- Colocar protetor auricular e iniciar o processo de secagem com a pistola de ar comprimido medicinal;
- Proceder à secagem rigorosa dos materiais/artigos antes de guardar, evitando surgimento e/ou crescimento de fungos;
- Fazer a revisão de todo o material/artigo desinfetado e seco;
- Acondicionar os materiais/artigos em recipientes e/ou invólucros apropriados;
- Lavar o recipiente da solução e desinfetá-lo com álcool a 70%;
- Guardar o recipiente em local apropriado.

Cuidados
- Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa;
- Colocar os EPI's antes da realização de processo (desinfecção e secagem);
- Colocar os materiais/artigos dentro de cuba metálica, sobre compressa limpa, se for necessário, evitando o desgaste dos mesmos;
- Preencher com solução desinfetante os materiais/artigos que contenham áreas ocas;
- Adotar métodos de validação e monitoração dos processos de desinfecção;
- Controlar a qualidade dos processos de desinfecção;
- Atenção ao imergir com os materiais/artigos na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante;

42

- Somente envolver os materiais/artigos em papel e/ou recipiente apropriado, após a secagem totais dos mesmos;
- Desinfetar o recipiente da solução após lavagem, com álcool a 70%;
- Realizar a limpeza do recipiente onde fica a solução desinfetante, desprezando a solução após o termino do processo se verificar que a mesma contém sujidade, alteração na saturação ou de acordo com a recomendação do fabricante.

Ações em caso de não conformidade

- Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a desinfecção dos materiais/artigos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie;
- Se faltar algum produto para a execução correta das tarefas, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição;
- Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma;
- Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material/artigo, comunicar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.18 Emissão 4/13
Tarefa: Utilização e limpeza da máscara facial		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a máscara facial será usada corretamente e que a sua limpeza será feita conforme padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, compressa limpa.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão, antes de utilizar a máscara;
- Adaptar a máscara à face de forma que não haja vazamento;
- Limpar a máscara com uma compressa limpa e úmida após o uso da mesma, no final de cada procedimento;
- Guardar a máscara após uso e limpeza em armário fechado, próximo a área de manipulação.

Cuidados
- Usar a máscara sempre que manusear soluções voláteis;
- Usar a máscara sempre que manipular glutaraldeído a 2%;
- Realizar a troca do filtro da máscara conforme orientações do fabricante;
- Manter a máscara em armário fechado, próximo à área de manipulação.

Ações em caso de não conformidade
- Solicitar a enfermeira da CME que providencie nova máscara e/ou a troca do filtro da mesma se perceber que a mesma está apresentando vazamentos, mesmo quando bem ajustada à face;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.19 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção do analisador de O2 (assistência respiratória)		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar a mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas para iniciar o processo de limpeza do analisador de O2;
- Limpar o analisador de O2;
- Desinfetar o analisador de O2 com álcool a 70%;
- Realizar a operação por três vezes seguidas;
- Deixar secar naturalmente e guardar.

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2;
- Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.20 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio (assistência respiratória)		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, compressa limpa, solução detergente enzimática, álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza do cabo de laringoscópio;
- Limpar o cabo com uma compressa limpa embebida em solução detergente enzimática;
- Remover a solução detergente enzimática com uma compressa limpa úmida;
- Deixar o cabo secar e proceder a desinfecção com álcool a 70%;

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio;
- Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.21 Emissão
Tarefa: Limpeza da lâmina do laringoscópio (assistência respiratória)		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, solução detergente enzimática, glutaraldeído a 2% e/ou álcool a 70%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da lâmina do laringoscópio;
- Desconectar a lâmpada e limpá-la;
- Lavar a lâmina em água corrente e detergente enzimático;
- Imergir a lâmina em solução de glutaraldeído a 2% por 30 minutos;
- Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados
- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não se esquecer de desconectar a lâmpada do laringoscópio antes de iniciar a limpeza e desinfecção da lâmina do mesmo;
- Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da lâmina do laringoscópio.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta de solução de glutaraldeído a 2% realizar a desinfecção da lâmina com uma compressa limpa embebida em álcool a 70%, repetindo a operação por 3 vezes seguidas;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.22
		Emissão
Tarefa: Limpeza da máscara (assistência respiratória)		Revisão
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da máscara de assistência respiratória;
- Lavar a máscara em água corrente;
- Envolver a máscara em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;
- Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados

- Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da máscara de assistência respiratória;
- Na desinfecção da máscara com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar a mesma na solução por uma hora e sem enxágüe.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção da máscara, colocar a mesma numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.23 Emissão
Tarefa: Limpeza e desinfecção de ambús, nebulizadores, cânulas de Guedel e inladores		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais sejam limpos e desinfetados conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.

Atividades
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza dos materiais;
- Lavar os materiais em água corrente;
- Envolver os materiais em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora;
- Deixar secar e guarda em local apropriado.

Cuidados
- Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção dos materiais;
- Na desinfecção dos materiais com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar os mesmos em solução por uma hora e sem enxágüe.

Ações em caso de não conformidade
- Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção dos materiais, colocar os mesmos numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.24 Emissão
Tarefa: Empacotamento de materiais/artigos		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos sejam empacotados conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, embalagem, caixas/pacotes (25x20x20), embalagem dupla, etiquetas, fita adesiva, papel grau cirúrgico e canetas.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar se as condições de higienização, integridade e funcionalidade dos materiais/artigos antes de empacotá-los;
- Selecionar a embalagem adequada ao material/artigo e conforme o tipo processo de esterilização que o mesmo será submetido;
- Observar o peso máximo que as caixas/pacotes devem ter (até 5Kg) e tamanho (25x20x20 cm);
- Observar se a embalagem dupla (quando for o caso de usá-la) não está apresentando dobras internas e se a mesma se ajusta perfeitamente à parte externa;
- Identificar, através de etiqueta, a embalagem com as seguintes informações: descrição do conteúdo interno, método de esterilização, controle do lote, data da esterilização, data da validade e responsável técnico;
- Colocar a etiqueta de identificação no papel de grau cirúrgico na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem;
- Inspecionar a integridade da selagem da embalagem;
- Remover o ar interno da embalagem de papel grau cirúrgico, antes de colocá-la na câmara de esterilização.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Atenção ao escolher a embalagem, levando sempre em conta o tipo de processo de esterilização que será utilizado;
- Atenção para que o peso máximo da caixa/pacote não exceda a 5 Kg e tamanho de 25x20x20;
- Atenção as dobraduras da embalagem para que não apresentem dobras internas, ficando perfeitamente ajustada à parte externa da mesma;
- Atenção na identificação da embalagem, colocando todas as informações necessárias;
- Jamais escrever sobre a embalagem e sim sobre fita ou em etiqueta, utilizando canetas apropriadas para essa tarefa;
- Observar a existência de ar no interior da embalagem, pois no processo de esterilização a expansão do ar interno pode provocar a abertura do pacote;
- Observar a integridade selagem antes de colocá-la na câmara de esterilização;
- Adaptar técnicas de empacotamento de materiais/artigos.

Ações em caso de não conformidade

- Na falta de alguns produtos necessários a realização da tarefa, comunicar imediatamente e enfermeira da CME para que a mesma providencie;

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.25 Emissão 4 / 21
Tarefa: Uso de fita adesiva indicadora		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir que o material/artigo foi submetido corretamente ao processo de esterilização.

Recursos Necessários
Água, sabão, fita adesiva indicadora.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar no pacote/embalagem do material/artigo que será esterilizadora a fita adesiva indicadora, respeitando o tamanho de 5 cm;
- Observar, após o processo de esterilização, se a fita indicadora apresentou alguma alteração na sua coloração.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Atentar para o tamanho da fita adesiva indicadora, que deverá ser no mínimo de 5 cm (3 listras);
- Atentar para a coloração da fita indicadora, verificando se a mesma alterou a cor, após o processo de esterilização.

Ações em caso de não conformidade

- Se a fita adesiva indicadora apresentar alguma alteração na sua coloração, realizar novamente todo o processo de esterilização do pacote/embalagem contendo o artigo/material;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.26 Emissão 4/22
Tarefa: Esterilização de próteses		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que as próteses sejam esterilizadas conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, teste bacteriológico.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Realizar teste bacteriológico e aguardar o resultado;
- Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;
- Esterilizar a prótese;
- Repetir o teste bacteriológico da autoclave;
- Verificar se o resultado está dentro dos padrões exigidos para liberar a autoclave;
- Liberar a autoclave para outras esterilizações.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não realizar esterilização da prótese antes de fazer o teste bacteriológico da autoclave;
- Atentar para esterilizar somente a prótese, sem qualquer outro artigo e/ou material;
- Repetir teste bacteriológico após a esterilização da prótese para então, liberar a autoclave para novas esterilizações.

Ações em caso de não conformidade

- Se o resultado do teste bacteriológico não estiver dentro dos padrões exigidos, informar a enfermeira da CME para que ela tome as providências para calibração da autoclave;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.27 Emissão SES 4127 FLS
Tarefa: Montagem da carga da autoclave		Revisão 0
		No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a carga de materiais/artigos a serem esterilizados na autoclave está dentro dos padrões sanitários exigidos, assim como as orientações do fabricante da mesma.

Recursos Necessários
Água, sabão, autoclave.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Selecionar os materiais/artigos médico-hospitalares a serem esterilizados;
- Colocar os instrumentais metálicos (pinças e tesouras) abertos e destravados dentro das caixas metálicas (que devem ter superfícies perfuradas para facilitar a penetração do vapor e saída do condensado);
- Verificar se a válvula está fechada;
- Verificar a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg;
- Verificar se a pressão de ar comprimido está entre 3 e 4 Kg;
- Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;
- Colocar os materiais/artigos médico-hospitalares dentro da autoclave;
- Ligar a chave geral;
- Selecionar o ciclo de esterilização conforme o material/artigo:
    1. Apertar tecla 1 para ciclos a 134°C (materiais/artigos de densidade, instrumental e utensílios de inox e/ou resistentes à temperatura);
    2. Apertar tecla 2 para ciclos a 121°C (materiais/artigos termolábeis e borrachas);
    3. Apertar tecla 3 para esterilização de líquidos em frascos abertos a 121°C;
- Fechar a porta da autoclave, segurando levemente a porta;
- Apertar o botão verde para iniciar o ciclo de esterilização;
- Acionar o botão partida/parada para iniciar o processo de esterilização.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Ao selecionar os materiais/artigos para esterilização na autoclave, evitar a utilização de cargas mistas (embalagens com utensílios e instrumentais com pacotes de material têxtil);
- Utilizar somente 80% da capacidade da autoclave para facilitar a circulação do vapor;
- Atentar para a esterilização de instrumentais metálicos (pinças e tesouras) mantendo-os abertos e destravados dentro de caixas metálicas com tampas de superfície perfurada (ideal 50% da superfície com furos e de pequenas dimensões);
- Verificar se a válvula está fechada e a pressão d'água se encontra entre 0,5 e 1 Kg, antes de ligar a autoclave;
- Verificar se a pressão de ar comprimido se encontra entre 3 e 4 Kg;
- Verificar se a válvula esfera do dreno está fechada;
- Dispor os lap's verticalmente dentro da autoclave para facilitar a penetração do vapor;
- Dispor as bacias e tampos metálicos na posição vertical com a abertura voltada para baixo, evitando a retenção de condensação;

- Não colocar os materiais/artigos uns sobre os outros, pois dificulta a penetração do vapor e retirada da umidade no final do ciclo de esterilização;
- Atentar para que os artigos/materiais fiquem encostados às laterais e fundo da câmara da autoclave;
-

Ações em caso de não conformidade

- Se a autoclave apresentar problemas em qualquer um dos processos antes de iniciar a esterilização dos materiais/artigos, informar a enfermeira da CME tome as providencias cabíveis;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.28 Emissão
Tarefa: Desmontagem da carga esterilizada da autoclave		Revisão No: Data:

SES 4125 FLS

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Garantir a segurança do funcionário que irá retirar os materiais/artigos esterilizados na autoclave, evitando acidentes de trabalho e danos ao aparelho.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luva Kevlar de cano longo), carro de transporte de material esterilizado.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Colocar as luvas antes de iniciar a retirada do material esterilizado de dentro da câmara da autoclave;
- Acionar o botão do painel para abrir a porta;
- Retirar a carga da autoclave após a completa normalização da pressão interna da câmara;
- Colocar a carga esterilizada dentro do carro de transporte;
- Encaminhar o material/artigo esterilizado para a área de estocagem.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Somente iniciar o processo de retirada dos materiais/artigos esterilizados utilizando o EPI (luva de Klevar de cano longo);
- Observar o alarme acústico contínuo que a autoclave emite ao término do ciclo de esterilização;
- Observar a lâmpada acesa no painel externo do aparelho que é indicadora do final ciclo de esterilização;
- Aguardar a completa normalização da pressão interna da câmara da autoclave, quando ocorrerá a abertura da porta.

Ações em caso de não conformidade

- Todo e qualquer problema detectado antes e durante o processo de esterilização relativo à autoclave, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto do aparelho;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.29 Emissão 4126
Tarefa: Armazenagem e distribuição dos materiais/artigos esterilizados		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais/artigos esterilizados sejam armazenados e distribuídos, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, luvas de procedimento.

Atividades

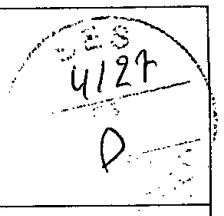
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Verificar se os materiais/artigos esterilizados apresentam alguma alteração (rasgados, furados, comprimidos, torcidos ou úmidos);
- Estocar os materiais/artigos estéreis;
- Verificar prazo de validade dos materiais/artigos esterilizados, antes da distribuição dos mesmos;
- Distribuir os materiais/artigos esterilizados obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização;
- Controlar o registro de distribuição de materiais/artigos esterilizados;
- Limpar diariamente os carros e/ou caixas de transporte dos materiais/artigos esterilizados.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Somente manusear as embalagens/pacotes esterilizadas quando estes estiverem frios;
- Estocar os materiais/artigos esterilizados em área de acesso restrito, separados de artigos não estéreis, em ambiente ventilado e com controle da temperatura ambiente (entre 18°C e 22°C) e umidade relativa (entre 30 – 60%);
- Proteger os materiais/artigos esterilizados de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte dos mesmos;
- Considerar como contaminados todas as embalagens/pacotes que caírem no chão ou que apresentem rasgos, furos, comprimidos, torcidos ou úmidos, após a esterilização;
- Estocar os materiais/artigos estéreis a uma distância de 20-25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;
- Estocar os materiais/artigos de modo a não comprimir, torcer ou perfurar para não comprometer a esterilização dos mesmos;
- Realizar inventário periódico dos materiais/artigos estocados;
- Guardar e distribuir os materiais/artigos do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes esterilizados;
- Estocar os materiais/artigos em uma área que tenha segurança patrimonial contra extravios;
- Realizar inspeção periódica dos materiais/artigos estocados, observando se apresentam alguma degradação visível;
- Verificar sempre o prazo de validade dos materiais/artigos estocados;
- Estabelecer condições ideais de empacotamento;
- Nunca utilizar materiais/artigos que apresentem as seguintes alterações: papel grau cirúrgico amassado, invólucros com umidade e/ou manchas, invólucros (não tecido) com desprendimento de partículas suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade e, campos de tecidos que

estejam cerzidos e com camada fina;

- Propiciar condições ideais de armazenamento para as embalagens/pacotes;
- Manter um controle de distribuição dos materiais/artigos esterilizados;
- Limpar diariamente os carros/caixas de transporte de material/artigo esterilizados;



Ações em caso de não conformidade

- Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo de estocagem e controle de distribuição dos materiais/artigos esterilizados, informar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.30 Emissão 4128
Tarefa: Transporte de material/artigo estéril		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o material/artigo estéril seja transportado conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, carro e/ou caixas de transporte, livro de protocolo e caneta.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Conferir os materiais/artigos que estão sendo recebidos;
- Assinar o livro de protocolo, após conferência dos materiais/artigos esterilizados;
- Acondicionar os materiais/artigos estéreis nos carros e/ou caixas de transporte específicos;
- Receber as caixas de transporte devidamente limpas.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Manusear os pacotes/embalagens esterilizados quando estes estiverem frios;
- Proteger os materiais/artigos esterilizados de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.31 Emissão 4129
Tarefa: Utilização da incubadora Attest rápido		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar, através de testes realizados na incubadora, que o aparelho de autoclave, realizar processos de esterilização, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, indicadores biológicos, etiqueta, caneta, tubetes/ampolas, pacote-teste, ficha de controle de qualidade de esterilização.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Separar as ampolas dos indicadores biológicos que serão utilizados no controle;
- Escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;
- Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;
- Ligar o aparelho 1 hora antes de iniciar o processo com o tubete;
- Colocar o tubete no centro do pacote-teste com a tampa aberta dentro do pacote que será esterilizado;
- Retirar o tubete do pacote-teste, após o término do processo de esterilização e esperar esfriar;
- Tampar todos os tubetes, inclusive o não processado (será o parâmetro do teste);
- Quebrar todos os tubetes, inclusive o não processado;
- Calibrar o aparelho ligado colocando o tubete processado na parte frontal do aparelho, apertando delicadamente e, ao mesmo tempo, pressionar o botão vermelho existente na parte traseira da incubadora 9ª luz irá parar de piscar e acenderá a luz vermelha (+) e depois a luz verde (-);
- Colocar os tubetes processados e o não processado para incubar dentro de um dos 14 espaços existentes na incubadora, após a realização da calibração;
- Realizar a leitura com todos os tubetes na parte frontal do aparelho, onde acenderá a luz vermelha (+) ou verde (-), após a 1.ª hora, 2.ª hora e 3.ª hora de incubação, que será o resultado oficial do teste;
- Registrar em impresso próprio os parâmetros do ciclo de esterilização, colocando as etiquetas dos tubetes, próprias para este fim;
- Desprezar os tubetes em recipiente de perfuro-cortante.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- O teste deverá ser realizado o mais próximo da realidade;
- Não se esquecer de escrever na parte externa das ampolas a localização das mesmas dentro da autoclave e data;
- Controlar a temperatura do processo de esterilização e o tempo de esterilização;
- Não se esquecer de ligar o aparelho com o tubete 1 hora antes de iniciar o processo teste;
- Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;
- A leitura do processo teste só deverá ser feita após o cumprimento de todas as etapas necessárias;
- Não se esquecer de registrar em impresso próprio o resultado do teste;
- Realizar semanalmente o controle de qualidade da esterilização, após a manutenção preventiva/corretiva e esterilização de próteses.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que o resultado do controle de qualidade da esterilização está fora dos padrões exigidos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite providências para o conserto da autoclave;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

SES 413 FLS. RUBRICA

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.32 Emissão 02
Tarefa: Calibração da incubadora Attest rápido		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a calibração da incubadora seja feita, conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, umidificador biológico e incubadora.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Comprimir a tampa do frasco do umidificador biológico;
- Introduzir o frasco do umidificador biológico específico, pressionando-o contra a parede de forma a quebrar a ampola de vidro;
- Deixar o frasco no cruscher (orifício específico) por i minuto;
- Introduzir o frasco do umidificador biológico no orifício da leitura, pressionando-o para baixo;
- Esperar a luz verde ou amarela acender;
- Pressionar e soltar o botão de calibração localizado na parte posterior da incubadora.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Não se esquecer de ligar o aparelho com 1 hora antes de realizar a calibração da incubadora;
- Ter bastante atenção na hora de calibrar o aparelho;
- Deixar o frasco no cruscher por 1 minuto;

Ações em caso de não conformidade

- Todo e qualquer problema detectado antes, durante e depois do processo calibração da incubadora, informar a enfermeira da CME;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.33 Emissão
Tarefa: Utilização da seladora		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que o uso da seladora será feito da forma correte e conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, caneta apropriada, etiqueta, papel grau cirúrgico e seladora.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Ligar a seladora à tomada e logo após, ligar a chave geral do painel;
- Observar se as luzes do painel já estão indicando que o equipamento já está pronto para ser utilizado;
- Observar a integridade do papel grau cirúrgico;
- Verificar a integridade da selagem observando a existência de rugas e áreas queimadas, regulando o equipamento conforme a necessidade;
- Selar um dos lados da embalagem, antes de colocar os materiais/artigos dentro dela;
- Selar o outro lado da embalagem com uma margem de 3 cm da borda para permitir uma abertura asséptica;
- Avaliar, após a selagem, a integridade da mesma nas laterais, topo e fundo da embalagem;

Identificar o material/artigo por meio manuscrito ou através de etiquetas, na parte inferior da embalagem, na área externa da selagem.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- Só iniciar o uso da seladora após a confirmação das luzes do painel do aparelho estiver indicando a utilização;
- Observar a integridade do papel grau cirúrgico;
- Estar atento a integridade da selagem (existência de rugas e/ou queimaduras);
- Observar a margem de segurança para realização da selagem (3 cm da borda);
- Atentar para selar o papel grau cirúrgico de acordo com o tamanho e quantidade dos materiais/artigos;
- Acondicionar os materiais/artigos com pontas perfurantes em embalagem dupla;
- Sempre avaliar a integridade da selagem da embalagem;
- Nunca se esquecer de identificar (manuscrito ou etiqueta) as embalagens (parte inferior, na área da selagem).

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que a selagem não está dentro dos padrões sanitários exigidos, repetir o processo até manter a embalagem íntegra;
- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.34 Emissão
Tarefa: Limpeza diária da autoclave		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a limpeza da autoclave seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (luvas de borracha e óculos), pano limpo, solução específica para limpeza da autoclave, compressa limpa e sabão neutro.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;
- Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;
- Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;
- Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;
- Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;
- Aguardar a câmara esfriar;
- Colocar os EPI's (óculos e luvas de borracha);
- Passar pano limpo embebido em solução específica para limpeza da autoclave, prestando atenção às áreas que apresentem sujidade ou corrosão, friccionando o local com mais intensidade;
- Aguardar a ação do produto;
- Retirar todo o excesso do produto com uma compressa limpa e úmida;
- Limpar externamente as paredes da autoclave com sabão neutro, sempre no sentido do fundo para frente.

Cuidados

- Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de materiais/artigos já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos;
- A limpeza da autoclave deverá ser realizada ao término da jornada de trabalho;
- Antes de iniciar a limpeza da autoclave atentar para:
    1. Desligar a chave de alimentação elétrica do quadro de força;
    2. Fechar as válvulas de suprimento de vapor no cavalete de vapor;
    3. Fechar as válvulas de suprimento de água do cavalete de água;
    4. Fechar as válvulas de suprimento de ar comprimido no cavalete de ar comprimido;
    5. Liberar a pressão do gerador de vapor, abrindo a válvula do dreno;
    6. Aguardar a câmara esfriar;
- Friccionar com intensidade os locais que apresentam mais sujidade e corrosão.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização**	POP.35 Emissão
Tarefa: Desinfecção da CME		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados
Assegurar que a higieniza e desinfecção da CME seja feita conforme os padrões sanitários exigidos.

Recursos Necessários
Água, sabão, EPI's (avental impermeável e luvas de borracha), carro de limpeza, sacos de lixo, baldes, rodo, pano de piso e soluções necessárias a higienização.

Atividades

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Preparar o carro de limpeza com os materiais e equipamentos necessários à limpeza e desinfecção da CME;
- Colocar os EPI's (avental impermeável e luvas de borracha);
- Preparar as soluções de limpeza nos baldes, conforme os padrões sanitários exigidos;
- Recolher os sacos de lixo, fechá-los e colocá-los no saco coletor do carro de limpeza;
- Higienizar toda a parede da área de lavagem com rodo envolvido com um pano de piso embebido com solução adequada;
- Lavar o carro de transporte de material sujo;
- Higienizar o piso, utilizando o rodo envolvido com pano de piso embebido com solução adequada;
- Higienizar o banheiro;
- Higienizar a copa, sala da coordenação de enfermagem, área de circulação interna, armários, janelas e pisos;
- Guardar todos os materiais e equipamentos utilizados.

Cuidados

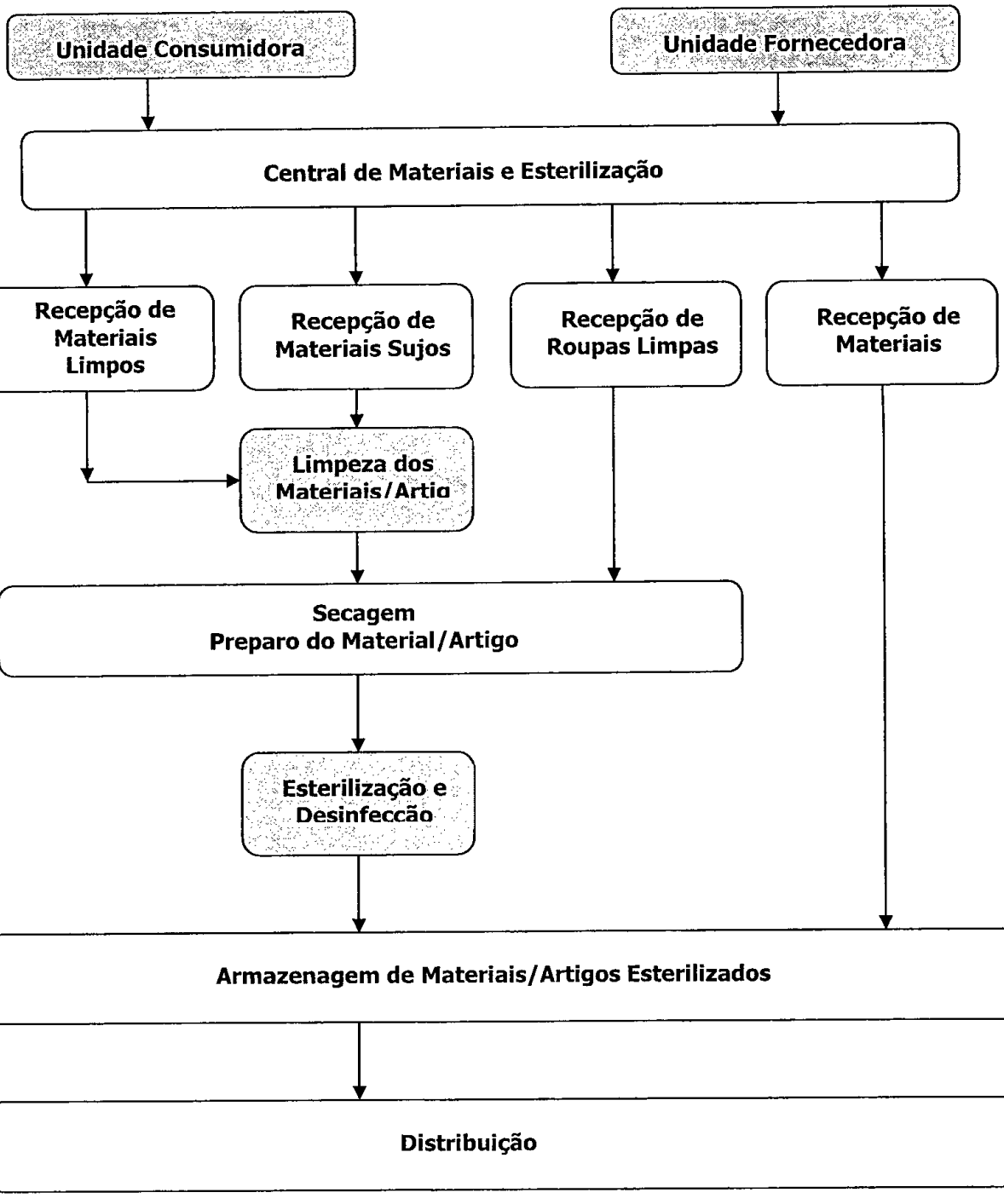
- Não se esquecer de utilizar corretamente os EPI's;
- Preparar as soluções para higienização e desinfecção conforme os padrões sanitários exigidos;
- Não se esquecer de realizar diariamente a desinfecção da CME.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

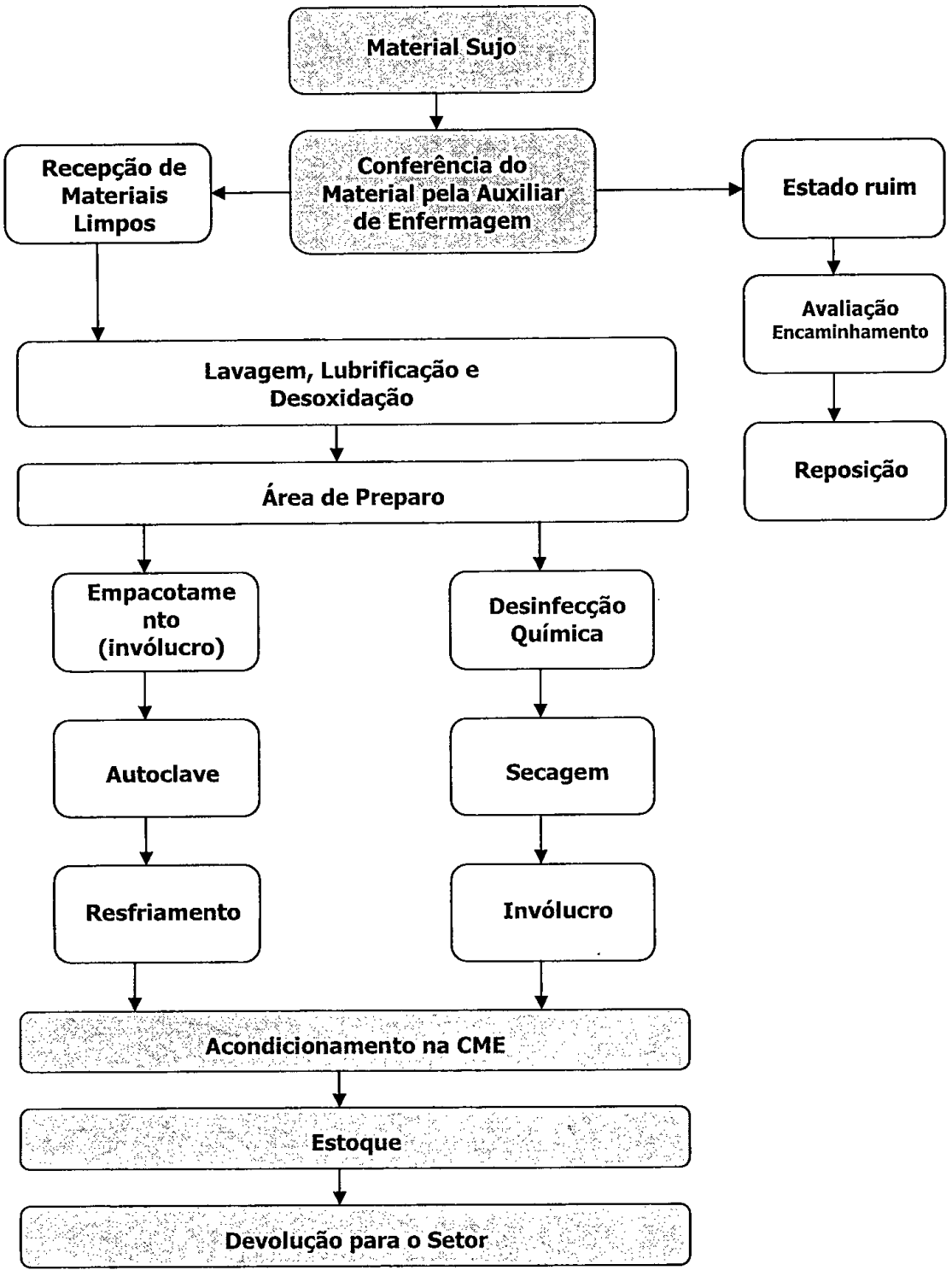
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.1 Emissão
Materiais/Artigos Médico-hospitalares processados na CME		Revisão No: Data:



Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.2 Emissão
		Revisão
Encaminhamento de Material Sujo para a CME		Nº: Data:

SES 4134 FLS. 12 RUBRICA PROTOCOLO



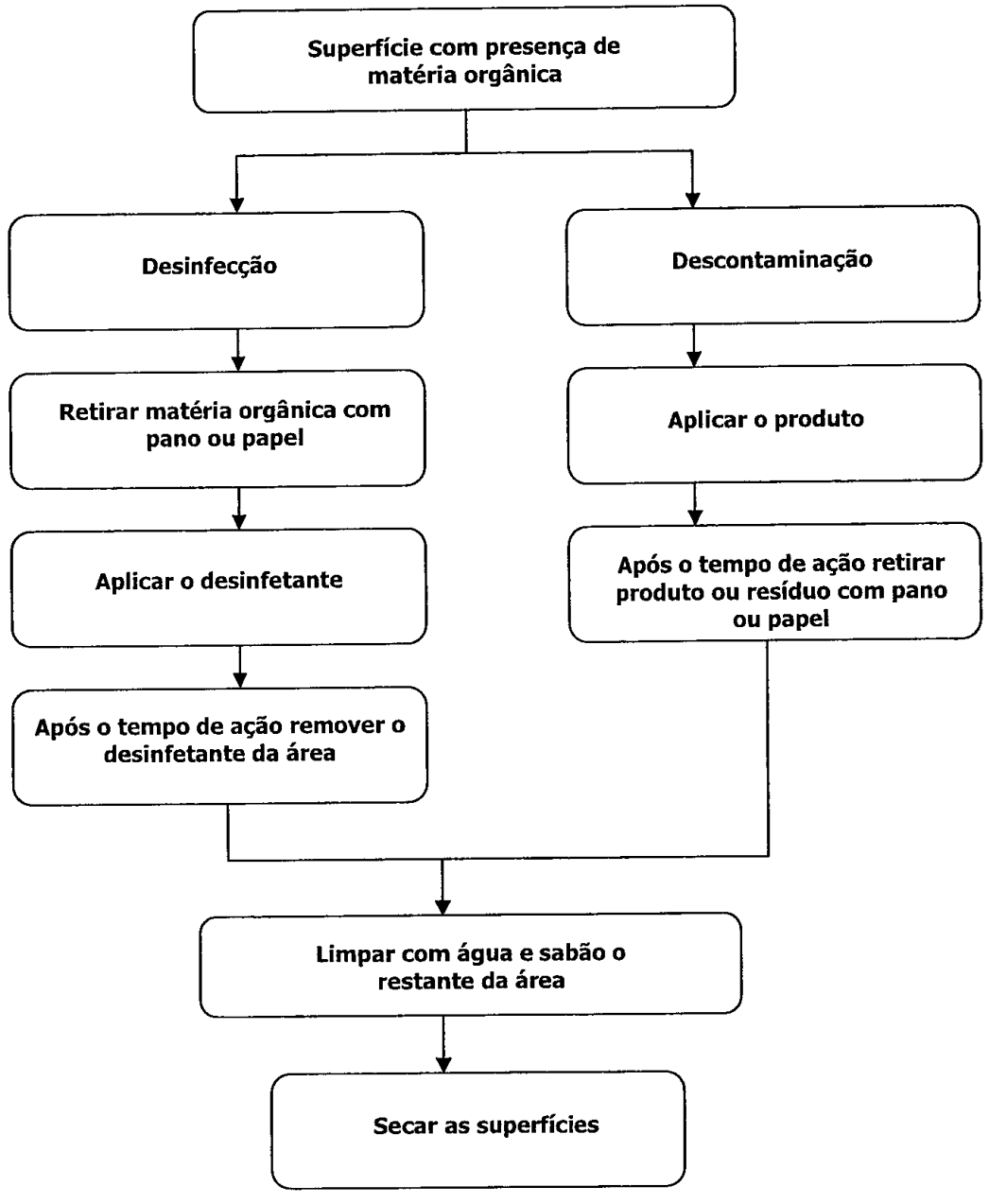
SES
4137
FLS.
8
FUNDO

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**FLUXOGRAMA Central de Materiais e Esterilização**	FLUXO.3
		Emissão
Fluxograma dos Passos Seqüenciais do Processamento de Artigos e Superfícies		Revisão
		Nº: / Data:

SES 4138 2



Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante	Data:
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.1 Emissão
Medidas de Barreira: Higiene Básica das Mãos		Revisão No: Data:

SES 4139 FLS

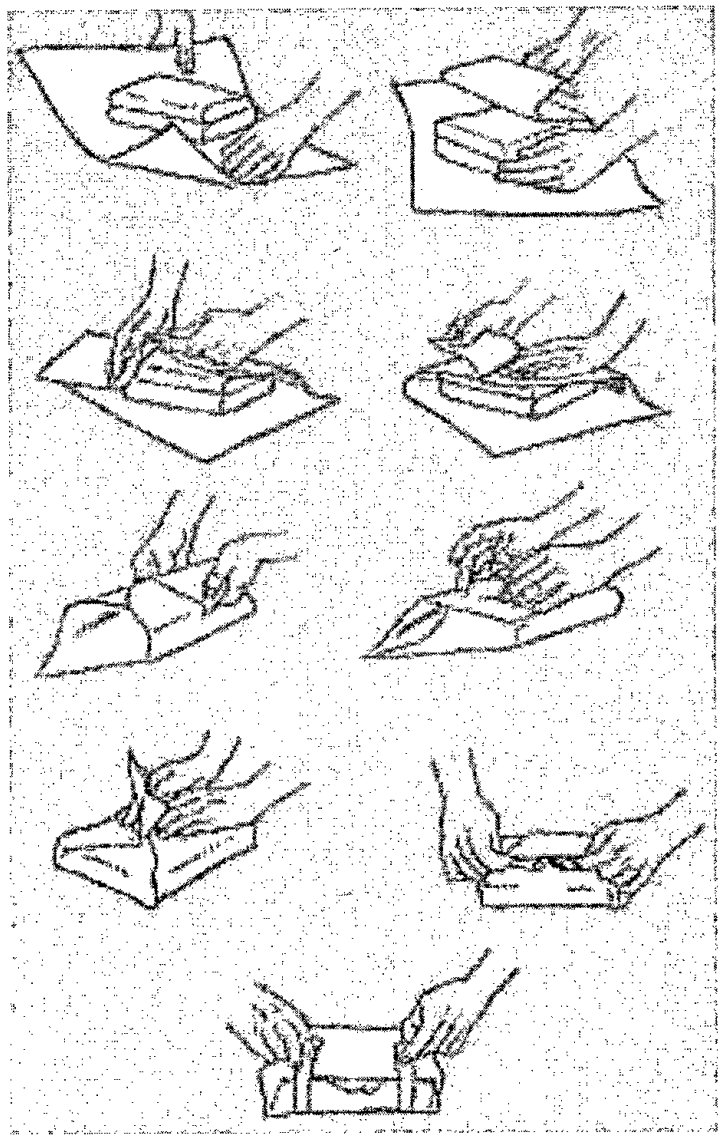


Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

4R

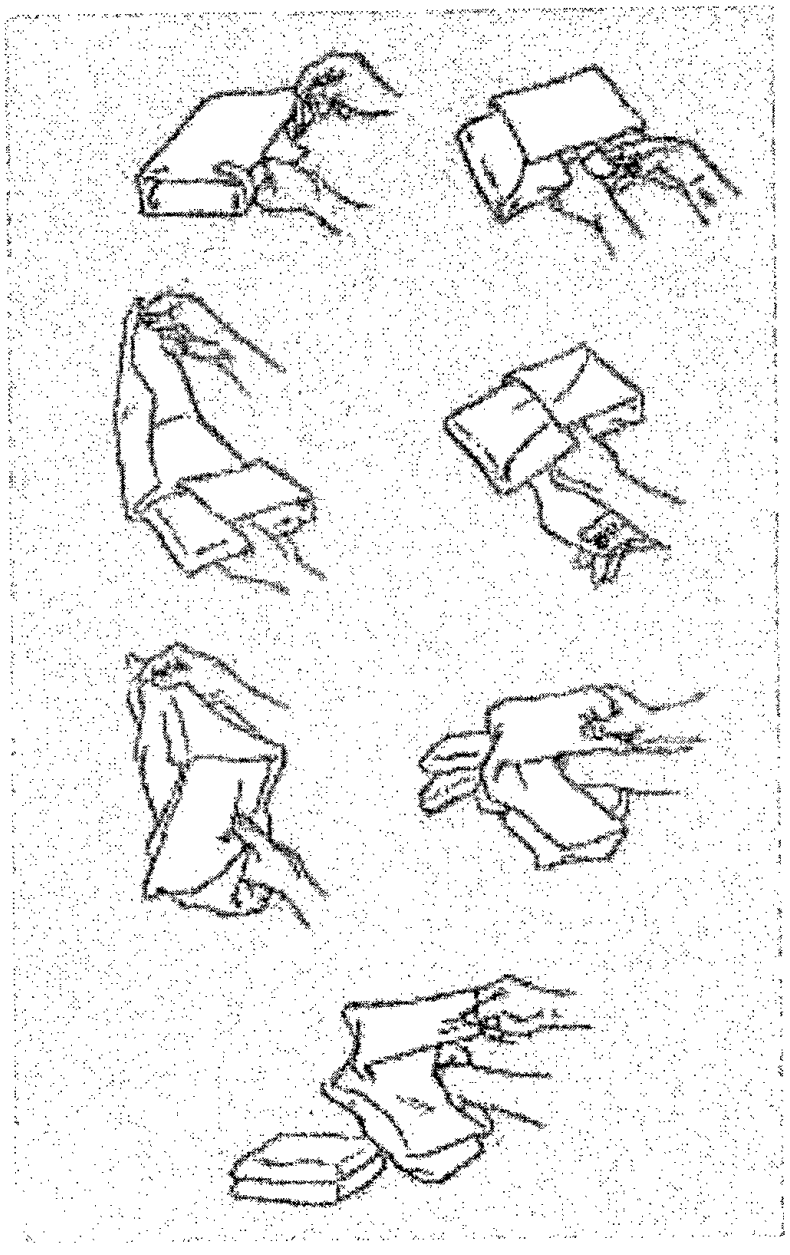
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.2
		Emissão
Técnica de Empacotamento de material		Revisão
		Nº: Data:

SES
414
FLS.



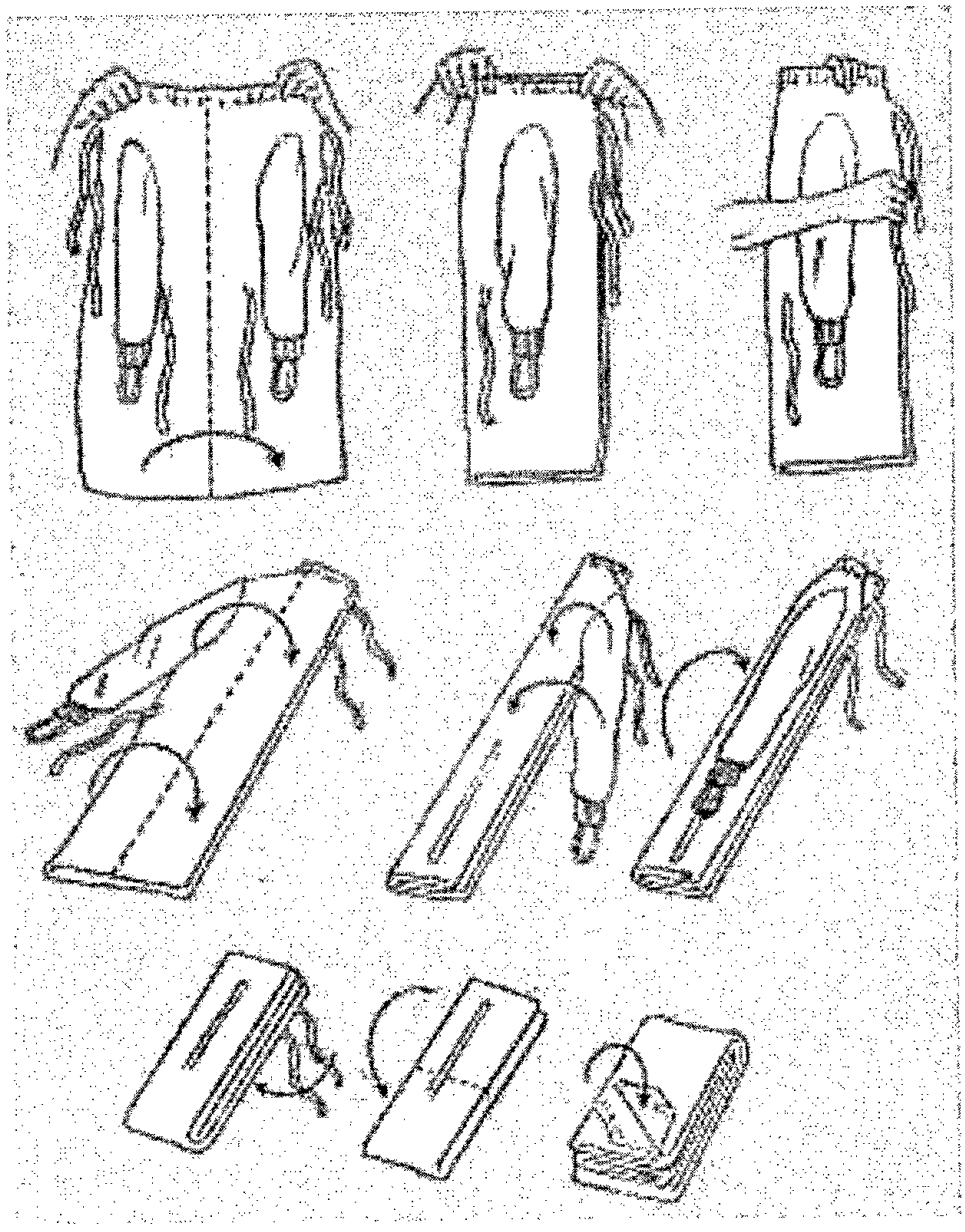
Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.3
		Emissão
Técnica de Abertura de Material Estéril		Revisão
		Nº: Data:



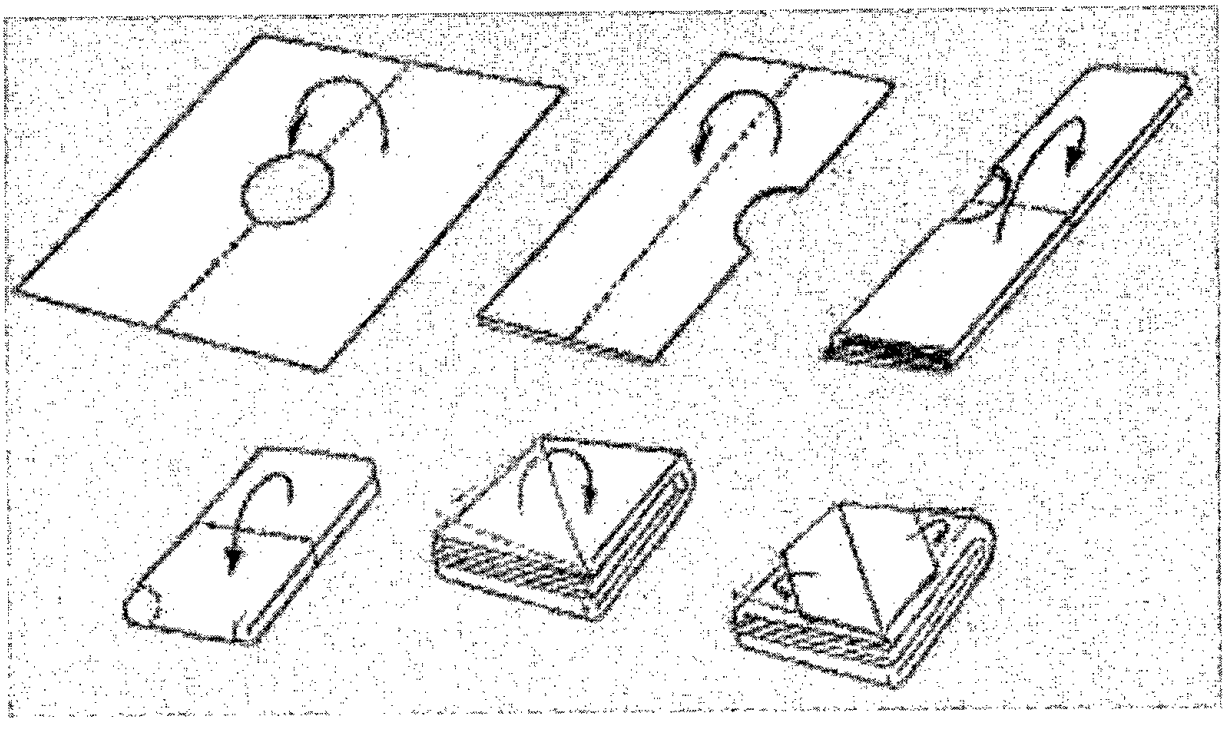
Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

		Assinatura do representante	Data:
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.4	
		Emissão	
Técnica de Dobradura de Avental Cirúrgico		Revisão	
		No:	Data:



Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

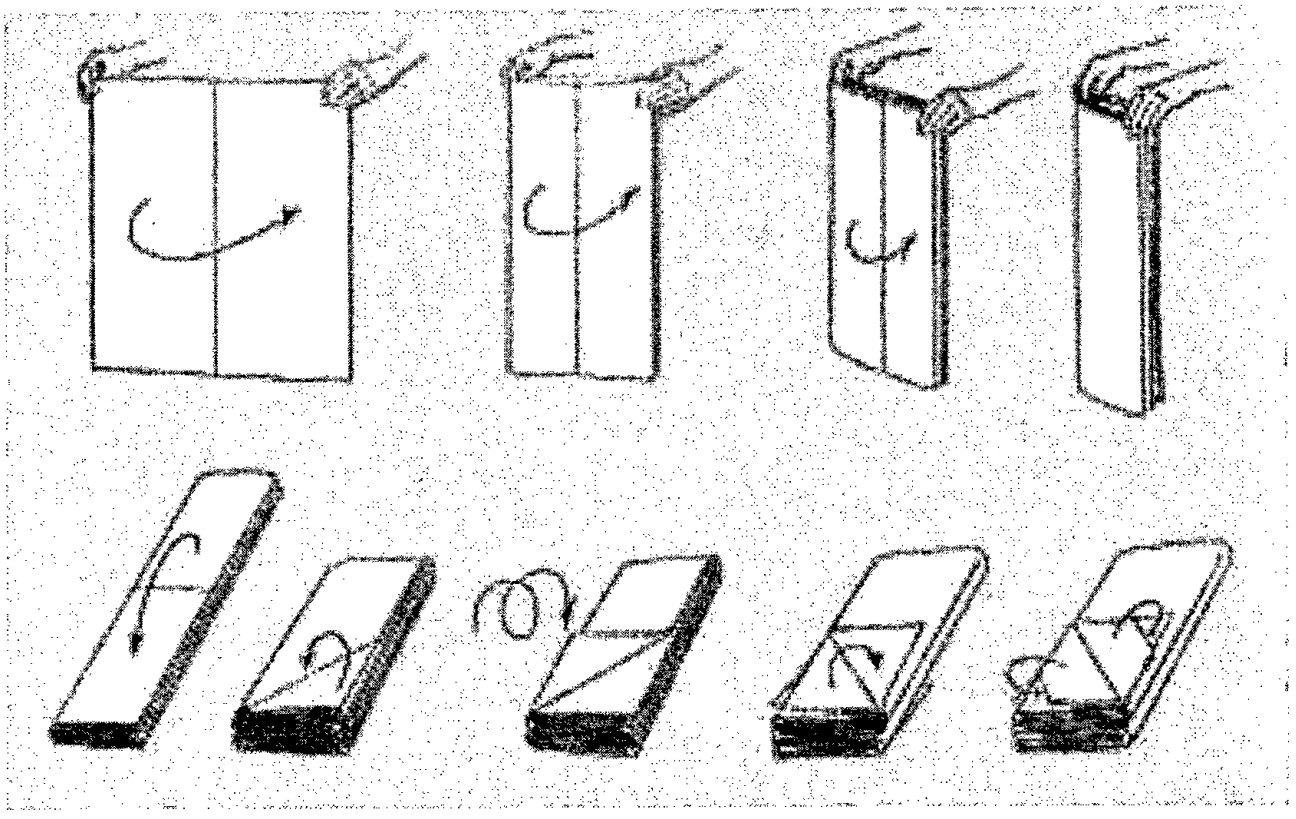
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.5
		Emissão
Técnica de Dobradura de Campo Fenestrado		Revisão
		Nº: Data:



Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

		Assinatura do representante	Data:
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.6	
		Emissão	
Técnica de Dobradura de Campo Cirúrgico		Revisão	
		Nº:	Data:

SES 4144 PROTOCOLO



Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

Lavar as mãos com água e sabão líquido ou sabão em barra e aplicar álcool glicerinado a 70% friccionando por 30 segundos:

- Antes de iniciar as tarefas de limpeza.
- Ao constatar sujeira.
- Antes e após uso de toalete.
- Após tossir, espirrar ou assoar o nariz.
- Antes de se alimentar.
- Após término das atividades.
- Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza.
- Evitar o uso de bijouterias, jóias e relógios durante a execução do trabalho.
- Usar uniforme durante o trabalho e o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.
- Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado.
- Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza.
- Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco nas áreas internas das Unidades de Saúde.
- Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.
- Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.
- Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.
- Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA

Pano de chão: utilizado para varrer, lavar e secar pisos. Deve ser de tecido forte, branco, embainhado ou areolado e de tamanho suficiente para envolver o rodo ou vassoura.

- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.

- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Colocar para secar.

Pano para limpeza: tecido macio embainhado ou areolado, usado para remover poeira; pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%.

- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Colocar para secar.

VASSOURA DE FIO SINTÉTICO:
- Usada juntamente com o pano de chão.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

VASSOURA DE VASO SANITÁRIO:
- Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos.
- Lavar novamente.
- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

ESPONJAS:
- *Esponjas de aço:* usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos.
- É descartável.
- *Esponja sintética:* usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.

ESCADAS:
- Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Secar com pano limpo.

BALDES:
- Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente.
- Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão.
- Colocar emborcados para secar.

PÁS DE LIXO:

- São de metal ou plástico com cabo longo de plástico ou madeira, usados para
- Recolher pequenas porções de lixo e pó.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Esfregar com esponja de aço.
- Guardar pendurada pelo cabo.

RODO:

- Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário.
- Colocar para secar pendurado pelo cabo.

DESENTUPIDOR DE VASOS E PIAS:

- É constituído de material emborrachado com cabo de madeira ou plástico.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.
- Enxaguar.
- Deixar secar pendurado pelo cabo.

ESCOVA MANUAL DE FIOS SINTÉTICOS:

- Usada para lavar superfícies com reentrâncias.
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão.
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário.
- Enxaguar.

LUVAS DE AUTOPROTEÇÃO:

- Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico).
- Limpeza e conservação:
- Lavar com água e sabão
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos.
- Enxaguar.
- Secar.
- Guardar em local próprio.

	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.8
		Emissão
Glossário		Revisão
		Nº: Data:

CME	Central de materiais e esterilização.
EPI	Equipamento de proteção individual.
Limpeza	É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.
Descontaminação	É o processo de redução dos microorganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.
Desinfecção	É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.
Desinfecção de alto nível	Procedimento eficaz contra todas as formas vegetativas, destruindo também uma parte dos esporos, quando utilizamos entre 10 e 30 minutos. Os desinfetantes de alto nível em um tempo relativamente longo, 6 a 10 horas, são capazes de realizar esterilização.
Desinfecção de nível intermediário	Procedimento que destrói os microrganismos na forma vegetativa incluindo o Mycobacterium tuberculosis, todos os fungos e a maioria dos vírus.
Desinfecção de baixo nível	Procedimento que destrói a maioria das bactérias na forma vegetativa, exceto Mycobacterium tuberculosis, alguns fungos e alguns vírus
Esterilização	É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevida do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10/6). A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

Artigos	Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (talheres, louças, comadres, papagaios e outros), acessórios de equipamentos, instrumental odontológico e outros.
Superfícies	Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.
Artigos críticos	àqueles que entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular, bem como todos os que estejam diretamente conectados com este sistema, pois possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem *esterilização* para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: agulhas, roupas; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.
Artigos semi-críticos	àqueles que entram em contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Exigem *desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização.* Ex: equipamentos respiratórios, anestesia, endoscópios.
Artigos não críticos	àqueles que entram em contato com a pele íntegra do usuário. Requerem *limpeza e/ou desinfecção de baixo ou médio nível.* Deve-se atentar para o risco de transmissão secundária por parte dos profissionais que lidam com o artigo e entrem em contato com o usuário. Ex: termômetro clínico; incubadoras; artigos de higiene. Observação: **Considerar todo artigo como contaminado.**

SES
41SD
FLS. 9
PROTOCOLO

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**ANEXOS**	AN.9	
		Emissão	
Processamento de Artigo de Uso Único (uso e reuso)		Revisão	
		No:	Data:

SES 4151

ANVISA - Resolução - REnº 2.606, de 11 de agosto de 2006

D.O.U. de 14/8/2006

Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências.

O Diretor da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere a Portaria nº 42, de 24 de janeiro de 2006;

considerando o estabelecido no artigo 10 da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n? 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências e na Resolução – RE n? 2.605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados;

considerando a necessidade de estabelecer parâmetros que orientem a elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos por serviços de saúde e empresas reprocessadoras com objetivo de garantir a segurança e eficácia dos produtos,

considerando que a matéria foi submetida à apreciação da Diretoria Colegiada que a aprovou em reunião realizada em 7 de agosto de 2006, resolve:

Art.1º Para efeitos desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - Artigos Críticos: São artigos ou produtos utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os artigos que estejam diretamente conectados com esses sistemas. Pelo grande risco de transmissão, devem ser esterilizados.

II - Artigos Semi-Críticos: São artigos ou produtos que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras. Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização para ter garantida a qualidade do seu múltiplo uso.

III - Desinfecção: Processo físico ou químico que elimina a maioria dos microrganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies.

IV - Embalagem: Envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento destinado a cobrir, empacotar, envasar, proteger ou manter produtos dos quais trata este regulamento.

V - Empresa reprocessadora: Estabelecimento que presta serviços de reprocessamento de produtos médicos.

VI - Equipamento de proteção individual (EPI): Dispositivo ou produto de uso individual destinado à proteção contra riscos à saúde e à segurança no trabalho.

VII - Evento adverso: Qualquer efeito não desejado em humanos decorrente do uso de produto sob vigilância sanitária.

VIII - Esterilização: Processo físico ou químico que elimina todas as formas de vida microbiana, incluindo os esporos bacterianos.

IX - Limpeza: Consiste na remoção de sujidades visíveis e detritos dos artigos, realizada com água adicionada de sabão ou detergente, de forma manual ou automatizada, por ação mecânica, com conseqüente redução da carga microbiana. Deve preceder os processos de desinfecção ou esterilização.

X - Medida de proteção coletiva: dispositivo, sistema ou meio de abrangência coletiva destinado a preservar a integridade física e a saúde dos trabalhadores.

XI - Produto médico: produto para a saúde, tal como equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinado à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, podendo entretanto ser auxiliado em suas funções por tais meios.

XII - Protocolo de Reprocessamento: É a descrição dos procedimentos necessários à realização do reprocessamento do produto médico. Deve ser instituído por meio de um instrumento normativo interno do estabelecimento e validado pela equipe por meio da execução de protocolo teste.

XIII - Protocolo Teste: É a descrição dos procedimentos necessários ao teste da metodologia proposta para o reprocessamento do produto médico.

XIV - Reprocessamento de produto médico: Processo de limpeza e desinfecção ou esterilização a ser aplicado a produtos médicos, que garanta o desempenho e a segurança.

XV - Serviço de Saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população, em regime de internação ou não, incluindo atenção realizada em consultórios e domicílios.

XVI - Validação: Validação é um processo estabelecido por evidências documentadas que comprovam que uma atividade específica apresenta conformidade com as especificações predeterminadas e atende aos requisitos de qualidade.

Art.2º As empresas reprocessadoras e os serviços de saúde que realizam o reprocessamento de produtos médicos críticos e semi-críticos devem elaborar, validar e implantar os protocolos de reprocessamento atendendo ao estabelecido nestas diretrizes, visando à segurança do paciente.

§1° A validação dos protocolos de reprocessamento tem como objetivo garantir que o produto médico reprocessado tenha desempenho e segurança compatível com a sua finalidade.

§2° Os protocolos de reprocessamento devem garantir a qualidade do resultado e de todas as etapas do processo, incluindo a avaliação de funcionalidade, esterilidade, rastreabilidade, condições de armazenamento e descarte dos produtos.

§3° Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem definir um responsável técnico de nível superior pelo reprocessamento de produtos médicos.

Art.3º A elaboração, a validação e a implantação de protocolos de reprocessamento devem seguir as seguintes etapas:

I - Análise e pré-seleção dos produtos a serem reprocessados;

II - Elaboração de protocolo teste para cada marca e tipo de produto selecionado;

III - Avaliação dos resultados da aplicação do protocolo teste;

IV - Elaboração do protocolo de reprocessamento;

V - Capacitação da equipe para implantação do protocolo;

VI - Monitoramento da implantação do protocolo de reprocessamento;

VII - Monitoramento dos eventos adversos associados ao uso do produto reprocessado;

VIII - Monitoramento do descarte do produto reprocessado; e

IX - Revisão do protocolo de reprocessamento.

Art.4º A análise e a pré-seleção dos produtos a serem reprocessados devem considerar os seguintes critérios de inclusão:

I - O produto não consta da lista negativa estabelecida na Resolução – RE n? 2.605, de 2006, e não traz na sua rotulagem o termo "PROIBIDO REPROCESSAR";

II - A análise do custo-benefício (custo do produto, volume esperado de reprocessamento, custo do processo de trabalho, dos materiais e despesas gerais para o reprocessamento, riscos e conseqüências da falha do produto e risco ocupacional) justifica o reprocessamento do produto;

III - A tecnologia disponível para o reprocessamento do produto é compatível com as propriedades do produto;

IV - O produto possui características que permitem a rastreabilidade e o controle do número de reprocessamentos;

V - A instituição tem acesso aos métodos indicados nesta resolução para o controle da qualidade do produto.

Art.5º O protocolo teste, específico para cada marca e tipo de produto selecionado, deve ser elaborado contemplando os seguintes aspectos:

I - Descrição do Produto a ser reprocessado, especificando: nome, número de registro ou cadastro na Anvisa, nome do fabricante, dimensões, estrutura, e composição;

II - Classificação do produto segundo o risco em: artigo crítico ou semi-crítico;

III - Descrição do tamanho da amostra e do número de reprocessamentos a que o produto será submetido no teste;

IV - Descrição do método de reprocessamento proposto, compatível com o produto e sua classificação de risco, especificando:

a) as fases de reprocessamento de forma detalhada – limpeza, enxágüe, secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;

b) materiais e insumos a serem utilizados;

c) medidas de proteção coletiva e equipamentos de proteção individual necessários;

V - Descrição da técnica de validação para cada fase do reprocessamento – padrões de referência para cada fase (físicos, químicos e microbiológicos) e métodos de verificação;

VI - Definição dos testes de segurança (esterilidade, apirogenicidade, atoxicidade e integridade) e de desempenho.

Parágrafo único. O protocolo teste pode ser elaborado utilizando-se como referência protocolos validados de outras instituições.

Art.6º A validação do protocolo deve ser documentada e assinada pelo responsável técnico do serviço de saúde ou da empresa reprocessadora.

Art.7º Os protocolos de reprocessamento devem ser elaborados a partir dos protocolos teste validados e devem conter:

I - Descrição do Produto especificando: nome, número de registro ou cadastro na Anvisa, nome do fabricante, dimensões, estrutura e composição.

II - Controle do Protocolo: data de redação, edição, público alvo, critério de recolhimento, e nome e assinatura dos responsáveis pela validação do protocolo teste e do responsável técnico;

III - Síntese dos resultados da aplicação do protocolo teste

IV - Descrição do método de reprocessamento aprovado por meio do protocolo teste, especificando:

a) as fases de reprocessamento de forma detalhada – limpeza, enxágüe, secagem, desinfecção, empacotamento, esterilização, rotulagem e acondicionamento;

b) as medidas de proteção coletiva e os equipamentos de proteção individual necessários;

c) os materiais e insumos a serem utilizados;

d) capacitação necessária à implantação e ao controle de qualidade dos protocolos de reprocessamento;

e) os critérios de descarte do produto reprocessado, considerando o número máximo de reprocessamentos definido no protocolo teste e outros fatores relacionados ao aspecto e às características do produto que indiquem a necessidade de descarte.

V - Descrição dos mecanismos de rastreabilidade do produto, incluindo o modelo do prontuário de identificação do produto;

VI - Descrição do monitoramento da implantação do protocolo de reprocessamento (vigilância de processos e resultados);

VII - Descrição do monitoramento dos eventos adversos associados ao uso do produto incluindo a classificação dos eventos, formas de registro, de notificação, e medidas corretivas a serem adotadas; e

VIII - Descrição do monitoramento do descarte do produto reprocessado, nas condições previstas no item IV-e.

Parágrafo único. Os produtos classificados como críticos devem ter garantida sua rastreabilidade individual.

Art.8º Os produtos críticos reprocessados devem possuir um prontuário de identificação com as seguintes informações:

I - Nome do artigo;

II - Identificação individual do produto;

III - Número do registro da ANVISA/MS;

IV - Nome do fabricante;

V - Nome do fornecedor;

VI - Descrição da estrutura e composição;

VII - Dimensões;

VIII - Nome do responsável por cada reprocessamento;

IX - Local da realização do reprocessamento;

X - Data de cada reprocessamento.

Art.9º Os produtos semi-críticos reprocessados devem possuir um prontuário de identificação com as seguintes informações:

I - Nome do artigo;

II - Número do registro da ANVISA/MS;

III - Nome do fabricante;

IV - Nome do fornecedor;

V - Descrição da estrutura e composição;

VI - Dimensões;

VII - Nome do responsável por cada reprocessamento;

VIII - Local da realização do reprocessamento;

IX - Data de cada reprocessamento.

Art.10 O serviço de saúde que optar pela terceirização do reprocessamento deverá oferecer à empresa reprocessadora as informações constantes dos itens de I a VII do Art.8º e dos itens de I a VI do Art. 9º.

Art. 11 A empresa reprocessadora deve fornecer ao serviço de saúde as informações referentes aos itens de VIII a X do Art.8º e aos itens de VII a IX do Art. 9º.

Art.12 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem promover treinamento e educação permanente da equipe, visando à implantação e ao controle de qualidade dos protocolos de reprocessamento, mantendo disponíveis os registros dos mesmos.

Art.13 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem adotar mecanismos de monitoramento da implantação dos protocolos de reprocessamento, podendo envolver vigilância de resultado e de processo.

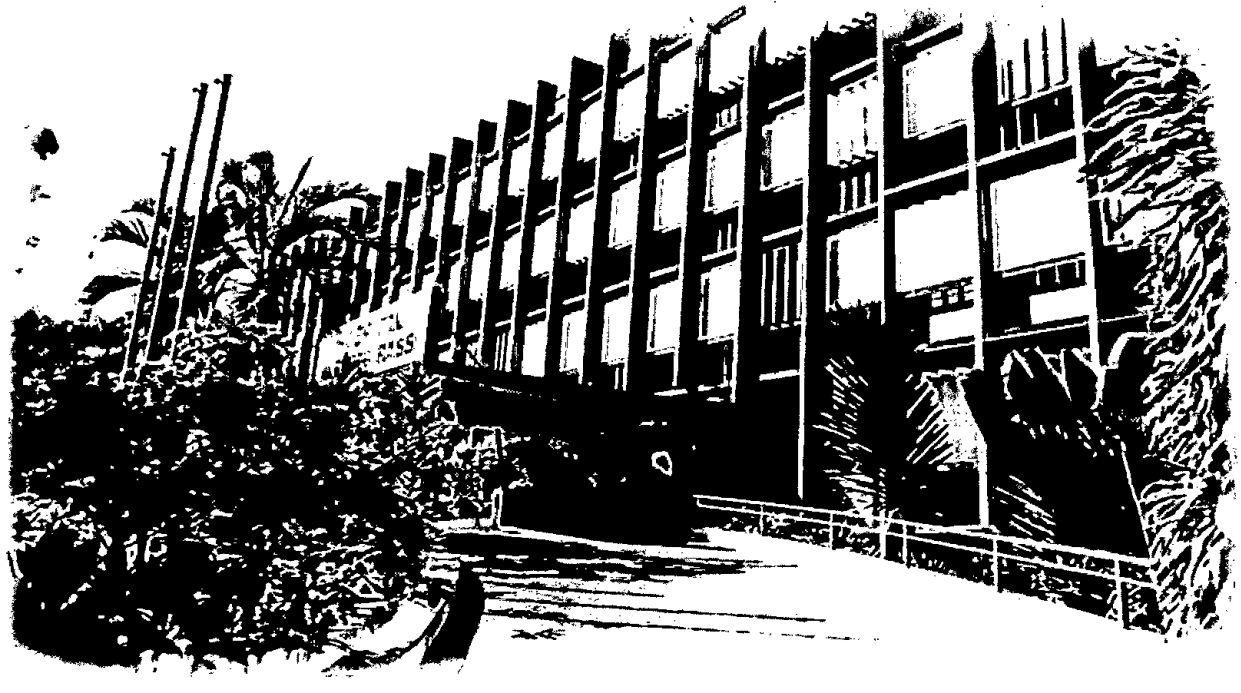
Art.14 Os serviços de saúde devem monitorar e notificar os eventos adversos associados ao uso dos produtos reprocessados.

Art. 15 Os serviços de saúde e as empresas reprocessadoras devem monitorar o descarte de produtos reprocessados.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4155
FLS
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4154

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



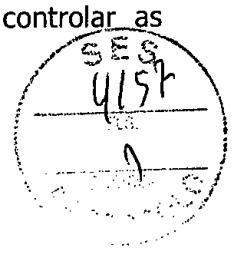
ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS AMBULATÓRIOS E ENFERMARIAS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

- massagear as proeminências ósseas ;
- Manter apele limpa, especialmente quando os pacientes não conseguem controlar as funções urinárias e intestinal ;
- Hidratação da pele;
- Usar colchões que aliviem as pressões ;
- Acolchoar áreas como:calcanhares ,cotovelos e tornozelos;
- Usar recursos que acolchoem assentos;
- Aliviar a pressão direta sobre o cóccix;



9 CURATIVOS

O curativo é uma substancia que cobre uma ferida .Quando utilizado ,pode servir a um ou mais objetivos :

- Manter a ferida limpa,
- Absorver drenagens ;
- Controlar sangramentos
- Proteger a feroda contra danos
- Manter medicamentos no local
- Manter um ambiente umidecido

TIPOS DE CURATIVOS

Existem vários tipos de curativos , dependendo do objetivo de seu uso . As coberturas mais comuns para feridas são os curativos de gaze, os transparentes e os hidrocolóides

O curativo e feito conforme as características da lesão.:

- Aberto :curativo em feridas sem infecção ,que após tratamento permanecem abertos (sem proteção de gaze).EX: curativo de intracath, ferida cirúrgica limpa .
- Oclusivo:curativo que após a limpeza da ferida e aplicação do medicamento é fechado ou ocluido com gaze ou ataduras.As gazes são absorventes ,mas se usadas sem substanciaoleosa ou gel , gudam no tecido granular e dificultam a cicatrização.
- Compressivo:é o que faz compressão para estancar hemorragiasou vedar bem uma incisão.
- Com irrigação :nos ferimentos com infecção dentro da cavidade ou fistula ,com indicação de irrigação com soluções salinas ou anti-septico .a irrigação é feita com seringa;
- Com drenagem:nos ferimentos com grande quantidade de exsudato. Coloca-se dreno ,tubos, cateteres ou bolsas de colostomias.
- Curativos hidrocoloides:ocluem a ferida impedindo a entrada de ar, água e microorganismos. A primcipal caracteristica é manter aferida umedecida ,acelerendo a cicatrização , porque novas células proliferam com maior rapidez num ambiente úmido .Se intactos podem ser mantidos por uma semana.

TROCA DOS CURATIVOS

Os curativos são trocados quando a ferida requer avaliação ou cuidados e quando eles se soltam ou

ficam saturados de drenagem .

MATERIAL

Bandeja contendo :

- Kit curativo:01 pinça anatomica,01 pinça hemostática e gaze ;
- Frasco de soro fisiológico ;
- Esparadrapo ou micropore;
- Tesoura;
- Cubarim ;
- Luvas;

TECNICA

- Explicar ao paciente sobre o cuidado a ser feito ;
- Lavar as mãos ;
- Posicione o paciente de modo a permitir o acesso ao curativo;
- Cubra o cliente com lençol de modo a expor apenas a área da ferida;
- Coloque peol menos uma luva , solte a fita adesiva , puxe –a na direção da ferida ,e retir o curativo;descarte o curativo sujo com a(s) luva(s);
- Lave novamente as mãos ;
- Corte varias tiras longas de fita adesiva;
- Abra os materiais esterelizados ;
- Ponha as luvas;
- Limpe a ferida com soro fisiológico em jato ou com chumaços de gaze com o auxilio das pinças estéreis;
- Use um único chumaço ou quadrado pequeno de gaze para cada movimento de limpeza;
- colocar o medicamento indicado ;
- cubra a ferida com o curativo de gaze;
- fixe o curativo com fita adesiva;
- retire e joque fora as luvas;
- deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem ;
- lavar as mãos ;
- fazer as anotações de enfermagem;

FERIDAS COM DRENOS

- limpar a pele ao redor e o dreno com soro fisiológico ;
- colocar uma gaze sob o dreno,isolando-o da pele;
- colocar outrs gaze sobre o dreno;protegendo-o;
- o dreno de de Penrose deve ser tracionado em cada curativo, exceto quando contra-indicado , cortar o excesso e colocar alfinete de segurança estéril ;
- o dreno tubular ou torácico exige troca de curativos com luvas estéril , nunca tocar diretamente no dreno.

- Observar e anotar o volume e o aspecto das secreções ou material drenado;

RETIRADA DE PONTOS

- Realizar de forma intercalada os pontos ,par evitar a deiscência e posterior evisceração , no caso de ausência de cicatrização eficaz.

MATERIAL

Kit para curativo

PRINCIPIOS BASICOS DO PREPARO E ADMINISTRAÇAO DE MEDICAMENTOS

- Nenhum medicamento deve ser administrado quando se estiver em duvida a cerca da droga ou dose;
- Em caso de duvida ,consultar o enfermeiro responsável ou medico;
- A dose prescrita so pode ser alterada pelo medico;
- Ao adm qualquer medicação V.O. não toca-la com as mãos;
- Ler a prescriçao cuidadosamente;
- Identifique a medicação pelo rotulo nunca pela aparência,
- Não adm medicação sem rotulo;
- Leia o rotulo 03 vezes antes de adm a droga: no momento que a localiza, enquanto estiver preparando,no momento de dar ao paciente
- Identifique o paciente pelo nome ,
- Permaneça ao lado do paciente ate quando ele tenha ingerido o remédio;
- Se a medicação foi recusada notificar a chefia anotar no prontuário e circular o horário escrevendo : recusada;
- Se cometer algum erro comunicar a chefia imediatamente;
- Nunca adm medicação preparado por outra pessoa,
- Não conversar ou distrair-se quando estiver preparando a medicação
- Observar estes 05 itens antes de dar uma medicação:**paciente certo,horário certo,medicação certa,dosagem certa ,ia de adm certa.**
- Sempre agitar o frasco em movimentos circulares, saso haja precipitação
- Todo medicamento por via ocular,auricular ou nasal , deverá ser de frasco e conta –gotas individual,
- Evitar que o frasco toque a mucosa;
- Toda medicaçao via parenteral devra ser precedida de antissepsia com algodão e álcool todaemedicaçao intramuscular devera ser adm a um ângulo de 90ºda agulha em relação a pele do paciente;
- Toda a medicação subcutânea devera ser feita a um ângulo de 45º da agulha em relação a pele do paciente
- Toda medicação intradermica devera ser feita a um ângulo de 15ºda agukha em relação a pele do paciente;
- No caso de aplicações de soro por via endovenosa(venóclise)mente aplicar soluções limpidas

sem turvações;

- Toda medicação , intramuscular e subcutânea devem ser aspiradasapos a introdução da agulha- a fim de verificar se atingiu algum vaso sanguíneo
- No caso de medicações liquidas e soluções , colocar em seringas ate o limite desejadoe a ´po , vazar o conteúdo em recipiente próprio
- As injeções intramusculares são aplicadas usualmnte nosmusculos glúteos e deltóideos ; e no caso de voltareme benzetacil só adm na região glútea
- Caso o paciente esteja tomando injeções subcutâneas muito freqüente , deve-se sempre variar o local de aplicação (face externa da coxa, músculo deltóide ,face interna do antebraço abdome, glúteo
- Todo o material para injeções não e reutilizado é deve ser descartado no recipiente de perfuro cortante

MEDICAÇÃO VIA ORAL:CAPSULA COMPRIMIDO E DRAGEAS

É o medicamento ingerido através da boca com água, leite, suco ;

MATERIAL

- Bandeja,
- Recipiente para colocar a medicação
- Água
- Fita adesiva para identificar: nome do paciente ,leito , quarto

TECNICA

- Verificar pela prescrição medica a data , horário ,nome do paciente dosagem da medicação ;
- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e comparar com a prescrição medica ;
- Colocar a medicação no recipiente apropriado
- Identificar o paciente pelo nome,
- Explicar o procedimentoe informar o paciente sobre a medicação a ser adm
- Observar as condições de deglutição do paciente
- Colocar o paciente em posição favorável a deglutição do medicamento
- Adm a medicação sem tocá-la com as mãos , oferecendo água o suficiente para a completa deglutição
- Permanecer ao lado do paciente ate a medicação seja deglutida
- Lavar as mãos checar a medicação na prescrição e anotar quaisquer anormalidades

MEDICAMENTOS VIA ORAL: GOTAS, XAROPE , SUSPENSÃO

MATERIAL

- Bandeja
- Recipiente para colocar a medicação
- Água ou leite
- Fita adesiva para identificar o nome do paciente

SES
4141

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verficar pela prescrição medica ,horário o nome e a dosagem da medicação bem com oo nome do paciente , leito e quarto
- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e compará-lo com a prescrição
- Agitar o frasco antes do uso , caso haja precipitação
- Colocar a medicação no recipiente graduado (seringa) e vazar o conteúdo em recipiente próprio para a medicação
- Evitar o retorno da medicação para o recipiente de origem
- Identificar o paciente pelo nome ,quarto e leito
- Explicar o procedimento e sobre a medicação a ser adm
- Observar as condições de deglutição do paciente
- Cloloc´-lo em posição confortável
- , favorável a deglutição do medicamento
- permanecer ao lado do paciente ate que a medicação seja deglutida
- lavar as mãos
- checar a medicação

EQUIVALENCIA APROXIMADA DAS MEDIDA

01 colher de café =2ml

01 colher de chá =5ml

01 colher de sobremesa =10ml

01 colher de sopa =15ml

MEDICAMENTOS VIA NASAL

MATERIAL

- bandeja
- frasco de medicamento com conta-gotas
- gazes
- fita adesiva para identificar o paciente ,leito, quarto

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verficar pela prescrição medica ,horário o nome e a dosagem da medicação bem com oo nome do paciente , leito e quarto
- Ler cuidadosamente o rotulo da medicação antes de prepará-la e compará-lo com a prescrição
- Explicar o procedimento e sobre a medicação a ser adm
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o medicamento
- Colcar o paciente em decúbito dorsal com a caeça inclinada para tras
- Instalar diretamente no fundo da narina evitando que o frasco ou o conta gotas toque a mucosa nasal

SES 4142

- Limpar o excesso com gaze
- Solicitar que o paciente permaneça alguns minutos em decúbito dorsal
- Recolocar o conta gotas no frasco depois de lavá-lo em água corrente e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação na prescrição e anotar quaisquer anormalidades

MEDICAMENTOS VIA AURICULAR

É a introdução de medicamentos no canal auditivo externo , com a finalidadede prevenir ou tratar processos inflamatórios , infecciosos , facilitar a saída de cerumem e corpos estranhos

MATERIAL

- Bandeja
- Frasco de medicamento com gota gota
- Fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Explicar a finalidade do procedimento;
- Colocar pciente em decúbito lateral
- Puxar gentilmente o lobo da orelha para trás e paracima
- Instilar a medicação ,evitando que ente em contato com a pele
- Proteger o orifício com gaze
- Solicitar ao paciente que permaneça nesta posição por alguns minutos
- Repetir procedimento no outro ouvido
- Fechar o frasco
- Limpar com gaze a região auricular externa , se necessário
- Lavar as mãos
- Checar e anotar qualquer anormalidade

MEDICAÇÃO OCULAR

Consiste na aplicação de pomada ou colírio na conjuntiva ocularcom a finalidadede proteger a córnea , tratar infecções , dilatar pupila(midriase) contrair a pupila(miose),anestesiar , controlar a pressão intra ocular etc

MATERIAL

- Bandeja
- Frasco de medicação ,gaze ,conta gotas se necessário ,fita adesiva para identificar o nome do paciente

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição ,data, hora, nome do medicamento , dosagem ,nome do paciente
- Identificar o paciente
- Explicar o procedimento

SES
4163

- Deitar ou sentar ou o paciente na cadeira com a cabeça mantida para trás em posição confortável
- Limpar as palbebras e os cílios com gaze , se necessário
- Segurar o contagotas ou o frasco e expor a conjuntiva da palbebrainferior , colocando o indicador próximo a margem da pálpebra inferior , abaixando
- Os cílios e exercendo pressão para baixo
- Segurar o frasco próximo ao olho , evitando encosta=lo nas palpevras e cílios
- Pedir ao paciente para olhar para cima
- Instilar as gotas prescritas na conjuntiva
- Solicitar ao cliente que fevhe os olhos por alguns minutos ,movendo os lhos para escoamento da medicação
- Enxugar o excesso de medicamento com gaze
- Repetir o mesmo processo no outro olhoo
- Fechar o frasco de medicação
- Observar reaçoes do cliente
- Colocar paciente em posição confortável
- Lavar as mãos
- Checar o horário na prescrição e anotar qualquer anormalidade

MEDICAÇÃO SUBLINGUAL

É a administração de medicamentos em baixo da língua.

MATERIAL

- Bandeja
- Recipiente para colocar a medicação
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente)

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição medica o medicamento, a data, o horário, a dossagem, o nome do paciente, o leito do quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Colocar o comprimido na mão do paciente solicitando-o que coloque-o sob a lingua;
- Orientar o paciente para que permaneça com o medicamento sob a língua até a diluição do mesmo;
- Observar as possíveis reações do paciente

- Lavar as mãos
- Checar o horário do medicamento na prescrição e anotar irregularidades.

MEDICAÇÃO VIA RETAL

É a administração de medicação no reto.

MATERIAL

- Bandeja
- Luvas de procedimento;
- Recipiente para colocar o supositório;
- Biombos;
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente)
- Gases.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Colocá-lo em posição SIMS;
- Calçar luvas;
- Pegar o supositório, retirar o invólucro e segurar na mão direita, com gaze;
- Afastar as nádegas com a mão esquerda;
- Introduzir o supositório delicadamente e pedir ao paciente que o retenha por alguns minutos;
- Desprezar as luvas e as gazes no lixo próprio;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição do horário da medicação e anotar qualquer irregularidade.

MEDICAÇÃO VIA VAGINAL

Consiste na introdução na vagina de líquidos ou medicamentos.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Aplicação vaginal;
- Biombo.

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Calçar luvascolocar a paciente em posição gin de procedimento;
- Colocar a paciente em posição ginecológica, após higiene intima;
- Afastar os pequenos lábio com os dedos indicador e polegar e introduzir o aplicador;
- Injetar a pomada e retirar o aplicador;
- Desprezar as luvas e o aplicador no lixo próprio;
- Anotar no prontuário.

MEDICAÇÃO VIA PARENTERAL

I - INTRMUSCULAR

II – SUBCUTÂNEA

III – INTRADERMICA

IV – ENDOVENOSA

V – VENOCLISE

I – INTRAMUSCULAR

Consiste na aplicação e solução medicamentosa no músculo. É de ação rápida porem menos que a EV. Os locais mais comuns de aplicação: deltóide, região glútea (vasto lateral) que fica na região lateral terço médio da coxa. O paciente poderá apresentar algumas anormalidades decorrentes de acidentes ou falhas de aplicação: lesão de nervos, vasos, tecido subcutâneo e abscesso por falhas sépticas.

MATERIAL

- Bolas de algodão embebidas em álcool a 70%;
- Seringa esterilizada;
- Agulha estéril;
- Bandeja
- Medicação prescrita;
- Fita adesiva para identificar (nome, leito, quarto do paciente).

TECNICA

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição medica nome do medicamento, data, horário, dosagem, nome do paciente, leito e quarto;
- Dispor o material a ser usado sobre o balcão da sala de medicação;
- Abrir o pacote da seringa;
- Conectar a agulha ao bico da seringa, mantendo os princípios de assepsia;
- Limpar com algodão embebido em álcool 70%, quebar a ampola envolvida numa gaze seca, colocando-a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda;
- Pegar a seringa com a mão direita, introduzindo, cuidadosamente, sem tocar nas bordas, a agulha na ampola, com o bisel voltado para baixo;
- Aspirar todo o liquido, protegendo a agulha com sua capa protetora, retirando todo ar da seringa;
- Colocar a seringa na bandeja, identificada com fita adesiva (nome, leito e quarto do paciente) e algodão com álcool;
- Identificar o paciente: nome, leito e quarto;
- Explicar o paciente o que será feito;
- Conversar com o paciente sobre sua preferência pelo local a se aplicado;
- Certificar-se pela região a ser escolhida pelo paciente é a mais indicada , deixando-o em posiçao confortável e adequada;
- Expor o local da aplicação;
- Fazer a antissepsia da região com algodão , deixando-o entre os dedos mínimos e anularda mão esquerda
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no músculo , com um so movimento, formando um ângulo de 90º
- Aspirar a seringa, segurando com a mão esquerda para verificar se a agulha atingiu vaso sanguineo
- Firmar a agulha, segurando o corpo da seringa , com a mão direita
- Injetar o liquido
- Retirar a agulha , com movimento preciso e rápido , comprimindo a pele com a bola de algodão
- Recompor o cliente e colocá-lo em posição confotavel
- Colocar o material na bandeja e desprezá-lo em recipiente para perfuro cortante
- Checa a medicação e anotar qualquer irregularidade
- OBS.:a medicação IM voltarem e benzetacil só devera ser aplicada em região glútea , poi, forma abscesso em deltoide

SUBCUTÂNEA

MATERIAL

- Bolas de algodão embebidas em álcool a70%
- Seringa esterilizada,agulha estéril

- Bandeja
- Medicação prescrita
- Fita adesiva para identificar medicação ,nome , leito etc

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar prescrição:nome do medicamento,data, horário, dosagem,,nome do paciente,
- Dispor material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa,
- Conectar a agulha ao bico da seringa, mantendo os princípios de assepsia ,
- Limpar com algodão em álcool a 70% tirar a faixa de metal ,ou quebrar ampola colocando a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Aspirar todo o liquido, protegendo a agulha com sua tampa protetora, retirando todo o ar da seringa
- Colocar a seringa na bandeja, identificada com fita adesiva e algdao com alcool
- Expilcar procedimento ao paciente
- Expor o local da aplicação
- Fazer a antiassepsia do local , com o algodão ,deixandi-o ente os dedos mínimos e anular da mão esquerda
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no músculo com um so movimento , formando um ângulo de 45º(agulha de 25/7) ou um ângulo de 90ºse agulha 13/4,5, fazendo a prega cutânea
- Firmar a agulha pelo corpo da seringa com a mão direita
- Injetar o liquido com a mão esquerda
- Retirar a seringa com movimento preciso, comprimindo a pele com o algodao
- Limpar a olcal levemente sem massagear
- Recompor o paciente e descartar o material no recepiente de perfuro cortante
- Checar a madicaçao na folha de prescriçao

.VIA INTRADERMICA

e adm de pequena quantidade de medicamento na derme (0,1ml), sendo indicado paravacinas e testes de diagnósticos e hipersensibildades. Teoricamente pode ser aplicada em qualquer área, mas a região mais indicada é a face interna do antebraço

MATERIAL

- Bolas de algodão ,seringa esterilizada, agulha estéril , bandeja, medicação prescrita,

TECNICA

- Lavar as mãos , verificar pela a prescrição : nome , data, horário ,dosagem, nome do paciente
- Dispor o material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa
- Conectar a agulha ao bico da seringa , mantendo os princípios de asspsia
- Limpar com algodão embebido em álcool a 70%, tirar faixa de metal e colocar ampola ente os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Pegar a seringa com a mão direita , introduzindo , cuidadosamente , sem tocar a agulhana ampola, com bisel voltado para baixo
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Expor o local da aplicação
- Fazer a antiassepsia do local
- Firmar o músculo com a mão esquerda e introduzir a agulha no musculo formando com a pele um ângulo de 15º, estando a agulha em posiçao correta , o bisel ficará visível através da pele
- Firmar agulha segurando o corpo daseringa ,com a mão direita
- Injetar o nedicamento vagarosamente, observando que surgirá uma pápula no local da aplicação
- Não friccionar o local
- Recompor o cliente,
- Descartar material em recipiente para perfuro cortante
- Checar a prescrição

VIA ENDOVENOSA

E a administração de uma droga diretamente na veia , afim de obter uma ação imediata

Objetivos:retirar sangue para exames de laboratório, introduzir medicamentos , ação rápida do efeito do medicamento , introduzir maiores quantidades de líquidos.

MATERIAL

- Luvas para procedimento
- Seringa descartável
- Recipiente com bolas de algodão
- Garrote

TECNICA

- Lavar as mãos
- Dispor o material a ser usado
- Abrir o pacote da seringa
- Conectar a agulha ao bico da seringa , mantendo os princípios de assepsia
- Limpar com algodão embebido em álcool a 70%, tirar faixa de metal e colocar ampola ente os dedos indicador e médio da mão esquerda
- Pegar a seringa com a mão direita , introduzindo , cuidadosamente , sem tocar a agulhana ampola, com bisel voltado para baixo
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Aspirar todo o liquido , protegendo a agulha com sua capa protetora e retirar todo o ar
- Calçar luvas
- Expor local da aplicação , escolhendo a veia

SES
4169
FLS.

- Fixar o garrote acima do local escolhido , uns 4 dedos
- Palpar novamente a veia e verificar se é mesmo a mais indicada
- Fazer a assepsia do local com algodão , em sentido único do retorno venoso
- Pedir para paciente fechar a mão
- Pegar a seringa , certificando –se de que está sem ar e mantenha a escala numérica voltada para cima e o bisel da agulha também
- Segurar o braço do paciente com a mão esquerda , fixando a veia abaixo do local onde foi feita a assepsia
- Aspirar aseringa com a mão esquerda, se aparecer sangue ,a veia esta pega
- Soltar o garrotee pedir ao paciente para abrir a mão
- Injetar lentamente a medicação observando as reações do paciente , a cada 05 a 10 ml injetado
- Aspirar sempre para certificar se de que esta na veia
- Colocar o lagodao próximo a agulha assim que terminar a aploicaçao
- Retirar a agulha sem movimentos bruscos
- Comprimir o local com algodão e colocar fita adesiva no local
- Deixar o paciente confortável colocar o material em recipiente para perfuro cortante

Observação importante:

- A solução adm EV deve ser cristalina, não oleosa, não conter flocos em suspensão
- Aplicar lentamente a medicação observando a reação do cliente
- Verificar a permanência da agulha na veia durante a aplicação
- Retirar a agulha se observar hematoma ou infiltração e repetir a operação no outro membro

Complicações

- Choque : apresenta como principais sintomas a palidez lipotimia ,ansiedade, tremores ,hiperemia , cianose o choque pode ser :
  I. Pirogenico : devido a introdução de solução contaminada
  II. Anafilática :devido a hipersensibilidade a droga
  III. Periférico ,devido a causas diversas como, aplicação rápida , dosagem elevada ,
- Embolia gasosa: devido a introdução de ar na circulação sanguínea
- Embolia oleosa ; devido a introdução de solução oleosa na circulação
- Embolia sangüínea : devido a mobilização de trombo
- Flebites e tromboflebites : é um processo inflamatório das veias tornado a área dolorosa e hiperemiada
- Esclerose das veias devido a aplicações freqüentes na mesma e soluções hipertônicas
- Hematoma
- Infiltração medicamentosa ; devido ao extravasamento de solução fora da veia
- Abscesso : são processos infecciosos , devido a falta de assepsia e introdução de soluções irritantes fora da veia

SOROTERAPIA OU VENOLISE

É a administração através de uma veia , de regular quantidade de liquido no organismo. É indicada para repor liquido as em casos de hemorragia , choque , desidratação ,manter veia ,administrar medicamentod EV, administrar proteínas ,eletrólitos ,vitaminas .

LOCAIS DE APLICAÇAO

- Em quaisquer veias dos membros superiores evitando se as localizaçoes nas articulações
- Controlar o gotejamento conforme a prescrição

Calculo de gotejamento

- numero de gotas por minuto = volume –horas x3
- 1ml=20gotas
- 1h= 60minutos

MATERIAL

- Bandeja
- Frasco de soro com solução prescrita
- Scalp ou abbocath
- Cortador de soro descartável
- Recipiente com bola de algodão embebidas em álcool a 70%
- Suporte para frasco de soro
- Tala ou atadura para imobilização , se necessário
- Seringa e agulha esterilizada (material descartável)
- Garrote
- Esparadrapo em tiras
- Equipo de soro
- Luvas de procedimento
- Identificação do soro

TECNICA

- Lavar as mãos
- Verificar pela prescrição :nome do paciente , do medicamento, data horário , dosagem ,leito
- Dispor o material a ser usado no balcão da farmácia
- Observar as características da solução contida no frasco
- Abrir o frasco de soro com cortador de soro descartável
- Acrescentar a medicação prescrita observando os princípios de assepsia
- Conectar o equipo de soro ao frasco
- Retirar o ar do equipo ,escorrendo o soro ate a extremidade livre do equipo
- Proteger a extremidade livre do equipo
- Fazer nível no copinho (câmera gotejadora)
- Clamp o equipo
- Colocar a identificação no frasco de soro : nome do paciente ,nome e volume da solução nome e quantidades da medicações acrescidas
- Mínimo de gotas por minuto
- Inicio e termino da soroterapia
- Data e hora
- Assinatura do funcionário que instalou
- Colocar o frasco na bandeja , devidamente identificado
- Completar a bandeja com o resto de material necessário
- Explicar o procedimento para o cliente
- Pendurar o frasco no suporte de soro , junto ao leito

- Calçar luvas
- Puncionar veia conforme técnica de medicação endovenosa , que na soroterapia faz uso de escalp ou abbocath
- Conectar o scalp ou abbocath ao equipo de soro , após puncionar a veia
- Fixar o cateter intravenoso ou scalp , com esparadrapo
- Desclampear o equipo de soro
- Graduar o numero de gotas prescritas
- Certificar-se de que o soro esta correndo na veia
- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem
- Colocar o material na bandeja e desprezar em caixa par perfuro cortante
- Desprezar luvas de procedimento
- Lavar as mãos
- Checar a instalação colocando a hora e anotando irregularidades , se houver

RETIRADA DE SORO ENDOVENOSO (VENOCLISE)

MATERIAL

- Bandeja com algodão embebido em álcool a 70 %
- Algodão com éter
- Luvas de procedimento

TECNICA

- Lavar as mãos
- Calcar as luvas
- Explicar o procedimento par o cliente
- Clampear o equipo de soro
- Retirar o esparadrapo que fixa o scalp ou cateter intravenoso a pele do pacintecom algodão ou gaze embebida em eter
- Colocar o algodao com alccol próximo ao scalpe rtire-o aplicando leve pressão
- Observar se houve hemostasia
- Observar se o local precisa de cuidados especiais
- Colocar o material na bandeja e encaminhá-lo par o descarte em recipiente para perfuro cortante
- Desprezar luvas
- Checar na prescrição , o termino da soroterapia e anotar no prontuário

OXIGENIOTERAPIA

CATETER NASAL

E a introdução de um cateter nas vias aéreas superiores.
Indicação Para aliviar a anoxia ou falta de oxigênio nos tecidos.

NORMAS

- Trocar o cateter de narina, no máximo de 12 em 12 horas, se o oxigênio for continuo, a fim de

- evitar ferimento da mucosa e obstrução do cateter por secreção;
- Orientar o paciente que respire somente pelo nariz, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado
- Observar o nível da água do umidificador. Seu nivel nao deve ultrapassar a marca contida no frasco, para evitar a inalacao de agua pelo paciente;

MATERIAL

- Sonda uretral no 6
- Intermediario
- Esparadrapo
- Gaze
- Luvas de procedimento
- Umidificador de 02
- Equipo soro (pedaço)

TECNICA

- Lavar as maos;
- Levar o material para a unidade do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Medir no cateter, a distancia entre a ponta do nariz e o lobulo da orelha, para determinar quanto a
  sonda deve ser introduzida;
- Introduzir o cateter pela fossa nasal ate o ponto marcado com o auxilio da gaze;
- Fixar o cateter com pequeno pedaco de equipo e esparadrapo sobre o nariz e testa do paciente;
- Abrir o fluxometro ate o numero de litros de oxigênio prescrito, que geralmente e de 2 litros por
  minuto;
- Observar o paciente durante o tratamento;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

INALACAO

E o tratamento realizado para problemas respiratórios feito através do uso de oxigênio e a medicação especifica no caso, onde o paciente inala.

Indicação Bronquites, crises asmáticas;
Pneumonias.

NORMAS

- O inalador devera ser trocado a cada 24 horas, ou seja, sempre na primeira inalacão no período da manha

- Seguir o horario padrao da inalacoes que e 6/6 horas, 12-18, 24, 06-12ou conforme prescrição

Material

- Inalador com medicacao prescrita,
  Forro ou papel higienico (se necessario).

TECNICA

- Lavar as maos;
- Preparar a inalacao conforme prescricao;
- Levar o material ate o paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Preparar o paciente para receber o tratamento, colocando em posicao fowler ou sentado;
- Ligar o inalador;
- Instruir o paciente para inspirar profundamente a medicacao;
- Providenciar forro ou papel higienico se necessario, para o paciente expectorar;
- Manter a inalacao durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Deixar o paciente em posicao confortavel apos o termino da inalacao;
- Lavar as maos;
- Checar no prontuario.

NEBULIZACAO CONTINUA COM MASCARA FACIAL
E o tratamento realizado atraves do uso de oxigenio para problemas respiratorios.

Indicacao Pneumonias;
Oxigenioterapia apos retirada do respirador.

NORMAS

- Trocar no maximo a cada 48 horas o conjunto da nebulizacao;
- Observar sinais de irritacao da pele, comunicando a enfermeira.

Material

Nebulizador de traqueia,
Mascara facial,
Agua destilada esteril.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Certificar-se da prescricao medica;
- Colocar agua destilada esteril ate metade da capacidade do nebulizador e datar;
- Reunir o material e leva-lo ate junto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Acoplar o fluxometro ao nebulizador com a respectiva traqueia, a saida de 02 (oxigenio);
- Conectar a mascara ao final da extensao da traqueia na posicao adequada ao paciente;
- Abrir o oxigenio regulando o fluxo segundo a prescricao;
- Posicionar a mascara na face do paciente fixando-a com elastico por tras da cabeca;
- Deixar o paciente confortavel;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario.

NEBULIZAÇÃO / INALAÇÃO

É administração de medicamentos por via respiratória , através de um aparelho chamado nebulizador ou inalador. O medicamento liquido é transformado em nevoa , que é inalada , para fluidificar as secreções aderidas na parede brônquica .

MATERIAL

- Nebulizador , com a medicação
- Cuba im ou escarradeira
- Lenço de papael
- Saco plástico par lixo

TECNICA

- explicar ao cliente o cuidado a ser executado
- lavar as mãos
- organizar o material
- preparar o paciente para receber o tratamento : posiçao de Fowler ou sentado em uma cadeira
- retirar o frasco umidificador e ligar o nebulizador á fonte de oxigênio ou ar comprimido , para que o fluxo aja diretamente sobre o medicamento que esta no nebulizador
- regular o fluxo de oxigênio de acordo com a prescrição , geralmente 3 litros
- instruir o paciente parainspirar profundamente a medicação e expirar lentamente , permanecendo com a boca semi aberta
- oferecer lenço de papel e orientar para escarrar , tossindo profundamente ,ajudá-lo fazendo tapotagem ou vibração no local de acumulo de secreção
- pmaterial
- lavar as mãos
- anotar o cuidado prestado ,volume e característica do escarro

OBSERVAÇOES

- no momento de uasr o nebulizador , enxaguá lo em água corrente para remover o decinfetante
- após usar ,o nebulizador e mascaras deve ser lavado , enxugado e depois guardado em recipiente fechado , contendo uma solução desinfetante , com hipoclodito de sódio , por uma hora , em seguida enxaguar e secar
- os líquidos usados deverão ser estéreis
- após a fluidificação encaminhar paciente para fisioterapia respiratória

- UMIDIFICAÇAO
  A umidificação consiste em acrescentar água a uma mistura gasosa. O ar ou oxigênio com elevado grau de umidade relativa mantem a umidade das mucosas das vias aéreas e favorecem a mobilização das secreções pulmonares. A umidificação e indispensável para assegurar a eliminação normal do muco peles ou cílios epiteliais. Outro método de umidificação e o uso da tenda úmida, em bebes e crianças que apresentarem certas doenças tais como laringite ou traqueite. O profissional precisa controlar tanto a temperatura corporal da criança como as suas funções respiratórias.

SES
4175

COLOCAÇÃO DE CATETER NASAL

Etapa

- Avaliar o paciente e verificar se existem sinais e sintomas sugestivos de epóxi ou presença de secreções nas vias aéreas.
- Reunir os materiais e equipamentos necessários:
- Cateter nasal
- Tubo de oxigênio
- Umidificador
- Água destilada estéril
- Fonte de oxigênio com fluximetro
- Placas Proibido Fumar
- Explicar ao paciente e aos familiares em que consiste o procedimento, assim como a finalidade de oxigenoterapia.
- Lavar as mãos.
- Conectar o cateter nasal ao tubo de oxigenio e a uma fonte de oxigenio umidificada, calibrada na taxa de fluxo desejada.
- Introduzir as extremidades do cateter nas narinas do paciente.
- Ajustar a fita elástica na fronte ate que o cateter esteja perfeitamente adaptado e confortável.
- Manter o tubo de oxigenio com folga o suficiente e prendê-lo as roupas do paciente,
- Verificar o cateter a cada 8 horas.
- Manter o recipiente do umidificador sempre cheio.
- A cada 6 a 8 horas, examinar as narinas do paciente, a procura de laceração de pele.
- Verificar a taxa do fluxo de oxigenio e as prescrições do medico, a cada 8 horas.
- Lavar as mãos
- Inspecionar o paciente para verificar se desaparecem os sintomas associados a epóxi.
- Observar as narinas do paciente e a superfície superior de ambas as orelhas quanto a laceração da pele.
- Anotar no diário da enfermagem: o método de administração de oxigenio, taxa de fluxo, permeabilidade do cateter de oxigenio, reação do paciente e avaliação respiratória.

RESTABELECIMENTO DAS FUNÇOES RSPIRATORIAS

Quando prolongada e grave, a epóxi pode levar a parada cardíaca, ou seja, a interrupção brusca da circulação e do debito cardíaco. Quando ocorre parada cardíaca oxigenio não e retido nos tecidos e o metabolismo se torna anaeróbico; ocorre acidose metabólica e respiratória. As leses dos tecidos, inclusive as leses permanentes da musculatura cardíaca e lesão cerebral, ocorrem em 5 minutos.

REANIMAÇAO CARDIOPULMONAR

A parada cardíaca caracteriza-se pela ausência de batimentos cardíacos e de movimentos respiratórios e pela dilatação das pupilas, o que exige a aplicação imediata das medidas de reanimação cardiopulmonar (RCP), A RCP e uma medida básica de emergência, destinada a salvar a vida, consistindo de aplicação de respiração artificial e de massagem cardíaca externa. A RCP tem três finalidades principais que constituem o ABC da reanimação cardiopulmonar: assegurar a entrada do ar, dar inicio a respiração e manter a circulação.

Avaliação

Todas as intervenções de enfermagem são avaliadas mediante comparação da reação apresentada pelo paciente com as finalidades do plano de assistência. Daremos a seguir alguns exemplos de critérios para a avaliação dos pacientes que apresentam alterações da

oxigenação; existem outros critérios avaliados que se baseiam nos diagnósticos específicos de enfermagem e nas metas terapêuticas.

Exemplos de critérios avaliativos quanto à manutenção e promoção da expansão pulmonar incluem:

- Inspeção e palpação para verificar se a expansão pulmonar é simétrica
- Inspeção para verificar se ocorreu aumento da expansão pulmonar, conforme documentação pela espirometria com estimulo
- Observar se ocorreu diminuição dos movimentos respiratórios dispnéicos
- Observar se existem ou não movimentos anormais das paredes torácicas, tais como tiragem ou contração dos músculos acessórios da respiração
- Ausculta destinada a evidenciar a presença de murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares

Exemplos de critérios avaliativos quanto à mobilização das secreções broncopulmonares incluem:

- Observar se o paciente apresenta tosse produtiva
- Inspecionar o escarro para verificar se ele conte secreções aquosas de cor esbranquiçada
- Auscultar os filmes a procura de ruídos adventícios

Exemplos de critérios avaliativos quanto a manter as vias aéreas desobstruídas. Incluem:

- Observar se melhorou a capacidade do paciente para apresentar tosse produtivas ··2. Observar se existem ou não movimentos anormais da parede torácica
- Auscultar os campos pulmonares para verificar a presença de murmúrio vesicular normal

Exemplos de critérios avaliativos quanto à manutenção e promoção da oxigenação normal dos tecidos incluem:

- Observar se o paciente apresenta ou não sinais de epóxi
- Inspecionar pele e mucosas a procura de cianose
- Examinar os sinais vitais e observar se estes retornam aos valores básicos normais
- Verificar se o estado de consciência voltou ao nível normal
- Verificar se os valores da gasometria do sangue arterial se normalizaram

Exemplos de critérios avaliativos quanto ao restabelecimento das fofices cardiopulmonares incluem:

- Observar se o pulso e a respiração se restabeleceram, funcionando espontaneamente
- Observar se o paciente recuperou a consciência

Exemplos de critérios avaliativos quanto a. Melhora da tolerância aos esforços incluem:

- Determinar a freqüência respiratória, durante e apos exercícios, verificando se ocorreu aleirasses significativas
- Perguntar ao paciente se ele sente dispnéia ou falta de ar durante os exercícios
- Observar a capacidade do paciente para tolerar esforços progressivamente maiores.

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM PROBLEMAS INTESTINAIS

Defecção ou evacuação :Ato de eliminar os dejetos;
Flatos: Gases;
Flatulência, timpanismo ou meteorismo A quem sofre de flatos;
Tenesmo :Dor e dificuldade para evacuar sem que haja evacuação;
Melena :Sangue nas fezes (escuras);
Peristaltismos: Ondas contrateis que vão levar os dejetos através do intestino ate o reto

TRANSTORNOS INTESTINAIS

Diarréia : Eliminação de fezes soltas, aquosas devido à rápida passagem dos produtos da eliminação pelo trato gastrintestinal.

Cuidados de Enfermagem:

Repouso para reduzir o peristaltismo; oferecer condições para locomoção ao sanitário ou comadre se for o caso; realizar ou auxiliar na higiene intima a cada evacuação; oferecer hidratação V.O.

Obstipação ou Constipação :Atraso dos movimentos dos produtos de eliminação e que geralmente vai ocorrer no intestino grosso. Apresenta fezes duras e secas; podendo ocorrer fecaloma que são fezes silabadas na parede do intestino, fazendo-se necessário à extração manual.
A obstipação pode vir associada a sintomas típicos como: flatulência,
cefaléia, anorexia, halitose, aspereza da língua.

SONDAGEM RETAL

E a introdução de uma sonda através do reto.

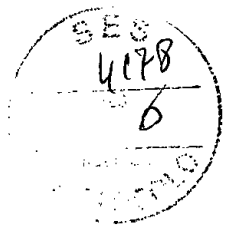
Indicação: Flatulências; Diarréias graves; Cirurgias anais

TECNICA

- A sondagem retal devera ser feita na posição de SIMS, à esquerda;
- Manter a privacidade do paciente durante o procedimento;

MATERIAL
- Sonda retal numero 22 ou 24,
- Xylocaina gel,

- Luvas,
- Gazes,
- Forro,
- Esparadrapo.



TECNICA

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Proteger o paciente com biombo;
- Colocar o paciente em posição de SIMS, à esquerda;
- Calcar luvas;
- Lubrificar a sonda retal;
- Separar a prega interglútea expondo a região anal com gazes;
- Introduzir a sonda retal de 8 a 10 cm, pedindo para o paciente respirar fundo;
- Fixar a sonda, caso necessário;
- Retirar luvas;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente o horário do procedimento e se houve retorno;

- LAVAGEM INTESTINAL (enteroclisma)

  É a entrada de uma quantidade de liquido no intestino através de uma sonda retal.

  Indicacao :Distensao , flatulência abdominal ,constipação intestinal,preparo para cirurgia,tratamento intestinal ou radiografias

MATERIAL

- *Solucao co*mercial do enteroclisma (glicerina), aquecida ou gelada conforme a indicacao,
- Forro,
- Vaselina ou xylocaina geleia,
- Papel higienico,
- Comadre,
- Biombos,
- Sonda retal,
- Gazes,
- Equipo de soro,
- Luvas,
- Suporte de soro.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;

- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Cercar a cama com biombo;
- Colocar sobre a mesa de cabeceira a solucao de glicerina, gazes e xylocaina;
- Colocar a comadre sobre a escadinha;
- Colocar o paciente em decubito lateral esquerdo, deixando-o coberto;
- Colocar o forro sob as nadegas do paciente para proteger a cama;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco do clister, retirando o ar do equipo;
- Colocar o frasco no suporte de soro;
- Calcar as luvas;
- Conectar a sonda retal a extremidade do equipo, retirando o ar da mesma;
- Lubrificar a sonda com xylocaina;
- Separar a prega interglutea com gazes expondo a regiao anal;
- Introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm com cuidado e vagarosamente;
- Abrir a pinca do equipo de soro e deixar a solucao correr ate o final;
- Fechar a pinca do equipo;
- Retirar a sonda ao termino da solucao;
- Desprezar a sonda envolvida no papel higienico e o frasco no lixo do banheiro;
- Orientar o paciente para reter a solucao durante alguns minutos;
- Colocar o paciente na comadre, ou leva-lo ao banheiro, deixando o papel higienico em suas maos;
- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezando o conteudo lavando-a;
- Retirar luvas;
- Oferecer material para lavagem das mãos ao paciente, se necessário;
- Deixar a unidade em ordem e o paciente confortável;
- Lavar as mãos;

- Anotar no prontuário: horário, quantidade da solução usada e retorno;

  Obs: - Diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do liquido, se o paciente queixar de dor.

- Não deixar entrar ar no intestino;
- Quando o liquido não entrar por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma;
- Nunca forçar a introdução da sonda;
- Ao introduzir a sonda, pedir ao paciente que inspire e expire profundamente, a fim de manter o relaxamento;
- Se a lavagem for gota a gota, controlar rigorosamente o gotejamento.

SONDAGEM VESICAL

A cateterizacao urinaria e a introdução de tubo estreito (cateter urinário), pela uretra ate a bexiga.

Finalidade: Amostra estéril de urina para exame , Verificação de ausência de micção por Anuria ,esvaziar a bexiga , pré operatório e pós operatório

TECNICA

- Nunca elevar o coletor de urina acima do nível vesical sem antes pinçar a sonda;

- Recomenda-se a limpeza da área em torno do meato uretral no mínimo uma vez por dia com água e sabão
- O sistema de drenagem fechada nunca devera ser desconectado;
- Para pacientes prostáticos, utilizar sonda foley no 16, 18 ou ate mesmo 22;
- A higiene intima previa e obrigatória para sondagem vesical, independente se o paciente esta limpo ou não;
- A sonda vesical de demora feminina deve ser trocada a cada 7 dias, já a masculina a cada 14 dias.

SONDAGEM VESICAL FEMININA DE DEMORA

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 10 ml, pinca, acampo fenestrado), Sonda vesical foley no 12, 14 ou 16
- ampola de água destilada ou sor fiosiologico
- Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
- Bolsa coletora (sistema fechado), esparadrapo
- Luvas esterilizadas,
- Xylocaina a 2% (geleia).

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar a paciente o que sera feito;
- Proteger a paciente com biombo;
- Colocar a paciente em posicao ginecologica, expondo apenas os genitais;
- Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da paciente, proximo aos genitais
- Abrir o pacote aproximando o campo das nadegas da paciente, mantendo os principios assepticos;
- Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo esteril;
- Colocar a solucao anti-septica na cuba redonda;
- Calcar luvas;
- Aspirar a agua destilada com seringa de 10 ml;
- Utilizar a pinca com a mao direita para pincar a gaze;
- Limpar primeiramente com movimento unico e firme os grandes labios ao lado mais distante de cima para baixo, no sentido antero-posterior (clitoris-anus). Desprezar a gaze;
- Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- Afastar os grandes labios com a mao esquerda, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos labios
- Fazer a limpeza do meato urinario, com movimento uniforme no sentido antero-posterior;
- Colocar a pinca no campo;
- Colocar o campo fenestrado com a mao direita;
- Manter a mao esquerda segurando os grandes labios;
- Pegar a sonda com a mao direita, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;
- Aplicar xylocaina na ponta da sonda;

- Avisar a paciente da introducao da sonda, e pedir para ela relaxar a musculatura do quadril;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese mais ou menos uns 20 cm;
- Insuflar o balao;
- Conectar a sonda na extensao da bolsa coletora;
- Certificar se a sonda esta na bexiga, tracionando-a delicadamente ate notar resistencia;
- Descalcar as luvas;
- Prender a sonda na coxa da paciente sem que tracione;
- Desprezar, se necessario, o volume urinario;
- Deixar a paciente em posicao confortavel;
- Deixar a unidade em ordem;
- Identificar a sonda com esparadrapo, contendo data e nome de quem efetuou;
- Anotar no prontuario: horario da execucao, reacoes da paciente, quantidade e caracteristica da urina drenada, alteracoes na genitalia;

SONDAGEM VESICAL MASCULINA DE DEMORA

MATERIAL

E o mesmo da sondagem vesical feminina, so acrescentando uma seringa;

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Proteger o paciente com biombos;
- Colocar o paciente em posicao horizontal;
- Expor apenas a regiao genital;
- Abrir o pacote de cateterismo, proximo a regiao exposta;
- Abrir o pacote de sonda foley no campo esteril;
- Colocar o P.V.P.I. topico na cuba redonda;
- Calcar luvas estereis;
- Pegar o corpo da seringa, sendo que uma segunda pessoa devera colocar - 15 ml de xylocaina geleia no seu interior, desprezando a primeira porcao a sair do tubo;
- Conectar o corpo da seringa no embolo;
- Deixar a seringa preparada sobre o campo;
- Pincar as gazes com a mao direita;
- Limpar a regiao pubiana ao redor do penis;
- Limpar a parte externa do penis;
- Segurar o penis com a mao esquerda, expondo a glande;
- Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo;
- Fazer assepsia do meato urinario;
- Colocar o campo fenestrado;
- Introduzir na uretra a xylocaina geleia com mao direita atraves da seringa;
- Apertar levemente a uretra por 1 minuto com a mao esquerda, usando uma gaze esterilizada seca;
- Introduzir a sonda foley lentamente (- 20 cm) ate drenar a urina obedecendo a curvatura normal da uretra (introduzir sonda ate y);

L.E.S.
4182
FLS
PROTOCOLO

- Insuflar o balao;
- Conectar a sonda a extensao da bolsa coletora;
- Certificar-se de que a sonda esta na bexiga, fazendo leve tracao na mesma;
- Retornar o prepucio a posicao anatomica;
- Descalcar as luvas;
- Fixar o cateter, horizontalmente, na parte lateral esquerda do abdomen, para evitar pressao sobre a uretra, na junçao peno-escrotal, o que poderia , eventualmente levar a formaçao de fistula uretro- cutanea
- Identificar a sonda com esparadrapo, contendo data e nome de quem sondou;
- Anotar no prontuario: horario, reacoes do paciente, quantidade e caracteristicas da urina, alteracoes na genitália
-

TECNICA DA SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO FEMININA

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinca, ampola de agua destilada, campo fenestrado),
- Sonda uretral no 12 ou 14,
- Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
  Luvas.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar a paciente o que sera feito;
- Proteger a paciente com biombos;
- Colocar a paciente em posicao ginecologica, expondo apenas os genitais;
- Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas da paciente, proximo aos genitais
- Abrir o pacote aproximando o campo das nadegas da paciente, mantendo os principios assepticos;
- Abrir a embalagem da sonda uretral colocando-a no campo esteril;
- Colocar a solucao anti-septica na cuba redonda;
- Calcar luvas;
- Utilizar a pinca com a mao direita para pincar a gaze;
- Limpar primeiramente com movimento unico e firme os grandes labios do lado mais distante de cima para baixo, no sentido antero-posterior (clitoris-anus). Desprezar a gaze;
- Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- Afastar os grandes labios com a mao esquerda, usando o dedo polegar e introduzir e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios
- Fazer a limpeza do meato urinario, com movimento uniforme no sentido antero-posterior;
- Colocar a pinca no campo;
- Colocar o campo fenestrado com a mao direita;
- Manter a mao esquerda segurando os grandes labios;
- Pegar a sonda com a mao direita, deixando a ponta da sonda na cuba-rim;
- Aplicar xylocaina na ponta da sonda;

- Avisar a paciente da introducao da sonda, e pedir para ela relaxar a musculatura do quadril;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese;
- Deixar a sonda drenando ate o fim da diurese;
- Retirar a sonda apos o termino;
- Retirar as luvas;
- Deixar a paciente confortavel;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Anotar no prontuario: hora do cateterismo e as caracteristicas da diurese (quantidade, cor, odor).

TECNICA DA SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO MASCULINO

MATERIAL

- Pacote de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinca, ampola de agua destilada, campo fenestrado),
- Sonda uretral no 14,
  Solucao anti-septica (P.V.P.I. topico),
- Luvas,
- Seringa 10 ml,

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Proteger o paciente com biombos;
- Colocar o paciente em posicao horizontal;
- Expor apenas a regiao genital;
- Abrir o pacote de cateterismo, proximo a regiao exposta;
- Abrir o pacote de sonda uretral no campo esteril;
- Colocar o P.V.P.I. topico na cuba redonda;
- Calcar luvas estereis;
- Pegar o corpo da seringa, sendo que uma segunda pessoa devera colocar - 15 ml de xylocaina geleia no seu interior, desprezando a primeira porcao a sair do tubo;
- Conectar o corpo da seringa no embolo;
- Deixar a seringa preparada sobre o campo;
- Pincar as gazes com a mao direita;
- Limpar a regiao pubiana ao redor do penis;
- Limpar a parte externa do penis;
- Segurar o penis com a mao esquerda, expondo a glande;
- Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo;
- Fazer antissepsia do meato urinario;
- Colocar o campo fenestrado;
- Introduzir na uretra a xylocaina geleia com mao direita atraves da seringa;

- Apertar levemente a uretra por 1 minuto com a mao esquerda, usando uma gaze esterilizada seca;
- Introduzir a sonda na uretra ate haver retorno da diurese;
- Deixar a sonda drenando ate o fim da diurese;
- Retirar a sonda apos o termino;
- Retirar as luvas;
- Deixar o paciente confortavel;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Anotar no prontuario: hora do cateterismo e as caracteristicas da diurese (quantidade, cor e odor).

LAVAGEM VESICAL

E a lavagem da sonda vesical quando a mesma esta obstruida por sangue, pus, secrecoes, grumos.

NORMA

- A lavagem vesical devera ser feita com tecnica rigorosamente asseptica.

MATERIAL

- Seringa 50 ml urologica esteril,
- Frasco de agua destilada de 250 ml,
- Luvas estereis,
- Cuba-rim esteril,
- Gazes estereis,
- Cuba-rim nao esteril,
- Alcool a 70%.
-

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Levar o material ate a unidade do paciente;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Fazer a desinfecao da ponta terminal da sonda com a ponta inicial do sistema coletor de diurese, com alcool a 70%;
- Abrir o campo de seringa urologica;
- Calcar as luvas esterilizadas;
- Colocar agua destilada na cuba-rim e aspira-la com a seringa urologica;
- Retirar o ar de dentro da seringa urologica;

- Desconectar a sonda do sistema coletor com ajuda de uma segunda pessoa, que ficara segurando o sistema, tomando o cuidado para não contaminar
- Introduzir a seringa na sonda;
- Injetar a agua destilada;
- Aspirar o conteudo injetado;
- Desprezar o conteudo em outra cuba-rim;
- Repetir a operacao quantas vezes forem necessarias, ate desobstruir a sonda;
- Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
- Retirar as luvas;
- Colocar a unidade em ordem;
- Encaminhar o material utilizado para expurgo;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente o resultado da lavagem.

IRRIGACAO VESICAL

Finalidade :Irrigar a bexiga em pos-operatorio de R.T.U., sangramento.

MATERIAL

- Sonda vesical de 3 vias ,
- Equipo de soro,
- Frasco de agua destilada de 1000 ml,
- Sistema coletor fechado de diurese.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Reunir o material;
- Encaminhar o material ate o paciente;
- Explicar o que sera feito ao paciente;
- Sondar o paciente conforme tecnica, caso ainda nao esteja sondado;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco de agua destilada e fazer o nivel;
- Adaptar o equipo de soro na via de entrada da sonda vesical;
- Abrir a pinca do equipo de soro e deixar drenar, controlando o gotejamento conforme prescricao;
- Observar o retorno do liquido no sistema coletor;
- Deixar a unidade em ordem;
- Anotar no prontuario do paciente: a sondagem se for o caso, o inicio da irrigacao, quantidade infundida, drenada ea cor da mesma
- SONDAGEM NASOGASTRICA

E a introducao de uma sonda atraves das fossas nasais ate a regiao gastrica (estomago).

Finalidade :Alimentacao (gavagem);
Lavagem e aspiracao gastrica;

Pos operatorio de cirurgias gastricas;
Obstrucao intestinal;
Peritonite;
Pancreatite aguda.

SES
4184
8

NORMAS

- Se o objetivo da sondagem for a alimentacao, esta devera permanecer no paciente no maximo 3 dias.
  Apos este tempo devera ser trocado por uma sonda nasoenteral, se ainda continuar a alimentacao ateaves da sonda
- Quando o objetivo da sondagem for a drenagem, usar SNG com sistema coletor medflux;
- A fixacao da sonda devera ser trocada a cada 24 horas ou sempre que necessario, e feito rodizio do local da fixação para evitar lesões da pele
- Ao realizar a sondagem nasogastrica, realizar os testes de verificacao do posicionamento da sonda nasogastrica
  sonda nasogastrica;
-

MATERIAL

- Sonda levine no 12 ou 14 para alimentacao, se for para lavagem gastrica no 18 ou 20,
- Seringa de 20 ml,
- Gazes,
- Lubrificante (xylocaina geleia),
- Cadarco de esparadrapo ou canudinho de plastico,
- Esparadrapo,
- Estetoscopio,
- Luvas de procedimento,
- Copo com agua.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Verificar a prescricao medica;
- Preparar o material;
- Levar o material ate o paciente;
- Orientar o paciente quanto a necessidade da sondagem;
- Colocar o paciente em decubito elevado;
- Delimitar com esparadrapo a extensao de introducao da sonda medindo do lobulo da orelha ate a ponta do nariz, e deste até o apêndice xifoide
- Calcar luvas;
- Lubrificar a sonda com auxilio de uma gaze com xylocaina gel;
- Solicitar ao paciente que mantenha o pescoco em ligeira flexao e inspire profundamente durante a introducao da sonda na narina e que degluta varias vezes, facilitando a passagem da sonda pelo esofago
- Introduzir a sonda lentamente ate a altura marcada;
- Executar o teste de verificacao da localizacao da sonda;
- Fixar a sonda nasogastrica;
- Datar e assinar no esparadrapo da fixacao da sonda;
- Deixar o paciente confortavel;

- Deixar a unidade em ordem;
- Anotar no prontuario do paciente.
-

Teste Para Avaliar se a Sonda Esta no Estomago

- Conectar a seringa na sonda e aspirar, se estiver no estomago, saira suco gastrico.
- Injetar com a seringa 20 ml de ar, rapidamente, e concomitantemente colocar o estetoscopiosobre o estomago, procurando ouvir um ruído surdo e borbulhante
- Colocar a ponta da sonda num copo com agua e verificar se houve formacao de bolhas, se isto ocorrer a sonda estara na traqueia e nao no estomago.

ALIMENTACAO

NORMAS

- Pacientes incapazes de se alimentar sozinhos, precisam ser ajudados durante as refeicoes, e outros necessitam que se leve alimentos a boca;
- Orientar os visitantes, para nao dar alimentos aos pacientes com dietas controladas e restritas;
- Levar em consideracao, na aceitacao da dieta, algumas razoes importantes, de ordem pessoal, que deverao ser observadas pela Equipe de Enfermagem: costume familiar, origem nacional, costumes regionais ,religiosos, econômicos e opinião pessoal,
- Em pacientes acamados, que podem alimentar-se por si mesmos, coloca-los em posicao confortavel no leito e com a mesinha de refeicao a sua frente;
- O mais importante quando estiver alimentando um paciente e nao mostrar ter pressa para dar o que comer
- Ao paciente que nao pode ver a bandeja da refeicao, devem ser ditos os nomes dos alimentos contidos na bandeja e sempre adverti-lo quando estiver quente
- Pacientes que desejam acrescer, retirar ou substituir alimentos ou liquidos a sua refeicao, deverao requisita-lo atraves da Enfermagem, ao S.N.D., o qual, de acordo com sua dieta, ira oferta-los ou substitui-los;
- Observar se as dietas estao sendo oferecidas ao paciente, de acordo com a prescricao medica;
- Pacientes com restricao hidrica, deverao ser esclarecidos no tocante a ingestao de liquidos;
- Administrar a dieta, logo que a mesma chegar, impedindo com isto que a alimentacao esfrie.

ALIMENTACAO POR SONDA NASOGASTRICA, GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA

MATERIAL

- Rcipiente com dieta prescrita,
- Recipiente com agua filtrada,
- Gazes limpas,
- Equipo de Soro,

- Luvas para procedimento,
- Cuba rim,
- Seringa de 20 ml.

4188

TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar a dieta e o paciente;
- Explicar ao paciente o que sera feito;
- Colocar o paciente em posicao fowler;
- Calcar as luvas de procedimento;
- Conectar ao recipiente da dieta, um equipo de soro fechado;
- Colocar este recipiente com o equipo, no suporte de soro, proximo ao paciente, a uma altura de 40ª 50cm;
- Abrir o equipo de soro e deixar a dieta correr ate o final do mesmo, fechando-o;
- Retirar ar do equipo, se por ventura vier a formar;
- Verificar a temperatura da dieta;
- Verificar se a S.N.G. esta realmente no estomago do paciente, aspirando com uma seringa e observando o retorno do suco gastrico, desprezando-o na cuba-rim;
- Conectar o equipo de soro a sonda nasogastrica e abrir a valvula reguladora do equipo, controlando ogotejamento
- Deixar a dieta escoar pela forca da gravidade, observando reacoes do paciente;
- Clampear o equipo de soro, ao final da dieta;
- Desconectar o equipo de soro da S.N.G., trocando-o por outro, previamente conectado a um recipiente igual ao da dieta, contendo água filtrada;
- Abrir a valvula reguladora do equipo e deixar fluir a agua filtrada (- 100 ml) ou ate limpar a sonda nasogastrica, dos residuos alimentares;
- Desconectar o equipo de soro da sonda nasogastrica e fecha-la;
- Limpar e secar, se necessario, a sonda nasogastrica (na parte externa), se houver presenca de liquido, com gaze limpa
- Manter o paciente em posicao fowler por uma hora, apos administracao da dieta, para facilitar a digestao, evitar mal-estar e refluxo;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario

Obs: - Nos casos de jejunostomia e gastrostomia, o procedimento e o mesmo. Apenas, ao conectar o
equipo de soro a jejunostomia ou a gastrostomia, ha necessidade de um adaptador.

ALIMENTACAO GOTA A GOTA POR SONDAS EM GERAL

Material

- Frasco com dieta prescrita,
- Frasco com agua filtrada,
- Equipo de Soro (02 unidades),
- Seringa 20 ml,
- Gazes limpas,

- Luvas para procedimento,
- Cuba-rim.

TECNICA

- Lavar as maos;
- Identificar a dieta e o paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente em posicao fowler;
- Calcar as luvas de procedimento;
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Retirar todo o ar do circuito;
- Colocar o frasco da dieta no suporte de soro a uma altura de 40 a 50 cm, proximo ao paciente;
- Verificar se a sonda esta na posicao correta, aspirando com uma seringa e observando o retorno do suco gástrico, desprezando-o numa cuba- rim
- Verificar a temperatura da dieta;
- Conectar o equipo de soro a sonda, abrindo a valvula reguladora do equipo;
- Controlar o gotejamento que devera ser constante e lento (gota a gota);
- Observar as reacoes do paciente;
- Clampear o equipo de soro ao final da dieta;
- Desconectar o equipo de soro da sonda, trocando-o por outro, previamente conectado a um
recipiente igual ao da dieta, contendo agua filtrada;
- Abrir a valvula reguladora do equipo e deixar fluir a agua filtrada (100 ml) ou ate limpar a sonda, para conservar a permeabilidade da sonda;
- Desconectar o equipo de soro da sonda e fecha-la;
- Limpar e secar, se necessario, a sonda (na parte externa), se houver presenca de liquido, com a gaze limpa
- Orientar o paciente para que fique em posicao fowler por uma hora, para facilitar a digestao, evitar mal-estar e refluxo da dieta;
- Desprezar as luvas;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario.

ALIMENTACAO VIA ORAL A PACIENTE INCAPACITADO DE ALIMENTAR-SE

MATERIAL

- Recipiente com dieta prescrita,
- Mesa de refeicao,
- Talheres,
- Forro.

TECNICA

- Lavar as maos;

- Identificar o paciente;
- Verificar se a dieta esta de acordo com a prescricao;
- Proporcionar ambiente adequado para a refeicao, considerando: ordem, limpeza e odores;
- Explicar ao paciente o que vai ser feito;
- Elevar a cabeceira da cama, mantendo o paciente em posicao confortavel;
- Colocar o forro sobre o torax do paciente, para protecao da roupa;
- Colocar a mesa de refeicao sobre o leito;
- Colocar material para lavar as maos do paciente, sobre a mesa de refeicao, se houver necessidade;
- Colocar a dieta sobre a mesa de refeicao;
- Servir a dieta vagarosamente e em pequenas porcoes;
- Limpar a boca do paciente com o forro, sempre que necessario;
- Oferecer agua ao paciente;
- Retirar a mesa de refeicao;
- Realizar a higiene oral do paciente;
- Aguardar que o funcionario do S.N.D. venha recolher o material da dieta;
- Deixar o paciente em posicao confortavel;
- Colocar tudo no lugar, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario a dieta ingerida e a quantidade.

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

NORMAS

- A coleta de diurese para exame e de responsabilidade da enfermagem;
- O frasco contendo a diurese devera ser identificado com nome, quarto e leito do paciente;
- O pedido de exame devera ser encaminhado ao laboratorio juntamente com o material;
- Todo o material encaminhado ao laboratorio devera ser registrado no prontuario do paciente e nocaderno de controle de examesde cada setor
- Como o sistema coletor de diurese fechado nao deve ser desconectado nunca; a coleta de diurese para exames dvera ser feita da punção com seringa e agulha na extensão da bolsa

COLETA DE URINA PARA EXAME URINA I

- MATERIAL
- Cuba-rim,
- Recipiente para coleta (frasco).

Tecnica

- Lavar as maos;
- Reunir o material e coloca-lo na mesa de cabeceira do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Solicitar ao paciente para executar a higiene dos genitais, usando agua e sabao neutro, enxugar com gaze ou compressa;
- Orientar para que despreze o primeiro jato urinario no vaso sanitario e a seguir colher a urina restante na cuba-rim ou frasco coletor;
- Passar a urina para o frasco, previamente identificado, com as maos enluvadas;
- Retirar as luvas;
- Encaminhar laboratorio a urina;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.

- Urina 24 Horas (Clearense de creatinina)

- Material

- Frasco de 1000 ml,
- Cuba-rim,
- Luvas de procedimento,

- Tecnica

- Lavar as maos;
- Reunir o material, identificando os recipientes com nome do paciente, leito, quatro, placa para anotar: data, hora de inicio e termino da coleta;
- Orientar o paciente sobre a necessidade da realizacao do exame;
- Orientar o paciente para desprezar no vaso sanitario a primeira miccao da manha e a seguir iniciar a coleta da urina em cuba-rim ou frasco proprio, ate completar 24 horas, inclusive a urina do horario em que foi desprezada a primeira urina da manha anterior;

- Encaminhar os frascos com o material apos as 24 horas para o laboratorio juntamente com o
  peso e a altura do paciente;
- Avisar o laboratorio para colher amostra de sangue;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente a quantidade e caracteristica da urina encaminhada e anotar
  tambem no caderno de controle de exames;
-

  Obs: - Em pacientes do sexo masculino, orientar para urinar diretamente no frasco.
-
- COLETA DE FEZES PARA EXAME
-
  NORMA
-
- A coleta de fezes para exame e de responsabilidade da enfermagem;
- O pedido de exame devera ser encaminhado ao laboratorio junto com o material.
-
- PROTOPARASITOLOGICO
-
  Material
-
- Espatula de madeira,
- Recipiente padronizado,
- Esparadrapo ou fita adesiva,
- Luva para procedimento.
-
  Tecnica
-
- Lavar as maos;

- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Orientar o paciente para evacuar em uma comadre limpa e seca;
- Calcar luvas;
- Colher as fezes com a espatula, depositando-a no recipiente padronizado, cerca de 5 a 10 g de fezes;
- Desprezar a espatula, envolvendo-a com papel higienico e jogando-a no lixo;
- Desprezar as luvas;
- Identificar com esparadrapo o recipiente contendo as fezes, com: nome do paciente, numero do quarto e leito;
- Encaminhar ao laboratorio;
- Lavar as maos;
- Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.
-
- COPROCULTURA (FEZES PARA CULTURA)
-
  Material
-
- Recipiente padronizado esterilizado,
- Espatula de madeira esterilizada,
- Comadre esterilizada ou cuba-rim esteril,
- Esparadrapo ou fita adesiva,
- Luva estereis.
-
- Tecnica
-

- Lavar as maos;
  02 - Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
  03 - Oferecer a comadre esteril ao paciente, explicando-lhe para nao contamina-la;
  04 - Calcar luvas;
  05 - Colher somente com a ponta da espatula, a parte central do bolo fecal, de 5 a 10 g de fezes;

06 - Colocar o material coletado em recipiente proprio;
07 - Envolver a espatula em papel higienico, desprezando-a no lixo;
08 - Desprezar as luvas no lixo do banheiro;
09 - Identificar com esparadrapo o recipiente contendo as fezes, com: nome do paciente, numero do
quarto e leito;
10 - Encaminhar ao laboratorio;
11 - Lavar as maos;
12 - Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames;

18.4 - COLETA DE ESCARRO PARA EXAME

NORMAS

01 - E de responsabilidade da enfermagem a coleta de escarro para exame;
02 - O pedido de exame de escarro devera ser coletado com o paciente em jejum.

Material

Frasco proprio (plastico 200 ml),
Luvas de procedimento.

Tecnica

01 - Orientar o paciente quanto ao procedimento;
02 - Realizar ou solicitar que o paciente faca higiene oral com agua morna;
03 - Solicitar para o paciente escarrar no frasco previamente identificado com: nome do paciente, numero de quarto e leito;
04 - Encaminhar a amostra para o laboratorio imediatamente;
05 - Lavar as maos;
06 - Anotar no prontuario do paciente e no caderno de controle de exames.

18.5 - COLETA DE SANGUE PARA EXAME

Os exames mais comumente solicitados sao:
01 - Hemograma, (hematocrito) e hemoglobina, hemossedimentacao, tipagem sanguinea: Utilizando-se frascos com anticoagulante;
02 - Glicemia: Geralmente e utilizado frasco com fluoreto e oxalato;
03 - Ureia, creatinina, sodio e potassio, amilase, fosfatase alcalina etc.:Tudo simples;
04 - Hemocultura: Tubos com meio de cultura aerobico ou anaerobio.

NORMAS

01 - A responsabilidade de colher sangue para exame, pode ser tanto da enfermagem como do laboratorio,
dependendo da rotina do servico;
02 - O paciente deve ser orientado na vespera do exame quanto ao jejum, se necessario;
03 - A amostra de sangue deve ser encaminhada ao laboratorio imediatamente apos a coleta;
Material

Recipiente identificado,

Seringa e agulha apropriada,
Algodao embebido em alcool,
Garrote,
Luva de procedimento.

Tecnica

01 - Lavar as maos;
02 - Preparar o material;
03 - Explicar o procedimento ao paciente;
04 - Garrotear o braco;
05 - Fazer a anti-sepsia com o algodao embebido em alcool;
06 - Puncionar a veia e aspirar a quantidade necessaria de sangue;
07 - Soltar o garrote;
08 - Retirar a seringa com a agulha, comprimindo o local da puncao;
09 - Retirar a agulha da seringa e escorrer o sangue pelas paredes do recipiente;
10 - Se houver anticoagulante, movimentar suavemente o frasco para evitar a coagulacao;
11 - Enviar com a requisicao ao laboratorio, certificando-se de que o frasco esta devidademente
identificado.

Leito Fechado
Faz-se leito fechado quando prepara a unidade para receber um paciente que deve ser arrumada aproximadamente 2 horas após ter sido feita a limpeza geral, permitindo arejamento do ambiente.

Material
- 2 lençóis;
- 1 lençol móvel, traçado, travessa ou forro;
- 1 impermeável;
- 1 colcha;

- toalhas de rosto e banho;
- fronha;
- cobertor;
- material acessório conforme a rotina do hospital (jarro, copo, bacias, comadre, cuba rim, etc.)

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Afastar a mesa de cabeceira;
- Colocar a cadeira aos pés da cama e sobre ela, o travesseiro e cobertor;
- Colocar a roupa no espaldar da cabeceira, observando a ordem em que será usada e empregando a técnica de dobradura - usar movimentos amplos, segurando a ponta superior e o lado mais próximo do lençol. Dobrar 2 vezes no sentido da largura (ponta com ponta). Dobrar uma vez no sentido do comprimento e colocar na cadeira observando que as pontas fiquem no lado esquerdo (voltadas para a cama)

SES
4194
FLS

- Ordem na qual as roupas devem ser colocadas na cadeira
- Toalhas;
- Fronha;
- Colcha;
- Cobertor;
- Lençol de cima ou sobrelençol;
- Lençol móvel;
- Impermeável;
- Lençol de baixo.

- Pegar o lençol pelo lado direito e colocá-lo sobre o centro do colchão, de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;
- Ajeitar o primeiro lençol, prendendo-o por baixo e fazendo a dobra ao cobrir o canto.
- Colocar o impermeável a dois palmos de distância da cabeceira e depois o lençol móvel, prendendo por baixo do colchão;
- Estender o lençol de cima colocando a bainha rente ao colchão, na cabeceira da cama fazendo uma prega no centro, aos pés da cama (prega de conforto);
- Colocar o cobertor a 2 palmos da cabeceira, estendendo-o sobre o lençol.
- Colocar a colcha também a 2 palmos da cabeceira, fixando-a no cobertor e / ou lençol de cima com uma pequena dobra; - Rebater o lençol de cima sobre a colcha;
- Cobrir o travesseiro com a fronha e colocá-lo na metade da cama já pronta, observando que a abertura da fronha fique voltado para o lado oposto da porta de entrada;
- Ajeitar as toalhas, se ficarem na cabeceira;
- Colocar a cadeira e a mesa de cabeceira no lugar;
- Virar as roupas aos pés da cama, cobrindo o canto, primeiro com o lençol de cima e cobertores e depois só com a colcha, cuidando sempre para não desfazer o que está pronto (segurar com uma das mãos e fazer a dobra com a outra);
- Passar para o outro lado da cama, dobrar a roupa para cima peça por peça;
- Completar a cama, continuando pelos pés e encerrando na cabeceira.
- Ajeitar os travesseiros;
- Verificar se está tudo em ordem e providenciar o material acessório conforme a rotina do hospital.

LEITO ABERTO
É aquela que está sendo ocupado por um paciente que pode locomover-se.

Material
- Devem ser levadas as peças de roupa que forem necessárias para troca.

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Colocar a cadeira aos pés da cama;
- Iniciar soltando o lençol de baixo;
- Afastar a mesinha-de-cabeceira;
- Colocar o travesseiro na cadeira;
- Fazer a dobradura da roupa com movimentos amplos já substituindo as peças necessárias;
- Colocar as roupas dobradas e em ordem de uso no espaldar da cabeceira, de modo que as pontas fiquem do lado esquerdo.
- Ao chegar no lençol de baixo remover as sujidades (sem agitar), dobrando-o e colocando na cadeira;

- Pegar a roupa pelo lado direito e colocá-la de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;
- Ajeitar o primeiro lençol deixando a bainha rente aos pés (se o lençol não for muito extenso), prendendo-o por baixo e fazendo a dobra ao cobrir o campo;
- Colocar o impermeável a 2 palmos de distância da cabeceira, e depois o lençol móvel prendendo-o por baixo do colchão;
- Estender o lençol de cima, colocando a bainha rente ao colchão na cabeceira da cama, fazendo uma prega no centro, aos pés da cama (prega de conforto);
- Colocar o cobertor a 2 palmos da cabeceira;
- Cobrir o cobertor com a colcha, fixando-a neste, através de pequena dobra, e rebater o lençol sobre a colcha;
- Recolocar a mesinha de cabeceira no seu lugar e colocar o travesseiro na metade da cama já pronta, com a abertura da fronha voltada para o lado oposto à porta de entrada;
- Ajeitar as toalhas na cabeceira;
- Fazer os cantos aos pés na cama;
- Endireitar a cadeira;
- Passar para o outro lado da cama, dobrar a roupa para cima, peça por peça.
- Completar a cama, continuando pela parte inferior e encerrando na cabeceira;
- Colocar o travesseiro no lugar;
- Fazer a dobra na roupa num ângulo de 90o, no lado que for melhor para o paciente;
- Lavar as mãos.
- Observações:
- Quando necessitar trocar as roupas, deixe-as já dobradas e na ordem de uso: colcha, cobertor, lençol de cima, lençol móvel, impermeável e lençol de baixo.
- As roupas de cama devem ser colocadas com as marcas para cima (se tiverem);
- Caso não haja hamper, improvisar o receptor de roupa usada. Não jogue a roupa no chão.
- O lençol móvel e o impermeável são dispensáveis para muitos pacientes. Também pode variar de posição, no leito, conforme necessidade.

Para Arrumar a cama em Duas
- Usar movimentos coordenados, dirigidos pela que se coloca a direita;
- Iniciar desmanchando pela cabeceira acabando pelos pés.
- Enquanto a da direita (1a) vira a cadeira e afasta a mesa-de-cabeceira, a da esquerda (2a) afofa os travesseiros e solta a colcha;
- Ao dobrar as roupas, a 1a segura as partes superiores e a 2a , as inferiores, fazendo com que as aberturas fiquem para a parte superior da cama;
- A seguir, faz-se pequena prega para que a 1a possa facilmente pegar a peça e colocá-la no espaldar da cadeira.
- A limpeza é feita cada qual no seu lado, sendo que a 1a limpa a cabeceira e a 2a os pés da cama;
- Após virarem o colchão, com movimentos sincronizados, procede a arrumação da cama.

Maneira de trocar as fronhas
- Colocar a fronha limpa pelo avesso;
- À medida que for retirando a fronha usada, ir colocando a limpa.

LEITO OPERADO
É feita para aguardar o paciente que está na sala de cirurgia ou em exame, sob anestesia

Material
- mesmo para cama fechada, acrescido de:
- Forro para cabeceira;

- Lenços de papel ou gaze;
- Cuba rim;
- Aparelho de pressão e estetoscópio;
- Bolas de algodão;
- Comadre (sendo homem, colocar-se papagaio)

Assunto
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;
- Providenciar a roupa de cama que deverá ser totalmente trocada;
- Dobrar a roupa e colocar na cadeira, em ordem de uso;
- Retirar a roupa de cama e fazer a limpeza;
- Colocar o lençol de baixo da mesma maneira que a cama simples;
- O impermeável com o lençol móvel poderá mudar de altura dependendo da cirurgia;
- Colocar as demais peças sem fazer os cantos;
- Nos pés, dobrar as roupas para cima deixando-as rente ao colchão;
- Enrolar ou dobrar tudo para o lado que melhor se adaptar à entrada do paciente.
- em tempo frio, colocar bolsa de água quente sob as roupas de cama, sem enrolá-las
- pode-se também dobrar em forma de leque no sentido da largura
- Na cabeceira, dobrar um forro em leque, colocando os travesseiros junto ao leito apoiados no beiral da cama;
- Deixar na mesinha só o material necessário para o paciente;
- Dependendo da cirurgia, providenciar frascos de drenagem, oxigênio, aspirador, suporte para soro.

- OBS: Tem finalidade de:
- Proporcionar conforto e segurança ao paciente;
- Facilitar a colocação do paciente no leito;
- Prevenir a infecção.

TROCA DO LEITO COM PACIENTE
- É a cama ocupada por paciente que não pode se locomover.
- Deve ser feita evitando-se cansar o paciente, o qual deverá ser afastado sempre para o lado contrário àquele em que se está trabalhando. O paciente ficará em decúbito lateral ou dorsal, conforme sua preferência e estado.
- Em caso de doente grave, a troca de cama será feita com 2 pessoas, para evitar esforço demasiado do paciente e da enfermagem e obter andamento mais rápido do cuidado.
- Geralmente a arrumação da cama é feita durante o banho dado no leito, para evitar perda de tempo e de esforços.

Material
- 2 lençóis;
- 1 lençol móvel, traçado, travessa ou forro;
- 1 impermeável;
- 1 colcha;
- toalhas de rosto e banho;
- fronha;
- cobertor;
- material acessório conforme a rotina do hospital (jarro, copo, bacias, comadre, cuba rim, etc.)
- manequim.

SES
4199

Assunto

- Conversar com o paciente sobre o cuidado;
- Preparar o ambiente, se necessário, colocar o biombo;
- Lavar as mãos;
- Organizar o material e trazer para próximo do paciente.
- Dobrar a roupa de cama necessária, colocando-a no espaldar da cadeira
- Deixar as roupas dobradas no sentido do comprimento facilita a colocação no leito;
- Desmanchar a cama, iniciando à esquerda do paciente, soltando o lençol de baixo;
- Dobrar os cobertores, deixando só o necessário com o paciente;
- Colocar o paciente para o lado esquerdo, dobrando sobre ele as roupas de cama;
- Ir retirando, gradativamente, o lençol móvel, o impermeável e o lençol de baixo, ao mesmo tempo em que se coloca os limpos sobre o colchão, fazendo os cantos e preparando-os;
- Passar o paciente para o lado já pronto;
- Continuar a retirada gradativa da roupa usada e colocação da limpa, fazendo os cantos;
- Colocar peça por peça, a roupa usada no hamper, deixando o impermeável ao lado;
- Trocar a fronha;
- Deixar o paciente confortavelmente no centro da cama;
- Trocar o lençol de cima evitando descobrir demasiadamente o paciente;
- Fazer os cantos aos pés da cama.
- Colocar a colcha;
- Dobrar o lençol sobre a colcha e finalizar fazendo o canto;
- Colocar ordem no material;
- Lavar as mãos.

- OBS: Tem finalidade de:
- Proporcionar conforto ao paciente pela mudança de roupa;
- Estimular a circulação pela mudança de posição;
- Observar o aspecto geral do paciente.

- 2o Método
- Virar o paciente em decúbito lateral.
- Ajustar a comadre na região.
- Virar o paciente sobre a comadre
- Lavar as mãos.

- Obs.: O ideal é forrar a cama com impermeável e sobre este colocar a comadre, para não molhar o lençol.

- Retirar Comadre
- Levar para a unidade do paciente o seguinte material:
- 1 jarro com água.
- 1 bacia pequena.
- Saco plástico para lixo.
- Papel higiênico.
- Luvas de procedimento.

- Método:
- Lavar as mãos.
- Dar uma dobra em triângulo na roupa do leito.
- Calçar as luvas.
- Oferecer papel higiênico (colocar depois no saco plástico).

SES
420
FLS
PROTOCOLO

- Fazer higiene íntima.
- Retirar a comadre, ensinando o paciente a levantar o corpo ou virando-o em decúbito lateral.
- Cobrir a comadre e colocá-la na cadeira.
- Oferecer água para o paciente lavar as mãos.
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.
- Dar destino adequado aos dejetos.
- Lavar, desinfetar e guardar a comadre.
- Tirar as luvas e lavar as mãos.
- Observações:
- A comadre deve ser transportada coberta.
- Deve ser colocada e retirada o mais discretamente possível.
- Colocar a comadre com delicadeza (se possível, acolchoada ou aquecida).
- Quando necessário, cercar o leito com biombo.
- Deixar o paciente a sós, exceto nos casos graves ou pacientes muito enfraquecidos.
- Não deixar o paciente permanecer na comadre mais tempo do que o necessário, pois o equipamento pode traumatizar a pele.
- Ao retirar a comadre, cobri-la imediatamente.
- Sempre que o paciente fizer higiene sozinho, oferecer água e sabão para lavar as mãos.
- Lavar a comadre cuidadosamente, primeiro com água fria, a fim de não coagular as proteínas. A seguir, passar água quente.
- Observar fezes e urina com atenção, no que diz respeito ao volume, a consistência, cor, odor, presença de corpos estranhos. Se for acompanhada de dor ou esforço demasiado, anotar no prontuário.
- Após o uso, colocar no hamper os panos protetores da comadre.

- Colocar e Retirar Papagaio
- Método:
- Lavar as mãos
- Levar o papagaio para junto do paciente.
- Dar uma dobra em triângulo na roupa do leito.
- Entregar o papagaio (se o paciente estiver fraco e impossibilitado, ajudá-lo).
- Deixá-lo sozinho e colocar a campainha ao seu alcance.
- Depois de alguns minutos, trazer uma bacia com água para o paciente lavar as mãos.
- Levar o papagaio e a bacia para despejar, lavar e colocar em local apropriado.
- Lavar as mãos.

- Observações:
- Colocar o papagaio sobre a cadeira. Nunca no chão, na mesa de cabeceira ou no seu interior.
- Antes de oferecer o papagaio ao paciente, verificar se está em boas condições higiênicas, se não está furado, trincado ou com resto de urina.
- Massagem:
- Compressão manual, metódica dos tecidos corporais com finalidade terapêutica.
- Exercitando cotovelo:
- Mão do paciente apoiando na sua.
- Conduz a palma da mão em direção ao ombro.
- Retorne a posição neutra e volte novamente para o ombro, com mão para baixo.
- Punho: Posição neutra, para cima e para baixo.
- Joelho: com sua mão debaixo do joelho e tornozelo erga a perna em direção ao quadril e

volte para o local, depois com a mão no tornozelo e outra sobre o joelho erga para cima o pé e perna, depois para dentro e para fora.

LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE OU DESINFECÇÃO CONCORRENTE
- É aquela feita diariamente para a manutenção da limpeza hospitalar.

Material
- 2 baldes;
- 1 rodo;
- 1 pano de chão;
- 1 par de luvas de borracha;
- 1 flanela;
- solução de álcool a 70%.

Assunto
- No preparo do leito (conforme técnica específica) deve-se retirar o pó com pano úmido e colocar os objetos do paciente em ordem.
- A desinfecção concorrente refere-se aquelas medidas que mantém limpo, a cada dia, o ambiente do paciente. Os funcionários da manutenção são treinados para implementar princípios de assepsia médica das seguintes maneiras:
- As áreas menos sujas são limpas antes daquelas demasiadamente sujas;
- Os pisos são limpos com esfregão umedecido, e os móveis tem o pó retirado com um pano úmido, evitando a distribuição de microorganismos através de correntes de ar empoeiradas.
- As soluções utilizadas para lavagem dos pisos são freqüentemente descartadas em vasos sanitários ou locais em que a água passa a ser logo embora;
- Elementos limpos jamais são colocados no chão.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO GERAL OU TERMINAL
- É feita após a saída do paciente por alta, transferência, óbito ou suspensão das medidas de isolamento.
- Nesta técnica existe a parte que compete a Enfermagem e a que é da alçada dos funcionários da limpeza, conforme rotina estabelecida.

MATERIAL
- Hamper ou saco plástico para roupa usada;
- Bandeja ou carrinho contendo:
- Jarra ou bacia com água e sabão, ou solução desinfetante (fenol sintético ou hipoclorito de sódio 0,5 a 1%);
- Panos ;
- Luvas de borracha;
- Óleo lubrificante.

ASSUNTO
- Separar e organizar o material;
- Colocar luvas de borracha;
- Desfazer o leito manipulando o mínimo possível a roupa usada;
- Colocar a roupa em saco plástico; hamper ou improvisar um saco de roupa usada com a colcha ou lençol
- A desinfecção dos cobertores na própria unidade do paciente, é polêmica. O mais correto é enviar os cobertores para lavanderia.
- Retirar os utensílios de uso do paciente levando-os para a desinfecção em local próprio.
- Levar a roupa usada e trazer o material para a desinfecção.

- Os recipientes com as soluções químicas dever sr mantidos à temperatura ambiente e em local bem ventilado.

SES 4203

A retirada dos materiais da solução deve ser feita com técnica asséptica, após o que devem ser realizados vários enxágües com água esterilizada, para remover os resíduos do produto químico. Enxuga-los, usando compressas esterilizadas ou ar comprimido e acondiciona-los em invólucro estéreis, encaminhando-os ao uso imediato.
Segundo o Ministério da Saúde, os aldeídos são os principais ativos que possuem ação esporicida, garantindo a esterilização dos artigos.
São: gluteraldeído e formaldeído.

GLUTERALDEÍDO

O gluteraldeído é um dialdeído saturado,m cujo mecanismo de ação se dá pela reticulação das proteínas celulares, alterando suas funções.
Quanto à concentração, é apresentado em solução aquosa a 2%.
Esta solução possui pH ácido e neutro. Após a ativação, a validade da solução é de 14 a 28 dias.
Este agente apresenta uma série de vantagens, tais como: agir na presença de matéria orgânica, não corroer o material, não alterar os equipamentos de borracha e plásticos, e não danificar lentes de equipamentos.
Porém, é um produto irritante para olhos e vias respiratórias na concentração acima de 0,2 ppm no ambiente. É também irritante da mucosa e pele, podendo até provocar queimaduras químicas. Por isso, todo material que entra em contato direto com a pele e mucosa deve ser exaustivamente enxaguado.

ESTERILIZAÇÃO EM GLUTERALDEÍDO

É o processo de esterilização realizado através da imersão dos artigos em solução de gluteraldeído a 2%.
Artigos a serem submetidos:
- instrumentos metálicos;
- tubos de borracha, silicone, nylon, teflon ou PVC;
- componentes metálicos de endoscópios de alto risco (laparoscópio, ventriculoscópio, artroscópio, cistoscópio

Recomendações de uso:

a) Quanto aos artigos:
· Obter informações junto ao fabricante do artigo, para saber se o mesmo pode ser processado em gluteraldeído
· Materiais demasiadamente porosos como os látex podem reter o gluteraldeído, caso não haja bom enxágüe;
· Não misturar artigos de metais diferentes, pois pode haver corrosão eletrolítica se houver contato entre eles.

b) Quanto ao processo:
· Os gluteraldeído alcalinos ou neutros são menos corrosivos que os ácidos;
· Ativar os produto e/ou verificar se está dentro do prazo de validade para a utilização;
· Usar a solução em recipientes de vidro ou plástico, preferivelmente;
· Quando utilizar caixa metálica, proteger o fundo da mesma com compressa, evitando o contato com os artigos a serem processados;

· Manter os recipientes tampados.

c) Quanto à validade da solução ativada em uso:
· Não deixar a solução em temperatura superior a 25ºC;
· Observar a realidade da solução de repetidos usos, por meio de fitas-teste, "kit" líquido ou similares. Utilizar teste específico para cada formulação. Os melhores testes são aqueles que dão como resultado uma concentração de até 1% de gluteraldeído;
· Na impossibilidade de fazer testes, observar o aspecto da solução quanto à presença de depósitos e quanto à alteração da coloração e pH. Nesta situação, descartar a solução, mesmo dentro do prazo de validade estipulado pelos fabricantes.

ROTINA PARA O PREPARO DO ARTIGO A SER ESTERILIZADO EM GLUTERALDEÍDO

- Desarticular os artigos termosensíveis que serão esterilizados
- Imergir os artigos em solução enzimática por 3 mim. Ou de acordo com informação do fabricante
- Lavar os artigos em água corrente, sabão e escova
- Após lavar, enxaguar em água corrente
- Secar o artigo em ar comprimido ou compressa estéril
- Preparar o recipiente para receber solução de gluteraldeído; (forrar o fundo da caixa metálica com compressa estéril)
- Colocar máscara e luvas estéreis para imergir os artigos em técnica asséptica em solução de gluteraldeído
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias com o auxílio de seringa se necessário, evitando formação de bolhas de ar
- Fechar a caixa metálica, esperando o tempo de exposição indicado, sendo 45' para desinfecção e 8 a 10 h para esterilização. Obs: cobrir material imerso com compressa estéril
- Fazer um rótulo colocando o que é, o que colocou e sua validade e pregar na tampa da caixa
- Terminando o tempo de imersão desejado, retira o artigo da caixa em técnica asséptica utilizando máscara e luvas estéreis
- Enxaguar o artigo, inclusive o interior das tubulações, com água esterilizada e técnica asséptica. É recomendado múltiplos enxágües para eliminar os resíduos do produto
- Secar externamente os artigos, com técnica asséptica, compressa estéril ou ar comprimido
- Acondicionar o artigo processado em recipiente ou invólucro adequado e estéril e destinar ao uso imediato.

Observação:

- O enxágüe e a secagem estéreis são obrigatórios
- Os artigos devem ser esterilizados imediatamente após o uso e não podem ser estocados, mesmo em recipientes estéreis sob risco de contaminação do material
- Deve-se ter cuidado ao manusear a solução, pois se cair uma gota sequer de água a solução perde sua valia
- A solução tem validade de 14 a 28 dias
- Observar odor, cor, cheiro e presença de resíduos
- É preferível o uso de caixa plástica no acondicionamento dos artigos, mas na ausência desta pode-se usar caixa metálica
- Antes de manipular os artigos deve-se enxaguar as luvas estéreis em água destilada ou soro fisiológico

SES
4209
FLS.
PROTOCOLO

- Fazer a limpeza e / ou desinfecção dos equipamentos;
- Arejar a unidade;
- Testar a cremalheira da cama e colocar óleo, se necessário;
- Deixar a unidade e os materiais em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos.

- Observações:
- Equipe de limpeza
- funcionário da limpeza, com luvas e bota de borracha, deve:
- Recolher os resíduos, colocando-os em saco plástico;
- Fazer a limpeza de todo o mobiliário, mantendo as gavetas abertas até a sua secagem;
- Fazer limpeza e desinfecção do leito;
- Lavar paredes e pisos com água e sabão;
- Limpar o banheiro, fazer rigorosamente a desinfecção
- A Enfermagem deve avaliar se há necessidade de proceder a desinfecção de toda a unidade.
- Nas áreas necessárias, como isolamento e transplantes de medula, além das luvas e botas o funcionário deve usar máscara e avental.

USO DE EPI

ESTERILIZAÇÃO

É o processo pelo qual são destruídos todas as formas de vida microbiana (bactérias nas formas vegetativas e esporulados), utilizado no tratamento de artigos críticos mediante a aplicação de agentes físicos e químicos

ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS EM PRODUTO QUÍMICO

O uso de produtos químicos para a esterilização de artigos e instrumentais deve ser feito quando estes não puderem ser esterilizados pelos métodos físicos.
Ao se fazer a escolha de um determinado produto químico, deve-se observar que este tenha as seguintes propriedades:

- Destruir os microorganismos em todas as suas formas (vegetativas e esporuladas), em temperatura ambiente;
- Ser estável, quando em solução por tempo prolongado;
- Não ser irritante e tóxico para os tecidos humanos;
- Não ser corrosivos para os metais e não alterar materiais de borracha e plástico.

São imprescindíveis algumas condições para eficácia da esterilização ou desinfecção por agentes químicos, como:
- Limpeza e secagem prévia dos materiais ou artigos a serem submetidos ao processo de esterilização ou desinfecção por agentes químicos;
- Submersão total dos artigos na solução. É fundamental que este recipiente seja mantido tampado durante o tempo exigido perante o processamento dos materiais e a validade do produto;
- Tempo de contato ou exposição do artigo a solução - esterilização = 8 a 10 h e desinfecção = 45 minutos;

- O primeiro artigo a ser utilizado no dia deve ser esterilizado

SES 4205 D

DESINFECÇÃO

É o processo físico ou químico que destrói todos os microorganismos, exceto os esporulados. Existem três tipos de desinfecção:

a) Desinfecção Alto Nível - quando os desinfetantes são eficazes contra todas as formas vegetativas, destroem uma parte dos esporos quando utilizados entre 10 e 30 minutos. Ex: material de inaloterapia e oxigenoterapia.

b) Desinfecção Médio Nível - quando os desinfetantes não destroem esporos, tem ação sobre o bacilo da tuberculose, ampla ação sobre vírus e fungos, mas não destroem, obrigatoriamente, todos eles.

c) Desinfecção Baixo Nível - quando os desinfetantes têm atividade contra bactérias vegetativas, mas não destroem esporos. Ex: Colchões, mesas, etc.

DESINFECÇÃO POR MEIO QUÍMICO LÍQUIDO

- Imergir o artigo em solução desinfetante recomendada ou realizar fricção com pano embebido. Na impossibilidade de imersão:
- Utilizar EPI e, no manuseio de produtos garantir farta ventilação do local;
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias, evitando formação de bolhas de ar;
- Observar e respeitar o tempo de exposição ao produto, de acordo com o recomendado para cada tipo;
- Manter recipientes tampados durante o processo dos artigos e a realidade do produto;
- Enxaguar artigos submetidos aos produtos, inclusive o interior das tubulações, com água potável ou água esterilizada de acordo com a criticidade dos artigos.

HIPOCLORITO DE SÓDIO

Indicações de Uso:
· Desinfecção de nível médio de artigos e superfícies;
· Descontaminação de superfícies;

Tempo de Exposição para:
- Desinfecção de superfícies da unidade de diálise, hemodiálise, banco de sangue, laboratórios e qualquer superfície contaminada = 10 minutos, com 1% de cloro ativo.
- Desinfecção de lactários, cozinhas, depósitos de água, bebedouros, material de inaloterapia e oxigenoterapia não-metálicos = 60 minutos, em 0,02% de cloro ativo.
- Descontaminação d superfícies = 10 minutos, em 1% de cloro ativo.

Recomendações de uso:
- O uso deste produto é limitado pela presença de matéria orgânica, capacidade corrosiva e descolorante;
- Quando preparado pela farmácia do hospital, deve possuir técnica de preparo escrita. Deve ser efetuado o controle da qualidade da matéria-prima e da solução;
- Quando adquirido externamente, deve estar assegurada a qualidade do produto.
- Os artigos submetidos até a concentração de 0,02% não necessitam de enxágüe.
- As soluções devem ser estocadas em lugares fechados, frescos, escuros (frascos opacos).

- Não utilizar em metais e mármores pela ação corrosiva.

ROTINA DE DESINFECÇÃO DE ARTIGOS EM HIPOCLORITO DE SÓDIO

- Desarticular os materiais termosensíveis que passarão pela desinfecção;
- Imergir os artigos em solução enzimática por 3 minutos, ou de acordo com recomendações do fabricante;
- Lavar os materiais em água corrente com sabão e escova
- Após lavar, enxaguar em água corrente
- Secar os artigos em ar comprimido ou compressa estéril
- Colocar máscaras e luvas para imergir os artigos na solução de hipoclorito de sódio
- Preencher o interior das tubulações e reentrâncias
- Fechar o recipiente onde os artigos estão imersos, respeitando o tempo de exposição indicado, sendo 30 minutos para concentração de 1% e 60 minutos para concentração de 0,02%
- Terminando o tempo de imersão desejado, retirar o artigo do recipiente em técnica asséptica utilizando máscaras e luvas estéreis
- Enxaguar os artigos imersos na concentração de 1% em água estéril
- Secar os artigos em ar comprimido ou compressa estéril
- Acondicionar o material processado em recipiente ou invólucro adequado e estocar em local limpo, seco e fechado

Observação:

· Na falta de água destilada, os artigos podem ser enxaguados com soro fisiológico.

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão 4208 Revisão No: Data:

Tarefa
Administração de Medicamento por Via Intramuscular (IM).

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

Administrar medicação por via IM, respeitando a técnica asséptica, com o menor trauma possível para o paciente.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Bandeja ou Cuba rim (01);
- Algodão (03 bolas);
- Álcool 70% (05 ml);
- Seringa contendo a medicação prescrita e devidamente identificada, com o nome da medicação e do paciente;
- Agulha 25 x 07 (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Colocar máscaras e gorro;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar luvas;
4. Reunir todos os medicamentos e materiais necessário no deposito de plástico identificado com o nome, leito e prontuário do paciente;
5. Sempre conferir: paciente correto, dose correta, medicamento correto, nº. de prontuário correto, horário correto, via correta.
6. Conferência feita com a prescrição
7. Tempo de infusão das drogas
8. Alergias
9. Destacar medicações de risco em uso
10. Proceder à anti-sepsia do local escolhido com álcool a 70% em um único sentido (repetir por três vezes);
11. Pinçar o músculo com o dedo indicador e o polegar da mão não dominante;
12. Introduzir a agulha no músculo, observando um ângulo de 90° em relação à superfície escolhida;
13. Soltar a musculatura;
14. Aspirar, para certificar-se que não puncionou vasos periféricos;
15. Injetar líquido no músculo, pressionando o êmbolo;
16. Retirar a agulha do músculo;
17. Desprezar seringa em caixa perfuro cortante;
18. Retirar material usado, dispensando-o em local adequado;
19. Lavar as mãos;
20. Anotar e assinar na prescrição médica.

Cuidados

- Alternar os locais de administração;
- Observar o local da aplicação evitando sobrecarregar o músculo.

Ações em caso de não conformidade

- Em caso de duvidas na escolha do local ou na técnica de administração, acionar a Enfermeira.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão 4208 Revisão 1 No: Data:

Tarefa
Cuidados com Drenos de Porto-Vac.

Executante

Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Prevenir hematomas ou seromas no pós-operatório.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Cálice (01);
- Seringa 20 ml (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Colocar máscara e gorro e calçar luvas de procedimento;
3. Observar características da secreção drenada;
4. Pinçar o dreno;
5. Abrir a tampa o dreno;
6. Despejar a secreção no cálice;
7. Pressionar todo o dreno na área sanfonada para formar vácuo;
8. Fechar a tampa do dreno, abrir a pinça e medir débito da drenagem;
9. Manter o dreno em área inferior ao local drenado;
10. Retirar as luvas e lavar as mãos;
11. Registrar em prontuários.

Cuidados

- Observar edema e hematoma na área cirúrgica e inserção do dreno;
- Observar flogose em inserção do dreno e manter sempre a pinça aberta;

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar ao cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Administração de Insulina

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Obter o nível glicêmico dos pacientes dentro dos padrões de normalidade.

Recursos Necessários
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Bandeja (01);
- Frasco de Insulina;
- Seringa de 1cc (01);
- Agulha 13 x 4,5 (01);
- Algodão seco (03 bolas);
- Álcool 70 % (05 ml);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara e o gorro;
3. Preparar o material necessário em uma bandeja;
4. Aspirar na seringa de 1cc a dosagem certa de acordo com o esquema glicêmico prescrito, identificando com nome, leito, hora e data;
5. Esclarecer ao paciente o procedimento a ser realizado;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Escolher a área certa para fazer a aplicação subcutânea, respeitar o rodízio;
8. Limpe o local onde será aplicada a insulina com álcool a 70 %, em movimentos circulares;
9. Deixe a pele secar ao ar ambiente;
10. Retire a capa de proteção da agulha;
11. Com sua mão não-dominante, segure a pele ao redor do local de injeção e eleve firmemente o tecido subcutâneo para formar uma dobra adiposa de 2,5 cm;
12. Com sua mão dominante, introduza a agulha de maneira rápida e suave em ângulo de 45° a 90° com a superfície cutânea;
13. Manter a dobra ao injetar a insulina;
14. Retire a agulha com movimento rápido e suave;
15. Não massagear o local que administrou a insulina;
16. Retirar e desprezar as luvas;
17. Checar prescrição médica;
18. Registrar procedimento executado e região que foi aplicada.

Cuidados
- Contra-indicado administrar insulina nas áreas que estejam inflamadas, edemaciadas, marca de nascença ou lesão;
- Cuidado com o manuseio da agulha para não se contaminar;
- Observar a validade, conservação e cor da insulina;
- Administrar insulina conforme esquema glicêmico prescrito;
- Realizar rodízio do local da administração;
- Não agitar o frasco que contém a insulina.

Ações em caso de não conformidade
- Observar a validade do frasco de insulina, caso vencido devolver a farmácia e adquirir outro;

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão

Tarefa
Administração de Sangue e Hemoderivados.

No: Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Proporcionar ao paciente a reposição de eventuais perdas sanguínea e de hemoderivados;
- Estabilizar o paciente hemodinamicamente.

Recursos Necessários

- Luvas de procedimento (01 par);
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Equipo com filtro ou equipo para infusão de sangue e hemoderivados (01 para cada);
- Óculos de proteção (01);
- Material para punção de acesso venoso (scalp ou abocath – 01);
- Suporte para soro (01);
- Kit Sinais Vitais - termômetro, estetoscópio, tensiômetro, relógio com ponteiro ou digital (01);
- Álcool 70 % (05 ml);
- Algodão (03 bolas);
- Caneta (01);
- Prescrição médica;
- Prontuário do paciente.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Verificar os sinais vitais antes da transfusão, 15 minutos depois do início e após a conclusão da transfusão;
3. Colocar a máscara e o gorro;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Abrir a embalagem do equipo de administração;
6. Encher o equipo de infusão com um pequeno volume de SF 0,9 %;
7. Retirar o envoltório protetor do recipiente do material a ser infundido e introduza a ponta do equipo no recipiente (bolsa de sangue);
8. Levar o material já preparado até o paciente;
9. Pendurar a bolsa em suporte de soro;
10. Iniciar a infusão lentamente;
11. Manter o suporte de soro o mais elevado possível;
12. Monitorizar a infusão.

Cuidados

- Reconhecer e intervir imediatamente nas complicações;
- É contra-indicada transfusão autológas em pacientes com câncer, coagulopatia, hemólise excessiva ou infecção em atividade;
- Caso o paciente apresente sibilos, dispnéia, rubor ou dor torácica, interrompa a transfusão, troque o tubo e inicie a infusão lenta de SF 0,9 %. Administre O2 por cateter ou máscara de venturi, chame o médico, monitore os sinais vitais do paciente e mantenha sua cabeça elevada;
- Se o paciente apresentar exantema ou febre baixa, envie a bolsa de sangue e o equipo ao banco de sangue, ligue para o laboratório pedindo para repetir a prova cruzada (reação hemofílica, pirogênica, alérgica ou anafilática);
- Monitore os pacientes idosos e cardíacos para sinais de sobrecarga circulatória e insuficiência cardíaca. Diminua a velocidade da transfusão para um nível suficiente para manter a veia pérvia, eleve a cabeceira da cama e administre O2 e avise ao médico;
- Não acrescente medicamentos a bolsa de sangue e nem administre em Y. Administre apenas com SF 0,9 %;

- Caso o paciente desenvolva exantema pruriginoso ou urticária, administre um anti-histamínico, de acordo com a prescrição e reinicie a transfusão quando os sintomas desaparecerem;
- Interromper imediatamente a transfusão, se os sinais vitais do paciente apresentarem variações, se aparecer dispnéia ou inquietude, ou calafrios, hematúria ou dor no flanco ou no dorso. Mantenha o acesso venoso pérvio com SF 0,9 %, enquanto chama um médico e aciona o laboratório;
- Nunca transfunda sangue por mais de 04 horas.

SES
421

Ações em caso de não conformidade

- Caso a transfusão não seja concluída em 04 horas, suspender a infusão e comunique ao banco de sangue informando a quantidade restante;
- Ao iniciar a transfusão, fique ao lado do paciente e observe sinais de reação transfusional. Se nesse período não surgirem sinais de reação continue a infusão conforme rotinas do hemocentro.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº 42 12 Emissão Revisão 0

Tarefa
Remoção e Troca de Bolsa de Colostomia.

No:	Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Manter a pele perístoma integra;
- Coleta adequada dos efluentes;
- Ensinar o ostomizado ao autocuidado.

Recursos Necessários

- Luvas de procedimento (01 par);
- Gaze estéril (02 pacotes);
- Sabão neutro (05 ml);
- Toalha macia (01);
- Soro Fisiológico 0,9 % (100 ml);
- Tesoura curva (01);
- Bolsa - adequada para o tipo de ostoma (01);
- Máscara (01);
- Gorro (01)
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara e o gorro;
3. Preparar material necessário;
4. Informar o paciente sobre o procedimento;
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Abrir o pacote de gaze estéril;
7. Colocar o paciente em posição confortável de modo a facilitar a observação do ostoma;
8. Observar o estoma quanto a:
   Cor: deve ser vermelho – vivo ou rosa – escuro;
   Forma: pode ser regular ou irregular;
   Tamanho: manter o tamanho inicial;
   Protrusão: a extensão de alça intestinal exteriorizada na parede abdominal;
   Umidade: aparência úmida, de aspecto brilhante e presença de muco intestinal;
   Integridade da mucosa: ausência de ulceração, tumorações ou granulomas na superfície do estoma.
9. Deslocar o adesivo microporoso a partir da lingüeta lateral, pressionando a parede abdominal com a outra mão e gaze umidecida com SF 0,9 %, enquanto se desloca o adesivo da pele;
10. Lavar a ostoma e pele perístoma com água e sabão neutro, se possível este procedimento deve ser efetuado pelo o paciente no momento do seu banho (no chuveiro) e enxugar a pele perístoma com toalha macia;
11. Deixar secar;
12. Medir o diâmetro do ostoma com régua que acompanha a bolsa;
13. Recortar do tamanho do ostoma utilizando a régua como molde;
14. Retirar adesivo da placa;
15. Adaptar a bolsa a pele perístoma, de baixo para cima;
16. Retirar o papel adesivo microporoso e certificar-se de que esta bem aderida;
17. Fechar a bolsa na extremidade;
18. Identificar com data, hora e assinar a troca da bolsa;
19. Recolher o material;
20. Retirar as luvas;
21. Lavar as mãos;
22. Anotar as características do ostoma e assinar na prescrição médica.

Cuidados

- Recortar a bolsa antes de retirar o papel adesivo, para não grudar na tesoura;
- Cortar a bolsa no tamanho correto, na medida do ostoma, caso o contrário os efluentes entrarão em contato com a pele, causando irritação;
- Evitar a formação de pregas do adesivo no momento da aplicação da bolsa.

Ações em caso de não conformidade

- Caso a pele perístoma esteja irritada, após a limpeza, usar protetores como: placa ou pó de hidrocolóide;
- Comunicar qualquer alteração: mudança da cor da ostoma, tamanho, sangramento, endurecimento da pele perístoma.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão 4.2.14

Tarefa
Aferição da Glicemia Capilar.

No: Data:

SES

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Detectar nível elevado ou reduzido de glicose no sangue a fim de auxiliar no diagnóstico de hiperglicemia ou hipoglicemia para condutas médicas o mais precoce possível.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Cuba rim (01);
- Fita reagente (01);
- Glicosímetro (01);
- Lanceta para punção digital ou agulha 13 x 4,5 (01);
- Luvas de procedimento (01par);
- Algodão (02 bolas);
- Álcool a 70 % (05 ml);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Colocar a máscara e o gorro;
2. Preparar o material necessário e arrumá-lo na cuba rim;
3. Informar ao paciente sobre o procedimento;
4. Colocar o paciente em posição confortável;
5. Lavar as mãos;
6. Calçar as luvas;
7. Ligar o glicosímetro e inserir a fita reagente no mesmo;
8. Escolher o local para perfurar (ponta do dedo, lobo da orelha ou lateral dos pés);
9. Fazer anti-sepsia do local com algodão e álcool a 70 %;
10. Esperar secar ou secar com algodão;
11. Fazer perfuração no local escolhido com a agulha na posição perpendicular a pele, ou furar com a lanceta;
12. Coletar uma gota de sangue satisfatória sobre a área reagente da fita;
13. Comprimir firmemente o local perfurado com algodão até favorecer a hemostasia;
14. Esperar leitura do glicosímetro e memorizar o valor obtido;
15. Retirar e desprezar as luvas;
16. Lavar as mãos;
17. Anotar e assinar na prescrição médica.

Cuidados

- Verificar se o aparelho está calibrado com o mesmo código da fita e a data de validade das fitas reagentes antes de iniciar o procedimento;
- Observar se a gota de sangue preencheu completamente a área reagente da fita;
- Desprezar a lanceta ou agulha no coletor de material perfuro-cortante;
- Fazer rodízio dos locais para as coletas posteriores;
- Evitar locais cianosados ou infiltrados.

Ações em caso de não conformidade

- Caso ocorra erro ou dúvida de leitura do glicosímetro, escolher outro local e repetir o procedimento observando atentamente a técnica;
- Caso os valores encontrados sejam condizentes com hiperglicemia, preparar material para administração do esquema insulínico prescrito ou comunicar médico assistente;

Grupo responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10/8/12

	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

SES
425
FLS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão 4.2.14

Tarefa
Curativo de Ferida ou Deiscência Contaminada.

No: Data:

SES

Executante
Enfermeiro

Resultados esperados
- Limpar leito da ferida ou deiscência;
- Promover cicatrização adequada do tecido;
- Ocluir e controlar infecção.

Recursos Necessários
- Bandeja (01);
- Gaze Acolchoada (01 ou mais dependendo do tamanho e da quantidade de secreção na ferida);
- Espátula (01);
- Agulha – 40 x 12 (01);
- Éter (05 ml);
- Pacote de curativo estéril (01);
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Gaze estéril (02 pacotes ou mais dependendo do tamanho e da quantidade de secreção na ferida);
- Curativo biológico apropriado ao tipo da ferida (01);
- Solução Fisiológica 0,9 % (100 ml ou mais dependendo da ferida);
- Esparadrapo ou Micropore (100 cm ou mais dependendo do tamanho da ferida);
- Biombo (01 ou mais dependendo da localização do leito);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara e o gorro;
3. Preparar material necessário;
4. Preparar o ambiente (ver privacidade e iluminação adequada);
5. Informar ao paciente sobre o procedimento;
6. Posicionar o paciente adequadamente e expor apenas a área a ser tratada;
7. Calçar luvas de procedimento;
8. Abrir o pacote de curativo e o pacote de gazes utilizando técnica asséptica;
9. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
10. Remover o curativo anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo;
11. Furar o frasco de SF 0,9 % com a agulha 40 x 12;
12. Montar a pinça Kelly® com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9 %;
13. Limpar as bordas, utilizando as duas faces da gaze, no sentindo unidirecional. Repetir a ação;
14. Irrigar o leito da ferida ou deiscência com SF 0,9 % em jato e remover todo o exsudato e tecidos desvitalizados;
15. Secar as bordas no sentido unidirecional;
16. Ocluir a ferida ou deiscência primeiramente utilizando gaze úmida com SF 0,9 % ou curativo biológico, depois cobrir com gazes secas;
17. Fixar o curativo com esparadrapo ou micropore;
18. Assinar e datar sobre o curativo;
19. Deixar o paciente confortável;
20. Desprezar material utilizado em local adequado;
21. Retirar e desprezar as luvas;
22. Lavar as mãos;
23. Anotar características da ferida ou deiscência e assinar na prescrição médica.

Cuidados
- Não abrir o frasco de SF 0,9 %, e sim, furá-lo com a agulha 40 x 12 (paciente adulto) ou agulha 13 x 4,5 (paciente criança);

▪ Não limpar o leito da ferida com gaze, somente utilizar SF 0,9 % em jato; ▪ Renovar curativo a cada 24 horas ou quando estiver úmido.
Ações em caso de não conformidade ▪ Se o paciente referir dor durante o curativo, comunicar o médico assistente para analgesia antes do procedimento.
Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

SES
4219
FLS

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Mensuração da Pressão Arterial.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Medidas acuradas (índice de erro menor que 1 %);
- Registro preciso (índice de erro / omissão menor que 1 %).

Recursos Necessários
- Bandeja ou cuba rim (01) e Estetoscópio de adulto (01);
- Esfignomanômetro aferido (01), Caneta (01) e Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)
1. Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
2. Investigar historia HAS, considerando os fatores que alteram;
3. Lavar as mãos e Preparar o material necessário;
4. Colocar o paciente em posição confortável, preferencialmente deitado ou sentado;
5. Expor o braço descoberto em posição supina, colocar o manguito no MSD ou MSE, 1 / 3 acima da flexura, posicionando o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial;
6. Posicionar o 3 ° e 4 ° quirodáctilo sobre a artéria radial, comprimindo-a levemente;
7. Fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito até o pulso desaparecer (valor máximo em mmHg) e Desinsuflar o manguito paulatinamente;
8. Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura, fechar a válvula da pêra e insuflar até 30 valores a mais em mmHg;
9. Desinsuflar o manguito lentamente observando o ponteiro do manômetro e o som dos batimentos, memorizar o valor do primeiro som auscultado (sístole) e o valor onde o som desaparecerá (diástole);
10. Lavar as mãos, Registrar no prontuário, identificando e comunicando as alterações e Assinar e carimbar.

Cuidados
- Observar se o ponteiro do manômetro está no zero ao iniciar;
- Não deixar o manguito insuflado por muito tempo no braço do cliente;

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a enfermeira ou médico qualquer alteração de pressão sistólica ou diastólica e checar no prontuário a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos (correlacioná-lo com os parâmetros encontrados) e administrá-lo quando necessário.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Mensuração da Respiração.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Parâmetros respiratórios e registro preciso.

Recursos Necessários
- Relógio de pulso com ponteiros de segundo ou digital (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Colocar o paciente em posição confortável; se possível mantê-lo em decúbito dorsal para que possa observar a elevação do tórax;
3. Iniciar a contagem dos movimentos inspiratórios observando elevações tóraco-abdominais ou identificando-as com a mão sobre o tórax, simulando a contagem do pulso, em 1 minuto;
4. Registrar e assinar na folha de registro.

Cuidados

- Mensurar a respiração discretamente para evitar simulações;
- Não mensurar a respiração em menos de 60 segundos;
- Avaliar resultados dos parâmetros.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a enfermeira ou médico qualquer alteração de pressão sistólica ou diastólica.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Mensuração do Pulso Radial.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Medidas e parâmetros precisos;
- Registro preciso.

Recursos Necessários
- Relógio de pulso com ponteiros de segundo ou digital (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)
1. Informar ao paciente sobre o procedimento;
2. Lavar as mãos;
3. Colocar o cliente em posição confortável, apoiando o braço;
4. Localizar a artéria com a ponta dos dedos indicador e médio, fazendo leve pressão;
5. Iniciar a contagem da pulsação em 60 segundos;
6. Lavar as mãos;
7. Registrar no prontuário;
8. Assinar e carimbar.

Cuidados
- Atentar aos fatores que possam alterar o pulso normal como: febre, dor, esforço físico, medicamentos e idade.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a enfermeira ou médico qualquer alteração acima dos parâmetros de normalidade.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Punção Venosa Periférica.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Obtenção e manutenção de um acesso para administração de medicamentos, por via endovenosa;
- Manter permeabilidade venosa e fluxo adequado das infusões;
- Proporcionar uma terapia eficaz e sem danos teciduais.

Recursos Necessários

- Bandeja ou Cuba rim (01);
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Garrote (01);
- Cateter tipo (*scalp* ou *abocath),* de acordo com o calibre da veia (01);
- Agulha 40 x 12 (01);
- Extensor – se cateter endovenoso (01);
- Tala acolchoada para mobilização do membro – se necessário (01);
- Seringa de 5 cc (01);
- Água Destilada (AD) ou Solução Fisiológica – SF 0,9 % (01);
- Equipo simples, se necessário (01);
- Esparadrapo ou micropore (30 cm);
- Algodão;
- Álcool 70 % (20 ml);
- Suporte para soro (01);
- Caneta para identificar data, hora, tipo de jelco (01);
- Folha de registro (01).

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Verificar na prescrição médica finalidade do procedimento;
2. Lavar as mãos;
3. Colocar a máscara e o gorro;
4. Preparar material necessário;
5. Retirar todo o ar do equipo com SF 0,9 % ou preparar uma seringa com SF 0,9 %;
6. Lavar as mãos;
7. Explicar o procedimento ao paciente;
8. Posicionar o paciente, comodamente;
9. Calçar as luvas;
10. Escolher local adequado para inserção do cateter;
11. Aplicar o garrote 5 a 10 cm do local desejado para a inserção;
12. Fazer anti-sepsia da pele com algodão e álcool a 70 %;
13. Secar a região com o algodão;
14. Retirar a proteção do cateter;
15. Inserir lentamente o cateter na veia com o bisel para cima, fazendo um ângulo de 45 graus;
16. Abaixar o cateter ao nível da pele e certificar do posicionamento correto do cateter (utilizar uma seringa com AD ou SF 0,9 %);
17. Observar refluxo sanguíneo;
18. Retirar o garrote e fixar o cateter com esparadrapo ou micropore;
19. Aplicar no local uma etiqueta adesiva indicando o tamanho do cateter, data, hora da inserção e o nome de quem realizou o procedimento;
20. Retirar e desprezar as luvas;
21. Anotar e assinar na folha de registro.

Cuidados

- Ter sempre a mão todo o material necessário, para evitar deslocamentos inúteis;
- No caso de tentativa de punção sem sucesso, é necessário comprimir o local da punção, a fim de evitar alterações, como hematoma;

- A anti-sepsia deve ser debaixo para cima estimulando a tumefação da veia;
- A fixação deve ser segura, porém sem excesso de adesivos, para não prejudicar a visibilidade da área;
- Não manter o membro garroteado durante mais de 2 minutos;
- Evitar "tapinhas" sobre a veia, pois pode lesionar o vaso;
- Observar diariamente se há presença de flebites e se houver renovar imediatamente o scalp ou o jelco e puncionar outro, de preferência em outro membro superior;

Ações em caso de não conformidade

- Nunca reutilizar o cateter;
- Se houver contaminação durante o procedimento desprezar o material;
- Se não houver progressão do cateter na veia, deverá retirá-lo, comprimir o local com algodão e comunicar a enfermeira imediatamente;
- Registrar no prontuário todas as tentativas e as medidas tomadas;
- Fazer tricotomia se o local estiver com difícil visualização;
- Posicionar tala acolchoada no membro se necessário.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão

Tarefa
Realização de Eletrocardiografia (ECG).

No:	Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Registrar a atividade elétrica o coração.

Recursos Necessários

- Aparelho de ECG (01);
- Álcool 70 % (20 ml);
- Gazes (10 unid.);
- Gel (10 g);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Papel toalha;
- Caneta (01);
- Folha de registro (01).

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Informar ao paciente o procedimento se estiver alerta;
4. Colocar o paciente em posição favorável ao procedimento;
5. Preparar o aparelho de ECG;
6. Remover objetos de metal do contato com o paciente;
7. Realizar a limpeza da superfície da pele com álcool e gaze;
8. Distribuir o gel para posicionamento dos eletrodos;
9. Posicionar os eletrodos de extremidade nos membros conforme indicação do fabricante;
10. Posicionar os eletrodos para derivações precordiais nos espaços descritos a seguir:
11. V1 – 4° espaço intercostal, borda esternal D;
12. V2 – 4° espaço intercostal, borda esternal E;
13. V3 – diagonalmente entre V2 e V4;
14. V4 – 5° espaço intercostal, linha hemiclavicular E;
15. V5 – 5° espaço intercostal, linha axilar anterior E;
16. V6 – 5° espaço intercostal, linha axilar média E;
17. Iniciar o aparelho para leitura e registro impresso;
18. Remover os eletrodos após a conclusão da leitura;
19. Remover o excesso de gel da pele do paciente com papel toalha;
20. Retirar luvas e lavar as mãos;
21. Destacar a folha impressa do aparelho e identificá-la;
22. Anexar o exame ao prontuário do paciente;
23. Registrar e assinar o procedimento;
24. Organizar e guardar o aparelho de ECG no seu devido lugar.

Cuidados

- Certificar-se do posicionamento adequado dos eletrodos;
- Evitar existência de interferências durante a impressão do ECG;
- Realizar a limpeza do aparelho após o exame;
- Garantir a guarda adequada do aparelho.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a enfermeira qualquer dificuldade para a realização do exame;
- Comunicar a enfermeira e ao médico qualquer alteração no traçado do ECG.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

TAREFA:
Conduta na reação transfusional

Executante(s):
Equipe de enfermagem

Resultado esperado:

- Identificar sinais e sintomas que podem estar associados a reações transfusionais
- Interromper imediatamente a infusão de hemocomponentes diante da suspeita de ocorrência de uma reação transfusional e informar ao medico responsável, para adoção de medidas terapêuticas cabíveis
- Registrar a ocorrência de todas as reações transfusionais do hospital (busca ativa)

Recursos Necessários

- Livro de registro de reações transfusionais
- Hemocomponente com a respectiva etiqueta e equipo de transfusão
- Prontuário do paciente
- Medicamentos de urgência.

Descrição da Rotina ou Procedimento:

1. Interromper imediatamente a transfusão ao primeiro sinal de reação;

Obs.: Considerar como possível reação transfusional qualquer queixa ou sinal manifestado pelo paciente durante ou imediatamente após a transfusão.

2. Manter acesso venoso com solução fisiológica a 0,9;
3. Verificar sinais vitais;
4. Comunicar ao médico responsável pelo paciente, Agência Transfusional e à Hemovigilância;
5. Examinar cuidadosamente todas as etiquetas, rótulos e registros, conferindo novamente os dados do paciente com os da unidade de Hemocomponente ou Hemoderivado em uso;
6. Encaminhar bolsa, equipo e etiqueta do hemocomponente suspeito da reação ao Banco de sangue;
7. Registrar no prontuário os sinais e sintomas apresentados pelo paciente durante a transfusão de forma clara e objetiva, anotando horários, numeração das unidades transfundidas, procedimentos assistenciais e medicações administradas.

Cuidados

- Registrar todas as situações que dificultaram seguir as recomendações enumeradas
- Durante a transfusão deve-se ter disponível todo material necessário para atendimento emergencial (oxigênio, ambu, material para entubação, medicações, aspirador, etc.).

Ações em caso de não conformidade

- Em caso de parada cardíaca iniciar manobras de reanimação ou acionar equipe de urgência do Hospital.

Grupo responsável pela elaboração:

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

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

Anexo – POP Conduta na Reação Transfusional

Reações Transfusionais Agudas				
	RHA	**RFNH**	**TRALI**	**Contaminação bacteriana**
Início	Imediato	Durante ou 1hora após	Horas após	Durante ou após
Sinais e Sintomas	Dor, calafrios e febre	Calafrios e febre	Dispnéia, febre e hipotensão	Febre, calafrios e hipotensão
Mecanismo envolvido	Sistema ABO	Ac leucoc citoquina	Ac leucocitário doador	Bactérias
Tratamento	Sintomas hidrata	Sintomático	Suporte resposta sintomas	ATB
Prevenção	Checagem	Produtos leucodepletados	Livre Ac leucocitários	Culturas

	Alérgica	**Anafilática**	**↑ Sobrecarga**	**Hipotensão**
Início	Durante ou após	Durante	Durante ou após	Durante
Sinais e Sintomas	Prurido e urticária	Dispnéia, hipotensão e choque	Dispneia, cianose e edema pulmonar	Hipotensão
Mecanismo envolvido	Ac prot plasmática	Deficiência IgA	HAS e cardiopatia	Filtro ECA
Tratamento	Anti-alérgico	Suporte respiratório	Diurético e suporte respiratório	Líquidos
Prevenção	Componentes sem proteínas plasmáticas	Def de IgA	Aliquotagem > tempo de Transfusão	-
	Hemólise não imune	**Hipotermia**	**Hipercalemia**	**Acidose / Alcalose**
Início	Durante	Durante	Durante	Durante
Sinais e Sintomas	Anemia e febre	Hipotermia	Arritmia cardíaca	Acidose metabólica
Fisiopatologia	Estoque transporte	↓ Temperatura do componente	> Tempo estoque	> Tempo estoque

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Administração de medicamentos.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Administrar seguramente todos os medicamentos prescritos respeitando a técnica asséptica com menor risco ao paciente.

Recursos Necessários

- bandeja;
- seringa;
- agulha;
- gaze
- álcool 70%
- EPI (máscara, gorro, luvas);
- caneta
- prescrição médica;
- medicação.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Colocar máscaras e gorro;
2. Lavar as mãos;
3. Calçar luvas;
4. Reunir todos os medicamentos e materiais necessário no deposito de plástico identificado com o nome, leito e prontuário do paciente;
5. Sempre conferir: paciente correto, dose correta, medicamento correto, nº. de prontuário correto, horário correto, via correta.
6. Conferência feita com a prescrição
7. Tempo de infusão das drogas
8. Alergias
9. Destacar medicações de risco em uso
10. informa ao paciente e/ ou acompanhante sobre o procedimento;
11. posicionar o paciente adequadamente;
12. administrar medicação;
13. retirar as luvas e lavar as mãos;
14. registrar o procedimento na prescrição;.

Cuidados

- uso de EPI;
- chegar os 5C'S;
- separar os materiais de uso individual

Ações em caso de não conformidade

- Registrar e comunicar ocorrência ao médico.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Administração de Medicamento por Via Intramuscular (IM).

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

Administrar medicação por via IM, respeitando a técnica asséptica, com o menor trauma possível para o paciente.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Bandeja ou Cuba rim (01);
- Algodão (03 bolas);
- Álcool 70% (05 ml);
- Seringa contendo a medicação prescrita e devidamente identificada, com o nome da medicação e do paciente;
- Agulha 25 x 07 (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

21. Colocar máscaras e gorro;
22. Lavar as mãos;
23. Calçar luvas;
24. Reunir todos os medicamentos e materiais necessário no deposito de plástico identificado com o nome, leito e prontuário do paciente;
25. Sempre conferir: paciente correto, dose correta, medicamento correto, nº. de prontuário correto, horário correto, via correta.
26. Conferência feita com a prescrição
27. Tempo de infusão das drogas
28. Alergias
29. Destacar medicações de risco em uso
30. Proceder à anti-sepsia do local escolhido com álcool a 70% em um único sentido (repetir por três vezes);
31. Pinçar o músculo com o dedo indicador e o polegar da mão não dominante;
32. Introduzir a agulha no músculo, observando um ângulo de 90° em relação à superfície escolhida;
33. Soltar a musculatura;
34. Aspirar, para certificar-se que não puncionou vasos periféricos;
35. Injetar líquido no músculo, pressionando o êmbolo;
36. Retirar a agulha do músculo;
37. Desprezar seringa em caixa perfuro cortante;
38. Retirar material usado, dispensando-o em local adequado;
39. Lavar as mãos;
40. Anotar e assinar na prescrição médica.

Cuidados

- Alternar os locais de administração;
- Observar o local da aplicação evitando sobrecarregar o músculo.

Ações em caso de não conformidade

- Em caso de duvidas na escolha do local ou na técnica de administração, acionar a Enfermeira.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Aplicação de Clister Glicerinado.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Execução do cuidado de forma ordenada e limpa, dentro da técnica, de forma a obter a eliminação de substâncias retidas na ampola retal.

Recursos Necessários
- Bandeja (01);
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Sonda retal 22, 24 ou 26 (01);
- Lubrificantes (vaselina ou xylocaína) (05 g);
- Solução de glicerina 12 % (500 ml ou de acordo com prescrição médica);
- Equipo - quando for gota a gota (01);
- Biombo (01 ou mais dependendo da localização do leito do paciente);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)
1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara e gorro;
3. Preparar o material necessário;
4. Preparar o ambiente (ver privacidade);
5. Informar ao paciente sobre o procedimento;
6. Calçar luvas de procedimentos;
7. Conectar a sonda ao tubo de solução;
8. Lubrificar a sonda antes de introduzir (de preferência com gel anestésico);
9. Colocar a paciente na posição SIMS (decúbito lateral esquerdo);
10. Afastar as nádegas, expondo o ânus;
11. Introduzir a sonda mais ou menos 10 cm;
12. Pressionar o frasco até que escoe todo o conteúdo;
13. Retirar delicadamente a sonda e o tubo;
14. Retirar a luva e lavar as mãos;
15. Registrar no prontuário.

Cuidados
- Fazer a limpeza do ânus com água e sabão ou SF 0,9 %;
- Orientar relaxamento da paciente;
- Colocar a comadre embaixo do paciente ou orientá-lo para ir ao sanitário;
- Observar efeito do procedimento e registrar no prontuário.

Ações em caso de não conformidade
- Em caso de anormalidades, contactar com o médico assistente;
- Se urgência, contactar com plantonista.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº	
		Emissão	
Tarefa Aspiração de Vias Aéreas Superiores		Revisão	
		No:	Data:

Executante

Equipe de Enfermagem e/ou Fisioterapeuta

Resultados esperados

- Manter as vias aéreas livres e permeáveis.
- Garantir ventilação e oxigenação adequadas.
- Prevenir complicações no quadro clínico do paciente devido ao acúmulo de secreções

Recursos Necessários

- Máscara
- Gorro
- Silicone estéril para aspirador
- Cateter de aspiração com tamanho de acordo com paciente
- Frasco para aspiração
- 01 par de luvas de procedimento estéreis
- Soro fisiológico 10cc
- Estetoscópio

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Colocar a máscara;
2. Reunir o material
3. Montar sistema de vácuo;
4. Lavar as mãos;
5. Comunicar ao paciente o procedimento;
6. Verificar tipo e característica da respiração;
7. Realizar ausculta pulmonar;
8. Conectar silicone;
9. Abrir as luvas e deixar o invólucro estéril completamente aberto utilizá-lo como apoio;
10. Abrir o cateter e colocá-lo dentro do invólucro da luva;
11. Calçar luvas
12. Conectar cateter no látex do aspirador;
13. Medir quantidade de sonda a ser introduzida (lóbulo da orelha a ponta do nariz);
14. Iniciar a aspiração instilando soro fisiológico na narina do paciente;
15. Introduzir a sonda de aspiração na mesma narina mantendo o látex pressionado ao chegar no local liberar fluxo de vácuo;
16. Fazer a aspiração de forma mais rápida possível sem quebrar técnica asséptica;
17. Repetir do item 14 ao 16 se necessário e de acordo com a condição clínica do paciente;
18. Ao término, desprezar todo material contaminado;
19. Retirar luvas e desprezá-las também;
20. Realizar ausculta pulmonar;
21. Lavar as mãos;
22. Anotar horário e características das secreções.

Cuidados

- Não introduzir sonda além da medida para evitar reflexo vagal
- Cuidado com a pressão do vacuometro para evitar traumas

Ações em caso de não conformidade

Em caso de dessaturação, suspender procedimento.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão

Tarefa Balanço Hídrico.	Revisão No: Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Controlar função renal;
- Avaliar condições hemodinâmicas.

Recursos Necessários
- Máscara (01), Gorro (01) e Luvas de procedimento (01 par);
- Cálice graduado para diurese (01);
- Seringa 20 ml (01);
- Caneta (01);
- Impresso próprio para balanço hídrico.

Atividades (Descrição do Procedimento)
1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara e o gorro;
3. Preparar material e calçar as luvas;
4. Cumprir os horários das medicações e anotar quantidade administrada;
5. Anotar administrações por sonda nasogástrica ou enteral;
6. Coletar diurese do saco coletor, aparadeira ou papagaio e usar cálice graduado para medir quantidade da diurese ou seringa em caso de medidas inferiores a 50 ml;
7. Pesar fraldas em pacientes acamados;
8. Esvaziar bolsa de colostomia, drenos e medir quantidades eliminadas;
9. Desprezar diurese e excreções no expurgo;
10. Retirar e desprezar as luvas;
11. Lavar as mãos;
13. Anotar, além do volume, características como cor e odor, e se houver perdas acidentais. Em seguida, assinar na folha de registro.

Cuidados
- Fechar balanço hídrico parcial a cada 06 horas;
- Fechar balanço hídrico total a cada 24 horas.

Ações em caso de não conformidade
- Comparar somatório do Balanço Hídrico parcial com o total;
- Estabelecer a diferença e detectar possível erro;
- Informar ao médico grandes variações.

rupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Cuidados com Drenos de Porto-Vac.

Executante

Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Prevenir hematomas ou seromas no pós-operatório.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Cálice (01);
- Seringa 20 ml (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

12. Lavar as mãos;
13. Colocar máscara e gorro e calçar luvas de procedimento;
14. Observar características da secreção drenada;
15. Pinçar o dreno;
16. Abrir a tampa o dreno;
17. Despejar a secreção no cálice;
18. Pressionar todo o dreno na área sanfonada para formar vácuo;
19. Fechar a tampa do dreno, abrir a pinça e medir débito da drenagem;
20. Manter o dreno em área inferior ao local drenado;
21. Retirar as luvas e lavar as mãos;
22. Registrar em prontuários.

Cuidados

- Observar edema e hematoma na área cirúrgica e inserção do dreno;
- Observar flogose em inserção do dreno e manter sempre a pinça aberta;

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar ao cirurgião.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão
Tarefa Realização de Sondagem Oro e Nasogástrica.		Revisão No: Data:

Executante
Enfermeira (o)

Resultados esperados

- Sondagem livre de contaminação, lesões e / ou injúrias;
- Promover nutrição, hidratação e administração de medicamentos adequados;
- Lavagem gástrica;
- Preparo para pré-operatório;
- Aliviar distensão abdominal;
- Promover drenagem do conteúdo gástrico.
-

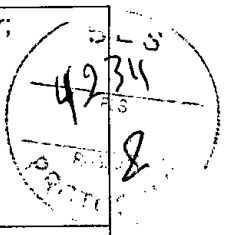
Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luva estéril (01 par);
- Seringa de 20 cc (01);
- Bandeja (01);
- Sonda nasogástrica - número do lúmen de acordo com o paciente (01);
- Gaze estéril (01 pacote);
- Água Destilada ou Solução Fisiológica 0,9 % (10 ml);
- Xylocaína gel ou lubrificante hidrossolúvel (10 g);
- Estetoscópio (01);
- Esparadrapo e / ou Micropore (20 cm);
- Biombo (01);
- Tesoura (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Verificar na prescrição médica a finalidade do procedimento;
2. Lavar as mãos;
3. Colocar a máscara e o gorro;
4. Preparar material necessário;
5. Isolar o leito com o biombo se necessário;
6. Informar ao paciente sobre o procedimento;
7. Colocar o paciente em posição confortável e adequada (Semi-Fowler);
8. Cortar o esparadrapo para marcar e fixar a sonda;
9. Abrir invólucros da sonda;
10. Calçar as luvas;
11. Medir a sonda do lobo inferior da orelha à base do nariz, descer até 02 cm do apêndice xifóide e marcar a medida com um pedaço de esparadrapo;
12. Lubrificar sonda com xylocaína gel;
13. Sonda Nasogástrica: Introduzir lentamente a sonda na narina do paciente até a marcação realizada anteriormente;
14. Sonda Orogástrica: Introduzir lentamente a sonda visualizando a glote, dirigindo a sonda para trás e para baixo;
15. Verificar o posicionamento adequado da sonda;
16. Aspirar de 10 a 15 cc de ar na seringa e conecta-la na sonda;
17. Posicionar o estetoscópio na região epigástrica do paciente e injetar o ar rapidamente na sonda auscultando o som produzido;
18. Aspirar conteúdo gástrico;
19. Dispor cuba redonda com 10 ml SF 0,9 % ou AD;

20. Colocar extremidade da sonda dentro da cuba redonda e observar presença de bolhas de ar;
21. Fixar a sonda sem comprimir a narina (evitar úlcera local);
22. Deixar o paciente confortável;
23. Retirar e desprezar as luvas;
24. Lavar as mãos;
25. Anotar e registrar na prescrição médica.



Cuidados

- Caso o paciente apresente asfixia, acompanhada ou não de cianose, retirar a sonda imediatamente;
- Se houver resistência na passagem da sonda, não forçar para evitar traumas;
- Verificar permeabilidade da sonda e sempre lavar após nutrição ou administração de medicamentos;
- Não contaminar a ponta da sonda ao mensurar o resíduo gástrico.

Ações em caso de não conformidade

- Caso não tenha êxito na passagem da sonda: Aguardar um momento, tranqüilizar o paciente e tentar na outra narina;
- Se houver contaminação durante o procedimento desprezar o material e recomeçar.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº	
		Emissão	
Tarefa Cuidados com o Corpo após a Morte.		Revisão	
		No:	Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Preparar o corpo com ética e respeito;
- Confortar e oferecer suporte aos membros da família e amigos.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Biombo (01);
- Gaze (01 pacote);
- Algodão (200 g);
- Sabão líquido (20 ml);
- Etiqueta para identificação (01);
- Esparadrapo (20 a 100 cm);
- Saco plástico para colocar os pertences do paciente (01);
- Bacia com água (01);
- Toalha (01);
- Lençol (01);
- Pinças de curativos (01);
- Lençóis descartáveis (03);
- Maca (01).

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara e o gorro;
3. Reunir todo o material necessário;
4. Colocar as luvas de procedimento;
5. Isolar o leito com biombo;
6. Posicionar o corpo em decúbito dorsal, alinhando os membros;
7. Despir o corpo;
8. Remover sondas, drenos, acessos venosos e fitas adesivas de fixação;
9. Fazer os curativos necessários, comprimindo bem o local, para evitar vazamentos de líquidos orgânicos;
10. Fazer higiene corporal, conforme técnica de banho de leito;
11. Fechar os olhos pressionando com cuidado as pálpebras com as pontas dos dedos;
12. Colocar prótese dentária se houver;
13. Fazer tamponamento em todos os orifícios com algodão;
14. Remover os lençóis sujos, substituindo-os por descartáveis;
15. Colocar uma etiqueta de identificação no corpo do paciente e outra etiqueta no lençol descartável com os seguintes dados: nome completo, número do leito, data, hora do óbito e nome do médico que atestou o óbito;
16. Providenciar documentos para o Atestado de Óbito;
17. Transferir o corpo para a maca e cobri-lo;
18. Perguntar se a família deseja ver o corpo e sobre o destino dos pertences;
19. Encaminhar o corpo ao velório;
20. Registrar procedimento em prontuário.

Cuidados

- Informar à família e ao médico responsável o óbito do paciente;
- Comunicar o óbito à equipe de enfermagem;
- Entregar à família os pertences pessoais protocolando em livro próprio da Instituição;
- Entregar à família a via amarela, da D.O., devidamente preenchida;
- Anexar a via rosa, da D.O., ao prontuário;
- Encaminhar via branca à Gerência de Enfermagem.

Ações em caso de não conformidade

- Se não conseguir informar os familiares do óbito, contactar com o serviço social
- Óbito Hospitalar com menos de 48 horas de internação:
  - contato do médico com o patologista do SVO de plantão para maiores informações sobre o procedimento adotado no atendimento hospitalar. Encaminhar o corpo, se possível com familiares, junto com o formulário de resumo histórico clínico assinado pelo diretor;

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº
		Emissão
Tarefa Administração de Insulina		Revisão 1237
		No: Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Obter o nível glicêmico dos pacientes dentro dos padrões de normalidade.

Recursos Necessários
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Bandeja (01);
- Frasco de Insulina;
- Seringa de 1cc (01);
- Agulha 13 x 4,5 (01);
- Algodão seco (03 bolas);
- Álcool 70 % (05 ml);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

19. Lavar as mãos;
20. Colocar a máscara e o gorro;
21. Preparar o material necessário em uma bandeja;
22. Aspirar na seringa de 1cc a dosagem certa de acordo com o esquema glicêmico prescrito, identificando com nome, leito, hora e data;
23. Esclarecer ao paciente o procedimento a ser realizado;
24. Calçar as luvas de procedimento;
25. Escolher a área certa para fazer a aplicação subcutânea, respeitar o rodízio;
26. Limpe o local onde será aplicada a insulina com álcool a 70 %, em movimentos circulares;
27. Deixe a pele secar ao ar ambiente;
28. Retire a capa de proteção da agulha;
29. Com sua mão não-dominante, segure a pele ao redor do local de injeção e eleve firmemente o tecido subcutâneo para formar uma dobra adiposa de 2,5 cm;
30. Com sua mão dominante, introduza a agulha de maneira rápida e suave em ângulo de 45° a 90° com a superfície cutânea;
31. Manter a dobra ao injetar a insulina;
32. Retire a agulha com movimento rápido e suave;
33. Não massagear o local que administrou a insulina;
34. Retirar e desprezar as luvas;
35. Checar prescrição médica;
36. Registrar procedimento executado e região que foi aplicada.

Cuidados
- Contra-indicado administrar insulina nas áreas que estejam inflamadas, edemaciadas, marca de nascença ou lesão;
- Cuidado com o manuseio da agulha para não se contaminar;
- Observar a validade, conservação e cor da insulina;
- Administrar insulina conforme esquema glicêmico prescrito;
- Realizar rodízio do local da administração;
- Não agitar o frasco que contém a insulina.

Ações em caso de não conformidade
- Observar a validade do frasco de insulina, caso vencido devolver a farmácia e adquirir outro;

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão 4238 Revisão 2

Tarefa
Administração de Sangue e Hemoderivados.

No: | Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Proporcionar ao paciente a reposição de eventuais perdas sanguínea e de hemoderivados;
- Estabilizar o paciente hemodinamicamente.

Recursos Necessários

- Luvas de procedimento (01 par);
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Equipo com filtro ou equipo para infusão de sangue e hemoderivados (01 para cada);
- Óculos de proteção (01);
- Material para punção de acesso venoso (scalp ou abocath – 01);
- Suporte para soro (01);
- Kit Sinais Vitais - termômetro, estetoscópio, tensiômetro, relógio com ponteiro ou digital (01);
- Álcool 70 % (05 ml);
- Algodão (03 bolas);
- Caneta (01);
- Prescrição médica;
- Prontuário do paciente.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Verificar os sinais vitais antes da transfusão, 15 minutos depois do início e após a conclusão da transfusão;
3. Colocar a máscara e o gorro;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Abrir a embalagem do equipo de administração;
6. Encher o equipo de infusão com um pequeno volume de SF 0,9 %;
7. Retirar o envoltório protetor do recipiente do material a ser infundido e introduza a ponta do equipo no recipiente (bolsa de sangue);
8. Levar o material já preparado até o paciente;
9. Pendurar a bolsa em suporte de soro;
10. Iniciar a infusão lentamente;
11. Manter o suporte de soro o mais elevado possível;
12. Monitorizar a infusão.

Cuidados

- Reconhecer e intervir imediatamente nas complicações;
- É contra-indicada transfusão autológas em pacientes com câncer, coagulopatia, hemólise excessiva ou infecção em atividade;
- Caso o paciente apresente sibilos, dispnéia, rubor ou dor torácica, interrompa a transfusão, troque o tubo e inicie a infusão lenta de SF 0,9 %. Administre O2 por cateter ou máscara de venturi, chame o médico, monitore os sinais vitais do paciente e mantenha sua cabeça elevada;
- Se o paciente apresentar exantema ou febre baixa, envie a bolsa de sangue e o equipo ao banco de sangue, ligue para o laboratório pedindo para repetir a prova cruzada (reação hemofílica, pirogênica, alérgica ou anafilática);
- Monitore os pacientes idosos e cardíacos para sinais de sobrecarga circulatória e insuficiência cardíaca. Diminua a velocidade da transfusão para um nível suficiente para manter a veia pérvia, eleve a cabeceira da cama e administre O2 e avise ao médico;

- Não acrescente medicamentos a bolsa de sangue e nem administre em Y. Administre apenas com SF 0,9 %;
- Caso o paciente desenvolva exantema pruriginoso ou urticária, administre um anti-histamínico, de acordo com a prescrição e reinicie a transfusão quando os sintomas desaparecerem;
- Interromper imediatamente a transfusão, se os sinais vitais do paciente apresentarem variações, se aparecer dispnéia ou inquietude, ou calafrios, hematúria ou dor no flanco ou no dorso. Mantenha o acesso venoso pérvio com SF 0,9 %, enquanto chama um médico e aciona o laboratório;
- Nunca transfunda sangue por mais de 04 horas.

Ações em caso de não conformidade

- Caso a transfusão não seja concluída em 04 horas, suspender a infusão e comunique ao banco de sangue informando a quantidade restante;
- Ao iniciar a transfusão, fique ao lado do paciente e observe sinais de reação transfusional. Se nesse período não surgirem sinais de reação continue a infusão conforme rotinas do hemocentro.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº	
		Emissão	
		Revisão	
Tarefa Cuidados de Enfermagem na Aerosolterapia.		No:	Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Fluidificação das secreções;
- Melhora da expansão pulmonar;
- Alívio do desconforto respiratório.

Recursos Necessários

- Bandeja ou Cuba rim (01);
- Seringa de 5 c ou de 10 cc (01);
- Agulha 40 x 12 (01);
- Fonte de oxigênio ou ar comprimido (conforme prescrição médica);
- Circuito de nebulização (01);
- Soro Fisiológico 0,9 % (10 ml);
- Medicação prescrita;
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material necessário em uma bandeja;
3. Identificar o frasco com o nome das medicações e nome dos pacientes;
4. Abrir ampola de SF 0,9 % e aspirar a quantidade prescrita com a seringa, colocando-a no copo do circuito;
5. Colocar a medicação prescrita no copo do nebulizador juntamente com SF 0,9 %;
6. Explicar o procedimento ao paciente e posicioná-lo, de forma adequada e confortável;
7. Conectar circuito de nebulização na rede de O2 ou ar comprimido;
8. Ajustar o fluxo de oxigênio conforme a prescrição;
9. Acoplar a máscara ao rosto do paciente;
10. Lavar as mãos;
11. Checar a prescrição médica no prontuário;
12. Registrar os gastos e o procedimento executado.

Cuidados

- Testar fontes de O2 ou de ar comprimido, antes de conectar circuito de nebulização
- Trocar o circuito a cada 24 horas;
- Verificar limpeza e estado da embalagem do material antes de abrir;
- Após o uso, guardar em recipiente adequado e identificar.

Ações em caso de não conformidade

- Se durante a inalação o paciente apresentar qualquer tipo de reação, suspender imediatamente o procedimento e comunicar a enfermeira e / ou médico assistente.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº	
		Emissão	
		Revisão	
Tarefa Remoção e Troca de Bolsa de Colostomia.		No:	Data:

SES 4242 FLS PROTOCOLO

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Manter a pele perístoma integra;
- Coleta adequada dos efluentes;
- Ensinar o ostomizado ao autocuidado.

Recursos Necessários
- Luvas de procedimento (01 par);
- Gaze estéril (02 pacotes);
- Sabão neutro (05 ml);
- Toalha macia (01);
- Soro Fisiológico 0,9 % (100 ml);
- Tesoura curva (01);
- Bolsa - adequada para o tipo de ostoma (01);
- Máscara (01);
- Gorro (01)
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)
1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara e o gorro;
3. Preparar material necessário;
4. Informar o paciente sobre o procedimento;
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Abrir o pacote de gaze estéril;
7. Colocar o paciente em posição confortável de modo a facilitar a observação do ostoma;
8. Observar o estoma quanto a:
   Cor: deve ser vermelho – vivo ou rosa – escuro;
   Forma: pode ser regular ou irregular;
   Tamanho: manter o tamanho inicial;
   Protrusão: a extensão de alça intestinal exteriorizada na parede abdominal;
   Umidade: aparência úmida, de aspecto brilhante e presença de muco intestinal;
   Integridade da mucosa: ausência de ulceração, tumorações ou granulomas na superfície do estoma.
9. Deslocar o adesivo microporoso a partir da lingüeta lateral, pressionando a parede abdominal com a outra mão e gaze umidecida com SF 0,9 %, enquanto se desloca o adesivo da pele;
10. Lavar a ostoma e pele perístoma com água e sabão neutro, se possível este procedimento deve ser efetuado pelo o paciente no momento do seu banho (no chuveiro) e enxugar a pele perístoma com toalha macia;
11. Deixar secar;
12. Medir o diâmetro do ostoma com régua que acompanha a bolsa;
13. Recortar do tamanho do ostoma utilizando a régua como molde;
14. Retirar adesivo da placa;
15. Adaptar a bolsa a pele perístoma, de baixo para cima;
16. Retirar o papel adesivo microporoso e certificar-se de que esta bem aderida;
17. Fechar a bolsa na extremidade;
18. Identificar com data, hora e assinar a troca da bolsa;
19. Recolher o material;
20. Retirar as luvas;
21. Lavar as mãos;
22. Anotar as características do ostoma e assinar na prescrição médica.

Cuidados

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Cuidados de Enfermagem na Higiene Oral.

Executante

Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Diminuir quantidade de microorganismo;
- Remover restos alimentares;
- Luvas de procedimento;
- Proporcionar bem estar ao paciente.

Recursos Necessários

- Escova de dente ou espátula envolvida em algodão (01);
- Creme dental ou solução anti-séptica (05 g ou 05 ml);
- Cuba rim (01) e Sonda de aspiração (01);
- Aspirador (01) e Copo com água e toalha (01 de cada).

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Informar o paciente sobre o procedimento;
3. Selecionar o material e deixa-lo em local adequado;
4. Calçar luvas;
5. Posicionar o paciente em posição Semi-Fowler, colocar a toalha cobrindo o pescoço e o tórax;
6. Avaliar a cavidade do paciente para verificar o uso de escova ou espátula;
7. Limpar cavidade oral e língua com o acessório escolhido, e se necessário aspirar;
8. Repetir o processo se necessário;
9. Retirar luvas e lavar as mãos.

Cuidados

- Avaliar o grau de dependência do paciente (orientar, supervisionar ou fazer);
- Avaliar lesões pré-existentes na cavidade bucal;
- Pacientes com prótese dentária retirá-la antes da higienização.

Ações em caso de não conformidade

- Qualquer alteração (lesões, sangramento) comunicar a enfermeira e / ou médico assistente.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

- Recortar a bolsa antes de retirar o papel adesivo, para não grudar na tesoura;
- Cortar a bolsa no tamanho correto, na medida do ostoma, caso o contrário os efluentes entrarão em contato com a pele, causando irritação;
- Evitar a formação de pregas do adesivo no momento da aplicação da bolsa.

Ações em caso de não conformidade

- Caso a pele perístoma esteja irritada, após a limpeza, usar protetores como: placa ou pó de hidrocolóide;
- Comunicar qualquer alteração: mudança da cor da ostoma, tamanho, sangramento, endurecimento da pele perístoma.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº	
		Emissão	
		Revisão	
Tarefa Aferição da Glicemia Capilar.		No:	Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Detectar nível elevado ou reduzido de glicose no sangue a fim de auxiliar no diagnóstico de hiperglicemia ou hipoglicemia para condutas médicas o mais precoce possível.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Cuba rim (01);
- Fita reagente (01);
- Glicosímetro (01);
- Lanceta para punção digital ou agulha 13 x 4,5 (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Algodão (02 bolas);
- Álcool a 70 % (05 ml);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

18. Colocar a máscara e o gorro;
19. Preparar o material necessário e arrumá-lo na cuba rim;
20. Informar ao paciente sobre o procedimento;
21. Colocar o paciente em posição confortável;
22. Lavar as mãos;
23. Calçar as luvas;
24. Ligar o glicosímetro e inserir a fita reagente no mesmo;
25. Escolher o local para perfurar (ponta do dedo, lobo da orelha ou lateral dos pés);
26. Fazer anti-sepsia do local com algodão e álcool a 70 %;
27. Esperar secar ou secar com algodão;
28. Fazer perfuração no local escolhido com a agulha na posição perpendicular a pele, ou furar com a lanceta;
29. Coletar uma gota de sangue satisfatória sobre a área reagente da fita;
30. Comprimir firmemente o local perfurado com algodão até favorecer a hemostasia;
31. Esperar leitura do glicosímetro e memorizar o valor obtido;
32. Retirar e desprezar as luvas;
33. Lavar as mãos;
34. Anotar e assinar na prescrição médica.

Cuidados

- Verificar se o aparelho está calibrado com o mesmo código da fita e a data de validade das fitas reagentes antes de iniciar o procedimento;
- Observar se a gota de sangue preencheu completamente a área reagente da fita;
- Desprezar a lanceta ou agulha no coletor de material perfuro-cortante;
- Fazer rodízio dos locais para as coletas posteriores;
- Evitar locais cianosados ou infiltrados.

Ações em caso de não conformidade

- Caso ocorra erro ou dúvida de leitura do glicosímetro, escolher outro local e repetir o procedimento observando atentamente a técnica;
- Caso os valores encontrados sejam condizentes com hiperglicemia, preparar material para administração do esquema insulínico prescrito ou comunicar médico assistente;

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:		

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão

Tarefa
Coleta de Urina para Urinocultura em pacientes conscientes.

No:	Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- A urina coletada esteja no volume adequado para a realização do exame;
- A urina seja sem contaminação do meio externo ao coletor.

Recursos Necessários
- Luvas de procedimento (02);
- Água;
- Sabão (05 ml);
- Algodão (50 g);
- Coletor de urina estéril - feminino ou masculino quando exame infantil (01);

Atividades (Descrição do Procedimento)
1. Calçar as luvas de procedimento;
2. Realizar higiene íntima no paciente com água e sabão neutro ou solicitar que o mesmo o faça;
3. Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos;
4. Solicitar que despreze o primeiro jato de urina e o restante faça dentro frasco coletor (crianças maiores e adultos);
5. Identificar a amostra e enviar ao laboratório;

Cuidados
- Renovar coletor a cada 30 minutos, identificar o coletor com nome, data e hora da coleta;

Ações em caso de não conformidade
- Se contaminar o material, trocar o coletor e repetir o processo.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Curativo de Ferida ou Deiscência Contaminada.

Executante
Enfermeiro

Resultados esperados
- Limpar leito da ferida ou deiscência;
- Promover cicatrização adequada do tecido;
- Ocluir e controlar infecção.

Recursos Necessários
- Bandeja (01);
- Gaze Acolchoada (01 ou mais dependendo do tamanho e da quantidade de secreção na ferida);
- Espátula (01);
- Agulha – 40 x 12 (01);
- Éter (05 ml);
- Pacote de curativo estéril (01);
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Gaze estéril (02 pacotes ou mais dependendo do tamanho e da quantidade de secreção na ferida);
- Curativo biológico apropriado ao tipo da ferida (01);
- Solução Fisiológica 0,9 % (100 ml ou mais dependendo da ferida);
- Esparadrapo ou Micropore (100 cm ou mais dependendo do tamanho da ferida);
- Biombo (01 ou mais dependendo da localização do leito);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

24. Lavar as mãos;
25. Colocar a máscara e o gorro;
26. Preparar material necessário;
27. Preparar o ambiente (ver privacidade e iluminação adequada);
28. Informar ao paciente sobre o procedimento;
29. Posicionar o paciente adequadamente e expor apenas a área a ser tratada;
30. Calçar luvas de procedimento;
31. Abrir o pacote de curativo e o pacote de gazes utilizando técnica asséptica;
32. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
33. Remover o curativo anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo;
34. Furar o frasco de SF 0,9 % com a agulha 40 x 12;
35. Montar a pinça Kelly® com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9 %;
36. Limpar as bordas, utilizando as duas faces da gaze, no sentindo unidirecional. Repetir a ação;
37. Irrigar o leito da ferida ou deiscência com SF 0,9 % em jato e remover todo o exsudato e tecidos desvitalizados;
38. Secar as bordas no sentido unidirecional;
39. Ocluir a ferida ou deiscência primeiramente utilizando gaze úmida com SF 0,9 % ou curativo biológico, depois cobrir com gazes secas;
40. Fixar o curativo com esparadrapo ou micropore;
41. Assinar e datar sobre o curativo;
42. Deixar o paciente confortável;
43. Desprezar material utilizado em local adequado;
44. Retirar e desprezar as luvas;
45. Lavar as mãos;
46. Anotar características da ferida ou deiscência e assinar na prescrição médica.

Cuidados

▪ Não abrir o frasco de SF 0,9 %, e sim, furá-lo com a agulha 40 x 12 (paciente adulto) ou agulha 13 x 4,5 (paciente criança); ▪ Não limpar o leito da ferida com gaze, somente utilizar SF 0,9 % em jato; ▪ Renovar curativo a cada 24 horas ou quando estiver úmido.
Ações em caso de não conformidade ▪ Se o paciente referir dor durante o curativo, comunicar o médico assistente para analgesia antes do procedimento.
Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Instalação de Monitorização Cardioscópica e Oximetria

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Estabelecer medidas e parâmetros constantemente visíveis

Recursos Necessários
- Monitor com Cabo de cardioscópio e sensor de Oxímetro
- Luvas, Eletrodos descartáveis e Barbeador descartável
- Caneta e Folha de registro

Atividades (Descrição do Procedimento)
- Lavar as mãos e Calçar luvas
- Informar ao paciente o procedimento,
- Posicionar o oxímetro em um quirodáctilo e conferir a leitura no monitor
- Realizar tricotomia no tórax, quando necessária
- Instalar os eletrodos nos espaços descritos a seguir:
- V1 – 4º espaço intercostal, borda esternal D
- V2 – 4º espaço intercostal, borda esternal E
- V3 – diagonalmente entre V2 e V4
- V4 – 5º espaço intercostal, linha hemiclavicular E
- V5 – 5º espaço intercostal, linha axilar anterior E
- V6 – 5º espaço intercostal, linha axilar média E
- Conectar o cabo nos eletrodos já instalados e conferir a leitura no monitor
- Memorizar os valores demonstrados
- Retirar luvas e lavar as mãos
- Anotar e assinar na folha de registro

Cuidados
- Conferir o funcionamento dos equipamentos
- Preservar o adequado uso dos equipamentos

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar à enfermeira ou ao médico se qualquer alteração nos valores do pulso e oximetria capilar

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP nº Emissão Revisão No: Data:

SES 429

Tarefa
Mensuração da Pressão Arterial.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Medidas acuradas (índice de erro menor que 1 %);
- Registro preciso (índice de erro / omissão menor que 1 %).

Recursos Necessários
- Bandeja ou cuba rim (01) e Estetoscópio de adulto (01);
- Esfignomanômetro aferido (01), Caneta (01) e Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)
11. Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
12. Investigar historia HAS, considerando os fatores que alteram;
13. Lavar as mãos e Preparar o material necessário;
14. Colocar o paciente em posição confortável, preferencialmente deitado ou sentado;
15. Expor o braço descoberto em posição supina, colocar o manguito no MSD ou MSE, 1 / 3 acima da flexura, posicionando o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial;
16. Posicionar o 3 ° e 4 ° quirodáctilo sobre a artéria radial, comprimindo-a levemente;
17. Fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito até o pulso desaparecer (valor máximo em mmHg) e Desinsuflar o manguito paulatinamente;
18. Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura, fechar a válvula da pêra e insuflar até 30 valores a mais em mmHg;
19. Desinsuflar o manguito lentamente observando o ponteiro do manômetro e o som dos batimentos, memorizar o valor do primeiro som auscultado (sístole) e o valor onde o som desaparecerá (diástole);
20. Lavar as mãos, Registrar no prontuário, identificando e comunicando as alterações e Assinar e carimbar.

Cuidados
- Observar se o ponteiro do manômetro está no zero ao iniciar;
- Não deixar o manguito insuflado por muito tempo no braço do cliente;

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a enfermeira ou médico qualquer alteração de pressão sistólica ou diastólica e checar no prontuário a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos (correlacioná-lo com os parâmetros encontrados) e administrá-lo quando necessário.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Mensuração da Respiração.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Parâmetros respiratórios e registro preciso.

Recursos Necessários
- Relógio de pulso com ponteiros de segundo ou digital (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

5. Lavar as mãos;
6. Colocar o paciente em posição confortável; se possível mantê-lo em decúbito dorsal para que possa observar a elevação do tórax;
7. Iniciar a contagem dos movimentos inspiratórios observando elevações tóraco-abdominais ou identificando-as com a mão sobre o tórax, simulando a contagem do pulso, em 1 minuto;
8. Registrar e assinar na folha de registro.

Cuidados
- Mensurar a respiração discretamente para evitar simulações;
- Não mensurar a respiração em menos de 60 segundos;
- Avaliar resultados dos parâmetros.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a enfermeira ou médico qualquer alteração de pressão sistólica ou diastólica.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº 563 Emissão 4251 Revisão 2 No: Data:

Tarefa
Mensuração do Pulso Radial.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Medidas e parâmetros precisos;
- Registro preciso.

Recursos Necessários
- Relógio de pulso com ponteiros de segundo ou digital (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)
9. Informar ao paciente sobre o procedimento;
10. Lavar as mãos;
11. Colocar o cliente em posição confortável, apoiando o braço;
12. Localizar a artéria com a ponta dos dedos indicador e médio, fazendo leve pressão;
13. Iniciar a contagem da pulsação em 60 segundos;
14. Lavar as mãos;
15. Registrar no prontuário;
16. Assinar e carimbar.

Cuidados
- Atentar aos fatores que possam alterar o pulso normal como: febre, dor, esforço físico, medicamentos e idade.

Ações em caso de não conformidade
- Comunicar a enfermeira ou médico qualquer alteração acima dos parâmetros de normalidade.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Oxigenoterapia por Cateter Nasal ou Máscara de Venturi.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Prevenção de hipóxia;
- Melhorar padrão metabólico;

Recursos Necessários
- Máscara descartável (01) e Luva de procedimento (01 par);
- Cuba rim ou Bandeja (01) e Umidificador (01);
- Látex estéril (01) e Cateter Nasal ou máscara facial (01);
- Fluxômetro (01), Água Destilada (01 frasco);
- Micropore ou esparadrapo (10 cm), Caneta (01) e Folha de registro (01).

Atividades (Descrição do Procedimento)
1. Lavar as mãos e Colocar a máscara;
2. Preparar material necessário (utilizando cuba rim ou bandeja se necessário);
3. Informar ao paciente sobre o procedimento;
4. Posicionar o paciente adequadamente (Semi-Fowler);
5. Calçar luvas e Instalar fluxômetro na canalização de O2;
6. Colocar Água Destilada até nível indicado no recipiente do umidificador;
7. Montar o sistema e conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro;
8. Em caso de máscara de Venturi instalar o dosador prescrito;
9. Ajustar a máscara ao tamanho próprio para o paciente;
10. Introduzir o cateter nasal na narina de 4 a 6 cm;
11. Fixar o cateter no nariz ou na face com esparadrapo ou micropore;
12. Regular o fluxômetro de acordo com a prescrição médica;
13. Observar o paciente por alguns minutos, Retirar e desprezar as luvas;
14. Lavar as mãos e Anotar e assinar na folha de registro.

Cuidados
- Nunca instalar o O2 para canalização sem umidificação;

Ações em caso de não conformidade
- Qualquer alteração do padrão respiratório: cianose ou confusão mental, comunicar enfermeira;
- Caso o sistema não esteja funcionando adequadamente, trocá-lo.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº 1253 Emissão Revisão 2 No: Data:

Tarefa
Punção Venosa Periférica.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Obtenção e manutenção de um acesso para administração de medicamentos, por via endovenosa;
- Manter permeabilidade venosa e fluxo adequado das infusões;
- Proporcionar uma terapia eficaz e sem danos teciduais.

Recursos Necessários

- Bandeja ou Cuba rim (01);
- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Garrote (01);
- Cateter tipo (*scalp* ou *abocath)*, de acordo com o calibre da veia (01);
- Agulha 40 x 12 (01);
- Extensor – se cateter endovenoso (01);
- Tala acolchoada para mobilização do membro – se necessário (01);
- Seringa de 5 cc (01);
- Água Destilada (AD) ou Solução Fisiológica – SF 0,9 % (01);
- Equipo simples, se necessário (01);
- Esparadrapo ou micropore (30 cm);
- Algodão;
- Álcool 70 % (20 ml);
- Suporte para soro (01);
- Caneta para identificar data, hora, tipo de jelco (01);
- Folha de registro (01).

Atividades (Descrição do Procedimento)

22. Verificar na prescrição médica a finalidade do procedimento;
23. Lavar as mãos;
24. Colocar a máscara e o gorro;
25. Preparar material necessário;
26. Retirar todo o ar do equipo com SF 0,9 % ou preparar uma seringa com SF 0,9 %;
27. Lavar as mãos;
28. Explicar o procedimento ao paciente;
29. Posicionar o paciente, comodamente;
30. Calçar as luvas;
31. Escolher local adequado para inserção do cateter;
32. Aplicar o garrote 5 a 10 cm do local desejado para a inserção;
33. Fazer anti-sepsia da pele com algodão e álcool a 70 %;
34. Secar a região com o algodão;
35. Retirar a proteção do cateter;
36. Inserir lentamente o cateter na veia com o bisel para cima, fazendo um ângulo de 45 graus;
37. Abaixar o cateter ao nível da pele e certificar do posicionamento correto do cateter (utilizar uma seringa com AD ou SF 0,9 %);
38. Observar refluxo sanguíneo;
39. Retirar o garrote e fixar o cateter com esparadrapo ou micropore;
40. Aplicar no local uma etiqueta adesiva indicando o tamanho do cateter, data, hora da inserção e o nome de quem realizou o procedimento;
41. Retirar e desprezar as luvas;
42. Anotar e assinar na folha de registro.

Cuidados

- Ter sempre a mão todo o material necessário, para evitar deslocamentos inúteis;

- No caso de tentativa de punção sem sucesso, é necessário comprimir o local da punção, a fim de evitar alterações, como hematoma;
- A anti-sepsia deve ser debaixo para cima estimulando a tumefação da veia;
- A fixação deve ser segura, porém sem excesso de adesivos, para não prejudicar a visibilidade da área;
- Não manter o membro garroteado durante mais de 2 minutos;
- Evitar "tapinhas" sobre a veia, pois pode lesionar o vaso;
- Observar diariamente se há presença de flebites e se houver renovar imediatamente o scalp ou o jelco e puncionar outro, de preferência em outro membro superior;

SES 1254

Ações em caso de não conformidade

- Nunca reutilizar o cateter;
- Se houver contaminação durante o procedimento desprezar o material;
- Se não houver progressão do cateter na veia, deverá retirá-lo, comprimir o local com algodão e comunicar a enfermeira imediatamente;
- Registrar no prontuário todas as tentativas e as medidas tomadas;
- Fazer tricotomia se o local estiver com difícil visualização;
- Posicionar tala acolchoada no membro se necessário.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão

Tarefa
Realização de Eletrocardiografia (ECG).

No:	Data:

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Registrar a atividade elétrica o coração.

Recursos Necessários

- Aparelho de ECG (01);
- Álcool 70 % (20 ml);
- Gazes (10 unid.);
- Gel (10 g);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Papel toalha;
- Caneta (01);
- Folha de registro (01).

Atividades (Descrição do Procedimento)

25. Lavar as mãos;
26. Calçar as luvas;
27. Informar ao paciente o procedimento se estiver alerta;
28. Colocar o paciente em posição favorável ao procedimento;
29. Preparar o aparelho de ECG;
30. Remover objetos de metal do contato com o paciente;
31. Realizar a limpeza da superfície da pele com álcool e gaze;
32. Distribuir o gel para posicionamento dos eletrodos;
33. Posicionar os eletrodos de extremidade nos membros conforme indicação do fabricante;
34. Posicionar os eletrodos para derivações precordiais nos espaços descritos a seguir:
35. V1 – 4° espaço intercostal, borda esternal D;
36. V2 – 4° espaço intercostal, borda esternal E;
37. V3 – diagonalmente entre V2 e V4;
38. V4 – 5° espaço intercostal, linha hemiclavicular E;
39. V5 – 5° espaço intercostal, linha axilar anterior E;
40. V6 – 5° espaço intercostal, linha axilar média E;
41. Iniciar o aparelho para leitura e registro impresso;
42. Remover os eletrodos após a conclusão da leitura;
43. Remover o excesso de gel da pele do paciente com papel toalha;
44. Retirar luvas e lavar as mãos;
45. Destacar a folha impressa do aparelho e identificá-la;
46. Anexar o exame ao prontuário do paciente;
47. Registrar e assinar o procedimento;
48. Organizar e guardar o aparelho de ECG no seu devido lugar.

Cuidados

- Certificar-se do posicionamento adequado dos eletrodos;
- Evitar existência de interferências durante a impressão do ECG;
- Realizar a limpeza do aparelho após o exame;
- Garantir a guarda adequada do aparelho.

Ações em caso de não conformidade

- Comunicar a enfermeira qualquer dificuldade para a realização do exame;
- Comunicar a enfermeira e ao médico qualquer alteração no traçado do ECG.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

TAREFA:
Conduta na reação transfusional

Executante(s):
Equipe de enfermagem

Resultado esperado:

- Identificar sinais e sintomas que podem estar associados a reações transfusionais
- Interromper imediatamente a infusão de hemocomponentes diante da suspeita de ocorrência de uma reação transfusional e informar ao medico responsável, para adoção de medidas terapêuticas cabíveis
- Registrar a ocorrência de todas as reações transfusionais do hospital (busca ativa)

Recursos Necessários

- Livro de registro de reações transfusionais
- Hemocomponente com a respectiva etiqueta e equipo de transfusão
- Prontuário do paciente
- Medicamentos de urgência.

Descrição da Rotina ou Procedimento:

8. Interromper imediatamente a transfusão ao primeiro sinal de reação;

Obs.: Considerar como possível reação transfusional qualquer queixa ou sinal manifestado pelo paciente durante ou imediatamente após a transfusão.

9. Manter acesso venoso com solução fisiológica a 0,9;
10. Verificar sinais vitais;
11. Comunicar ao médico responsável pelo paciente, Agência Transfusional e à Hemovigilância;
12. Examinar cuidadosamente todas as etiquetas, rótulos e registros, conferindo novamente os dados do paciente com os da unidade de Hemocomponente ou Hemoderivado em uso;
13. Encaminhar bolsa, equipo e etiqueta do hemocomponente suspeito da reação ao Banco de sangue;
14. Registrar no prontuário os sinais e sintomas apresentados pelo paciente durante a transfusão de forma clara e objetiva, anotando horários, numeração das unidades transfundidas, procedimentos assistenciais e medicações administradas.

Cuidados

- Registrar todas as situações que dificultaram seguir as recomendações enumeradas
- Durante a transfusão deve-se ter disponível todo material necessário para atendimento emergencial (oxigênio, ambu, material para entubação, medicações, aspirador, etc.).

Ações em caso de não conformidade

- Em caso de parada cardíaca iniciar manobras de reanimação ou acionar equipe de urgência do Hospital.

Grupo responsável pela elaboração:

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

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

Anexo – POP Conduta na Reação Transfusional

Reações Transfusionais Agudas				
	RHA	**RFNH**	**TRALI**	**Contaminação bacteriana**
Início	Imediato	Durante ou 1hora após	Horas após	Durante ou após
Sinais e Sintomas	Dor, calafrios e febre	Calafrios e febre	Dispnéia, febre e hipotensão	Febre, calafrios e hipotensão
Mecanismo envolvido	Sistema ABO	Ac leucoc citoquina	Ac leucocitário doador	Bactérias
Tratamento	Sintomas hidrata	Sintomático	Suporte resposta sintomas	ATB
Prevenção	Checagem	Produtos leucodepletados	Livre Ac leucocitários	Culturas

	Alérgica	**Anafilática**	**↑ Sobrecarga**	**Hipotensão**
Início	Durante ou após	Durante	Durante ou após	Durante
Sinais e Sintomas	Prurido e urticária	Dispnéia, hipotensão e choque	Dispneia, cianose e edema pulmonar	Hipotensão
Mecanismo envolvido	Ac prot plasmática	Deficiência IgA	HAS e cardiopatia	Filtro ECA
Tratamento	Anti-alérgico	Suporte respiratório	Diurético e suporte respiratório	Líquidos
Prevenção	Componentes sem proteínas plasmáticas	Def de IgA	Aliquotagem > tempo de Transfusão	-
	Hemólise não imune	**Hipotermia**	**Hipercalemia**	**Acidose / Alcalose**
Início	Durante	Durante	Durante	Durante
Sinais e Sintomas	Anemia e febre	Hipotermia	Arritmia cardíaca	Acidose metabólica
Fisiopatologia	Estoque transporte	↓ Temperatura do componente	> Tempo estoque	> Tempo estoque

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Administração de medicamentos.

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados
- Administrar seguramente todos os medicamentos prescritos respeitando a técnica asséptica com menor risco ao paciente.

Recursos Necessários
- bandeja;
- seringa;
- agulha;
- gaze
- álcool 70%
- EPI (máscara, gorro, luvas);
- caneta
- prescrição médica;
- medicação.

Atividades (Descrição do Procedimento)

15. Colocar máscaras e gorro;
16. Lavar as mãos;
17. Calçar luvas;
18. Reunir todos os medicamentos e materiais necessário no deposito de plástico identificado com o nome, leito e prontuário do paciente;
19. Sempre conferir: paciente correto, dose correta, medicamento correto, nº. de prontuário correto, horário correto, via correta.
20. Conferência feita com a prescrição
21. Tempo de infusão das drogas
22. Alergias
23. Destacar medicações de risco em uso
24. informa ao paciente e/ ou acompanhante sobre o procedimento;
25. posicionar o paciente adequadamente;
26. administrar medicação;
27. retirar as luvas e lavar as mãos;
28. registrar o procedimento na prescrição;.

Cuidados
- uso de EPI;
- chegar os 5C'S;
- separar os materiais de uso individual

Ações em caso de não conformidade
- Registrar e comunicar ocorrência ao médico.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Nº Emissão Revisão No: Data:

Tarefa
Lavagem Gástrica

Executante
Equipe de Enfermagem

Resultados esperados

- Redução ou abolição de resíduos gástricos.

Recursos Necessários

- Máscara (01);
- Gorro (01);
- Luvas de procedimento (01 par);
- Soro Fisiológico 0,9 % 500ml;
- Seringa de 20 cc ou 10 cc (01);
- Coletor (01);
- Cuba rim (01);
- Caneta (01);
- Prescrição médica.

Atividades (Descrição do Procedimento)

1. Lavar as mãos;
2. Colocar a máscara, gorro e luvas de procedimentos;
3. Preparar material necessário;
4. Injetar lentamente o soro fisiológico pela sonda nasogástrica;
5. Aspirar, lentamente, a mesma quantidade que foi injetada, observando característica da secreção que está refluindo;
6. Aspirar SF 0,9 % de 05 a 10 ml por vez, dependendo do peso;
7. Repetir o procedimento caso seja necessário;
8. Deixar a sonda aberta com coletor e observar registro geral;
9. Lavar as mãos;
10. Anotar e assinar na prescrição médica.

Cuidados

- Não injetar grande quantidade de soro fisiológico de uma só vez principalmente em crianças;
- Aspirar todo conteúdo;
- Observar características do registro geral.

Ações em caso de não conformidade

- Caso o procedimento não seja satisfatório, repeti-lo.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 4260

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

MANUAL DE NORMAS TECNICA E PROCEDIMENTO EM ENFERMAGEM

SES
4261

APRESENTAÇÃO
PREFACIO
1. DEVERES DO VISITANTE
2. PROIBICÕES AOS VISITANTES
3. COMPETENCIA DO RESPONSAVEL TECNICO
4. ROTINA DO AXILIAR E TECNICO DE ENFERMAGEM UCUIDADOS BASICOS
5. ROTINA DE SERVIÇOS SETOR ENFERMAGEM DIUNO DO HGG
6. ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM NOTURNO DO HGG
7. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMAGEM
7.1 LAVAGEM DAS MÃOS
7.2CONTROLE DE SINAIS VITAIS
7.2.1 TEMPERATURA
7.2.2RESPIRAÇÃO
7.2.3 PULSO
7.2.4 PRESSAO ARTERIAL
8 HIGIENE E CONFORTO
8.1 HIGIENE ORAL
8.2 BANHO DE LEITO
8.3 HIGIENE DO COURO CABELUDO
8.4HIGIENE INTIMA
8. PREVENÇÃO DE ULCERA DE PRESSAÕ
9 CURATIVOS
10RETIRADA DE PONTOS
11 TRICOTOMIAS
11 PRINCIPIOS BASICOS DO PREPARO E ADMINISTRAÇAO DE MEDICAMENTOS
12 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDIVAMENTOS
13 VIAS DE ADMINISTRAÇÃO
13.1 VIA ORAL
13.2 VIA PARENTERAL
13.3VIA INTRADERMICA
13.4 VIA SUBCUTANEA
13.5 VIA INTRAMUSCULAR
13.6 VIA ENDOVENOSA
14 PREPARO DE MEDIVAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO PARENTERAL
15 OXIGENIOTERAPIA
15.1 CATETER NASAL
15.2 NEBULIZAÇÃO

15.3INALAÇÃO
15.4TENDA
16 LAVAGEM INTESTINAL
16.1 FEET ENEMA
17 SONDAGEM VESICAL DE DEMORA
17.1 PROCEDIMENTO DE SONDAGEM VESICAL MASCULINA
15.2 PROCEDIMENTO DE SONDAGEM VESICAL FEMININA
15.3 SONDAGEM VISICAL DE ALIVIO
17 ADMINISTRAÇÃO DE DIETA / MEDICAÇÃO POR SONDA
18 ARUMAÇÃO DE CAMA ABERTA
19 ARUMAÇÃO DE CAMA COM PACIENTE OPERADO
TECNICAS ASSÉPTICAS
LIMPEZA DIARIA OU CONCORRENTE OU DESINFECÇÃO CONCORRENTE
16 LAVAGEM DAS ALMOTOLIAS
LIMPEZA GERAL OU TERMINAL
PRATICAS DE ASSEPSIA MEDICA
ACONDICIONAMENTO DE LIXO
CRIAÇÃO DE UM CAMPO ESTERIL E ACRESCIMO DE ITENS ESTERILIZADOS AO CAMPO
ABERTURA DE UM CAMPO ESTERILIZADO MANUSEIO DE MATERIAL ESTERILIZADO
EMPACOTAMENTO DE MATERIAS
SONDA NASO GASTRICA
TECNICAS
21 LAVAGEM E DESINFECÇÃO DE COMADRES E PAPAGAIOS
22 VERIFICAÇÃO DE DESRTOTICX
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
MENSURAÇÃO DE PRESSAÃO ARTERIAL
CARACTERISTICAS DE UM CURATIVO BEM FEITO
RETRADA DE PONTOS
ATADURAS
COLETA DE URINA PARA EXAMES
COLETA DE FEZES
LIMP
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OSTOMIAS
TECNICA DE LIMPEZA DE BOLSA DRENAVEL
TECNICA DE LIMPEZA DE BOLSA DE DUAS PEÇAS
PASSAGEM DE PLANTÃO
RECEBIMENTO DE PLANTÂO
CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE

APRESENTAÇÃO

Este manual de técnicas e procedimentos básicos em enfermagem tem por objetivo:

- Fornecer um roteiro de trabalho para que os elementos da equipe de enfermagem possam prestar uma assistência com segurança ,agilidade e respeito aos princípios científicos;
- Prevenir ou diminuir a infecção hospitalar ou respeitar as técnicas asséptica;
- Evitar erros e acidentes provocados por falta de atenção, de conhecimento ou imperícia ;
- Proporcionar conforto e segurança ao paciente ;
- Economizar material , tempo e esforço ;

Para racionalizar e melhorar a prestação do cuidado ao paciente , a enfermagem deve estar atenta a quatro princípios fundamentais :

1. paciente : considerá–lo dentro do seu contexto biopsico- espiritual, orienta-lo antes de qualquer procedimento e, quando necessário, determinar prioridades no atendimento,observar sinais e sintomas, promover condições de privacidade e segurança , colocá –lo em posição confortável ,mas compatível , para uma melhor execução do procedimento;
2. ambiente :mantê - lo limpo , em ordem , arejado , em ordem ,iluminado , sem odor forte ou desagradável , sem ruídos desnecessários ;
3. procedimento : adaptá–lo á realidade , lavar as mãos antes de depois do ´procedimento , selecionar e organizar o material necessário , respeitara seqüência e os princípios científicos da técnica , observar o tempo gasto na execução e, deixar o paciente confortável e providenciar a limpeza e ordem do material e ambiente :
4. anotação de enfermagem : anotar todos os cuidados prestados e observações feitas;
5. profissional : trabalhar mantendo uma postura correta , agir com segurança e rapidez , transmitir confiança , executar o trabalho com atenção , cumprir as normas da ética profissional , apresentar – se de forma discreta , com adequada higiene pessoal , unhas curtas e limpas .

01 DEVERES DO VISITANTE

- Respeitar as norms e rotinas da instituição
- Apresentar se no horário estabelecido
- Retirar se no horário estabelecido

02 PROIBIÇOES AOS VISITANTES

- Trazer doces , balas , cigarros , medicamentos para pacientes
- Fumar nas dependências da instituição
- Envolver com ssuntos alheios , conduta medica , procedimentos de enfermagem ou constitucional
- Sentar nas camas dos pacientes
- Utilizar aparelho telefônico da instituição
- Deixar qualquer material ou medicamento de uso domiciliar que seja junto ao paciente sem a aprovação da coodenação

03 COMPETENCIA DO RESPONSAVEL TECNICO DO HGG

- Coordenar as atividades de enfermagem
- Supervisionar e orientar as atividades de enfermagem
- Elaborar noemas gerais e procedimentos de enfermagem
- Diagnosticar a situação dos serviços de enfermagem quanto a demanda e atendimento aos pacientes
- Formular normas e rotinas para curativos e cuidados básicos de prevenção de doenças
- Estabelecer requisitos mínimos para o exercício das funções de enfermagem
- Avaliar normas e rotinas para assegurar a eficaciana prestação de serviços de enfermagem
- Desempenhar outras funções afins
- Determinar atribuições do pessoal de enfermagem
- Aplicar normas de bio segurança
- Identificar os determinantes e condicionadores do processo saúde doença
- Promover prevenção de doenças e fraturas
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente
- Inteirar se das medicações e material existente na instituição
- Cumprir normas de prevenção , de condutas em exposição ocupacional a material biológico, ou qualquer outro agente químico e físico que ofereça perigo a saúde dos pacientes e funcionários
- Elaborar programa de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde (pgrss) segundo determinação da vigilância de saúde municipal
-

1. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMAGEM – ROTINA DO TECNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO HGG

- Receber do colega os pacientes do setor , tomando conhecimento das ocorrências .
- Fazer leitura do livro de plantão ou relatório geral .
- Obedecer a escala diária de leitos .

- Fazer anotações claras e legíveis de todos os cuidados prestados e de todas as observações feitas , assinado no fina as mesmas .
- Cumprir rotinas estabelecidas .
- Atender sempre as chamadas dos pacientes .
- O enfermeiro noturno de 1 em 1 hora repassar todos os leitos
- Higiene oral e corporal
- Mudança de decúbito
- Prevenção e tratamento de ulcera de pressão
- Lavagem intestinal
- Aspiração oral e traqueal
- Verificação de sinais vitais (na rotina , na admissão ,nopré e pos operatório alem da assistência em parada cardio respiratoria) .
- Tricotomias
- Preparo de medicamentos
- Preparo para exames específicos
- Instalação de O2 com cateter nasal
- Coleta para exames
- Fornecimentos de comadres e patinhos e encaminhamento dos mesmos para higienização
- Obervaçao e registro do aspecto das eliminações
- Auxilio nas pequenas cirurgias – traqueostomia epunçao veia profunda
- Auxilio ao paciente em todas as funções que ele não consegue executar sozinho , tais como :comer, locomover ,comunicar se ,banho etc
- Conservar todo o material da unidade
- Comunicar o RT a falta de qualquer material ou medicação e as intercorrencias
- Participar de cursos , trabalhos e pesquisas relizadas na instituiçao .
- Em serviço noturno obedecer as escalas de descanso
- Participar de reunioes com a chefia sempre que for possível
- Verificar prescrições e anotações dirias
- Fazer a burocracia pertinente as admissões , óbito ,altas e transferência
- Observar e orientar os pacientes sobre exames a serem feitos .
- Controlar gastos de material de consumo e medicamentos
- Orientar ,supervisionar e participar de :prevenção de ulceras troca de curativos ,preparo medicações e administração
- Assistência a parada cardio respiratória
- Manter o material sempre limpos e no local determinados , após o uso
- Supervisionar , orientar e preparar o material para ser esterilizado
- Acompanhar o fisioterapeuta, madico ou qualquer outro profissional em cuidados e técnicas especiais , aproveitando para o aprimoramento de técnicas

- Colaborar na avaliação das normas e rotinas
- Avaliar e coordenar as atividades e o desempenho da equipe auxuliar (higienistas).
- Fazer controle dos psicotrópicos
- Fazer curativos
- Estar a par de todos os acontecimentos do plantão
- Levar ao conhecimento da chefia todos os acontecimentos do plantão relacionados a pacientes , funcionários ,aparelhos e materiais
- Inteirar se das medicações e materiais existentes na instituição
- Quando óbito ,preparar o corpo e anotar causa mortis

ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM DO HGG

PLANTAO DIURNO

- 7.00 horas , troca de plantão
- 7.15 horas , café da manhã do enfermeiro
- 7.15 a 7.30 horas , preparo de medicação
- 7.30 horas servir café para pacientes que estão no refeitório e servir aqueles que o café é servido na cama e aqueles que necessitem de assistência , preparar e servir dietas especiais
- 8.00 horas inicio dos banhos dos acamados e todos aqueles que precisem de assistência – higiene oral e corporal (creme hidratante após banho)
- saidas para consultas ou exames quando necessário
- banho de sol por 30 minutos logo em seguida o termino do banho do paciente (não ultrapassar o tempo de permanência no sol)
- administrar medicação
- 10.00 horas hidratação ; água ou suco ou chá para todos os idosos deambulantes ou não (é obrigatório que todos os pacientes tenham esta primeira ingesta de água , usar psicologia e jeito especial para convencer os senis e esquisofrenicos .
- curativos
- 11.00 horas conduzir idosos para refeitório
- a 12.00 horas servir almoço e dietas especiais , dar na boca daqueles que não conseguem comer sozinhos , oferecer água e fazer higiene oral , troca de fraldas antes de deitar pacientes de cadeira de rodas
- medicação pertinemte a este horário
- 12.30 a 13.30 horio almoço do enfermeiro (se intercorrencias o horário de almoço do enfermeiro acaba ou as vezes nem tem)
- 13.30 momento de oração sala da coordenação
- a partir das 13.30 : cuidados com barba (caso não foram feitas durante o banho), unhas,

e cabelos

- verificar sinais vitais pertencentes a cada plantão e fazer as devidas anotações
- curativos
- circular com freqüência nos quartos , corredores , refeitorioe banheiros
- levar pacientes ao banheiro quando solicitado
- fazer triagem constante de todos e fornecer informação para medico e fisioterapeuta
- fazer higienizaçao e desinfecção do materal de curativos , embalagem ,datar e assinar (para esteilização durante plantão noturno)
- fazer higienização dos kits de banho e repor material nosmesmos
- 14.00 horas troca de fraldas e levantar pacientes de cadeira de rodas e conduzi los para refeitorio
- 15.00 horas servir lanche da tarde e administrar medicação
- nos dias da visita do medico : auxiliá lo nas avaliações com uma triagem prévia , ver receitas especiais etec
- 15.30 lanche do enfermeiro (não deve ultrapassar 15 minutos
- saídas para consultas ou exames
- hiegienizar , empacotar etiquetar e assinar material de curativos
- 16.00 hidratação para todos os idosos , acamados ,deambulantes e de cadeira de rodas
- verificar e repor medicamentos nos escaninhos - nunca deixar medicação acabar por completo , antes disso anotar no caderno próprio para esse fim e passar para a coodenadoria providenciar a compra dos mesmos
- desinfecção e reposição de material nos kits de banho
- daidas para consultas ou exames conforme agendamento
- triagem diária de todas as intercorrencias para o responsável técnico , inclusive se este não estiver no hoariro de seu plantão ligar parasua residência ou celular se ocorrência grave ou se qualquer duvida quanto ao quadro clinico do paciente
- qualquer ocorrência de queda ou emergência acionar imediatamente a MEDLAR
- verificar se paciente de cadeira de rodas estão confortáveis e se preciso fazer mudança de decúbito da cadeira de rodas para o sofá etc
- levar paciente ao banheiro e fazer trocas de fraldas quando necessario
- 17:00 conduzir todos para o jantar
- 17:00 AS 17:30 servir o jantar e dietas especiais
- oferecer água e fazer higiene oral antes de levar pacientes pra a cama
- 18:00 conduzir pacientes para a cama
- troca de fraldas
- medicação
- pegar roupas na rouparia e distribuir para o banho do dia seguinte ,
- 18:30fazer relatório

SES
4268

- 19:00 passagem de plantão

ROTINA DE SERVIÇO SETOR ENFERMAGEM DO HGG

PLANTAO NOTURNO

- 19:00horas recebimento do plantão
- 19:30 preparar a medicação
- 20:00 administrar medicação
- 20:30 preparar e servir lanche e dietas especiais
- fazer oração antes do lanche
- lavar utensílios e talheres usados no lanche
- 21:00 horas oferecer água após ceia;
- aferir pressão dos hipertensos ou monitoramento requerido de casos especiais
- 23:00 fazer trocas de fraldas
- 24:00 horas medicação se houver e troca de fraldas
- 1:00as 2:00 horas descanso do enfermeiro
- a cada 15 dias , verificar vencimentos de medicações de doação , fazer etiquetas(com nome do paciente,nome do medicamento e posologia) e colar nas caixas devidamente encapadas(segundo recomendação da vigilância. sanitária)
- circular a cada 01 hora nos quartos , corredores e banheiros , observando e atendendo as necessidades dos pacientes;
- fazer trocas de fraldas quando necessário;
- 4:30 horas inicio de banhos pré estabelecidos em pacientes
- entregar roupas para o banho matinal(reter roupas de pacientes que requeiram supervisão do plantão diurno
- verificar agenda : se tiver consultas ou saidas para exames as 7:00dar banho no paciente e deixá –lo arrumado ; independente da escala de banhos do plantão noturno ;
- 6:00 horas preparar medicação
- fazer estilização do material de curativo previamente empacotado e etiquetado pelo plantão diurno
- 6:30horas administrar medicaçao
- Terminar o relatório
- qualquer intercorrencia ou queda de pacientes acionar a MEDLAR
- 7:00 passagem de plantão

7 TECNICAS DE CUIDADOS BASICOS EM ENFERMAGEM

LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos devem ser lavadas antes e depois de todo e qualquer procedimento . E a lavagem

0345

das mãos o cuidado que evita infecção cruzada , ou seja , a veiculação de micro organismos de um paciente para o outro ; de um paciente para o profissional ; de utensílios permanentes para o profissional ou para o paciente (camas ,telefone , etc .)

A lavagem das mãos tem por finalidade :

- Diminuir o numero de microrganismos;
- Eliminar sujidades ,substancias tóxicas , e medicamentos ;
- Evitar dissiminaçaõ de doenças ;
- Proteger a saude do profissional .

TECNICA

Material :

- Sabão de preferência liquido e toalha de papel .
- Abrir a torneira ;
- Molhar as mãos ;
- Passar o sabão
- Friccionar bem ;passar as mãos ensaboadas na torneira
- Conservá la aberta
- Proceder assim :
- Palma com palma ; palma com dorso ; dorso na palma (incuso os dedos) ; ponta dos dedos s em concha e vise versa ;polegares ; costas das mãos ; unhas .
- Enxaguar ;
- Com a maoo em concha , jogar água na tornerira;
- pegar papel toalha ;
- secar as mãos ;
- com o papael fechar a torneira.

7.2CONTROLE DE SINAIS VITAIS

7.2.**1 Temperatura**

a temperatura corporal é o equilíbrio entre a produção e perda de calor do organismo ,mediado , pelo centro termo regulador . pode ser verificada na região axilar , inguinal , bucal ou retal .

a axilar e a mais fidedigna e o seu valor varia no adulto entre 36 e 37,8 ºc .

Terminologia básica:

- febre ou pirexia ; aumento patológico da temperatura corporal ;
- hipertemia ou hiperpirexia ; ellevaçao da temperatura do corpo ou de uma parte do corpo acima do valor normal ;
- hipotermia ou hipopirexia : dedução da temperatura do corpo ou de uma parte do corpo abaixo do valor normal:

722. temperatura axilar:

- lavar as mãos :
- explicar para o paciente o que vqi ser feito :
- fazer desinfecção do termômetro com algodão e álcool a 70 %e certificar que a coluna de mercurio está abaixo de 35 °c;
- enxugar a axila do paciente com a roupa do pacinte (a umidade abaixa a temperatura da pele, não dando a temperatura real);
- colocar o termômetro com vreservatorio de mercúrio no côncavo da aaxila,não em contato direto coma pele;
- pedir ao paciente para comprimiir o bralo de encontro ao corpo ;
- após 5 minuto retirar o termômetro , ler e anotar a temperatura ;
- faxer a desinfecção do termômetro em algodão embebido em álcool e sacudi lo suidadosamenteem movimentos circulares ate que a coluna de mercúrio volte abaixo de 35 °c :
- lavar as mãos:

Contra indicaçao :furunculose pessoas muito magras ou fracas .

7.2.3 temperatura inguinal :o método é o mesmo variando o local :o termômetro é colocadod na região inguinal ;

- é mais comumente usado em crianças (manter a coxa flexionada sobre o abdomem .

Temperatura Bucal :

- lavar as mãos ;
- explicar ao paciente o que será feito ;
- colocar o termômetro sob a língua do paciente , recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechadapoe 7 minutos ;
- retirar o termômetro limpar com algodão embebido em álcool e anotara temperatura , escrevendo a letra B para indicar local onde foi verificado ;
- fazer o mercúrio descer e lavar com água e sabão ;
- não verificar temperatira bucal de paciente senil , em delírio ou esquisofrenico , inconsciente ou que tenha feridas na boca ;
- é contra indicado verificação de temperatura bucal após ingrsta de alimentos gelados oou quentes :
- o termômetro deve ser individual ;

Temperatura Retal:

- lavar as mãos ;

SES
4271
FLS

- caçar as luvas ;
- colocar o paciente em decúbito lateral :
- lubrificar o termômetro corn vaselina ou óleo e introduzir 2cm pelo reto ;
- retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura ;
- desinfettar o termômetro com algodão embebido em acoola 70 %
- fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão
- retirar as luvas ;
- lavar as mãos;
- anotar a leitura feita com umR na frente para indicar o local verificado;

8 Pulso

É a onda de expansão e contração das artérias , resultantes dos batimentos cardíacos . na palpaçao do pulso , verifica se freqüência , ritmo e tensão . O numero de pulsações normais no adulto é de aproximadamente 60 a 80 batimentospor minutos .

As artérias mais comumente usadas são : radial , carótida , temporal ,femural , poplítea ,pediosa .

Terminologia básica :

- Taquicardia ou taquisfigmia : pulso acima da faixa normal (acelerado);
- Bradicardia ou bradisfigmia ; pulso abaixo da faixa normal (freqüência cardíaca baixa) ;
- Puldo filiforme , fraco , débil : termos que indicam redução da força ou volume do pulso periférico .
- Pulso irregular : s intervalos entre os batimentos são irregulares ;
- Pulso dicrotico : dá aimpressao de 2 batimentos .

Técnica :

- Lavar as mãos ;
- Explicar ao paciente o que será feito ;
- Manter o paciente confortável deitado ou sentado , o braço apoiado na cama ou colo ou mesa e coma palma da mão voltada para baixo ;
- Colocar os dedos indicador e anular sobre a artéria , fazendo leve pressão , suficiente para sentir a pulsaçao ;
- Procurar sentir bem opulso antes de começar a contagem;
- Contar os batimentos durante 01 minuto ;
- Anotar no papel;
- Lavar as mãos;
- Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a pulsação do paciente;
- Aquecer as mãos para verificar o pulso;
- Não fazer pressão sobre a artéria, pois isso pode impedir de sentir os batimentos do

01743

pulso.

Respiração

E o ato de inspirar e expirar promovendo a troca de gazes entre o organismo e o ambiente.

A freqüência respiratória normal do adulto oscila entre 16 a 20 respirações por minuto. Em geral, a proporção entre freqüência respiratória e ritmo de pulso é, aproximadamente de 1:4. Ex. R: 20 / P: 80.

Terminologia básica:

- Taquipnéia ou polipneia: aumento da respiração acima do normal;
- Bradipneia: diminuição do numero de movimentos respiratórios;
- Ortopnéia: respiração facilitada em posição vertical;
- Respiração ruidosa; estertorosa: respiração com ruídos semelhantes à cachoeira;
- Respiração laboriosa: respiração difícil envolve músculos acessórios;
- Respiração sibilante; com sons que assemelham a assovios;
- Respiração de Cheyne –Stokes : respiração em ciclos , que aumenta e diminui, com períodos de apnéia;
- Respiração de Kussmaul; inspiração profunda, seguida de apnéia e expiração suspirante. Característica de acidose metabólica (diabética) e coma .
- Dispnéia: dor ou dificuldade de respirar (falta de ar).

Técnica

- Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante um minuto;
- Anotar; lavar as mãos;
- Não permitir que o paciente fale;
- Não contar a respiração logo após esforços do paciente.

Pressão arterial

E a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. A pressão (PA) depende da força de contração do coração, da quantidade de sangue circulante e da resistência dos vasos.

Ao medir a PA consideramos a pressão máxima ou sistólica, que resulta da contração dos ventrículos para ejetar o sangue nas grandes artérias; e a pressão mais baixa ou diastólica, que ocorre assim que o coração relaxa.

A pulsação ventricular ocorre em intervalos regulares;

A PA é medida em mmHg;
Difícil definir exatamente definir o que é pressão arterial normal. Fatores constitutivos e ambientais interferem na PA. Aumenta com a idade e é considerada normal para o adulto entre 130/80, 130/70, 120/80, 120/70.

Terminologia básica:

Hipertensão: PA acima da média (mais de 150/90)
Hipotensão: PA inferior a média (menos de 100/60)
PA convergente: quando a sistólica e a diastólica se aproxima (120/100)
PA divergente: quando a sistólica e diastólica se afastam (120/40)

Técnica:

- Explicar ao paciente sobre o cuidado a ser executado;
- Lavar as mãos;
- Manter o paciente deitado ou sentado, com o braço apoiado ao nível do coração;
- Deixar o braço descoberto, evitando compressão;
- Colocar o manguito 2 cm acima da prega do cotovelo (fossa cubital) prendendo-o sem apertar demasiado ou muito frouxo;
- Não deixar as borrachas se cruzarem pois produzem ruídos;
- Colocar o marcador de modo que fique bem visível;
- Localizar com os dedos a artéria braquial na dobra do cotovelo;
- Colocar o estetoscópio no ouvido (curvatura voltada para frente) e o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial;
- Palpar o pulso radial;
- Fechar a válvula de ar e insuflar rapidamente o manguito ate o desaparecimento do pulso radial (pressão sistólica);
- Deve ser inflado 20 a 30mmHg acima do ponto de desaparecimento do pulso radial;
- Apoiar o diafragma do estetoscópio e abrir a válvula vagarosamente;
- Observar no manômetro o ponto em que são ouvidos os primeiros batimentos ou sons de Korotkoff (pressão sistolica);
- Observar o ponto em que o som foi ouvido por ultimo ou sofreu uma mudança nítida (pressão diastolica), desaparecimento dos sons de Korotkoff;
  Retirar todo ar do manguito removê-lo e deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar os valores;
- Colocar o material em ordem, limpar as olivas auriculares com algodão embebido em álcool.

8– HIGIENE E CONFORTO

Higiene é todo o cuidado ou pratica que promovam a saúde através da limpeza pessoal .Inclui: banho, higiene oral ,dos cabelos, limpeza das unhas e sistema tegumentar (pele ,cabelos, unhas e mucosas).

CONFORTO

Proporcionar conforto é uma das funções primordiais da enfermagem .

O paciente deve ser atendido como pessoa humana, isto é ,levar em consideração os vários problemas que ele apresenta , afim de proporcionar –lhe melhores cuidados .

Desconforto pode ser psicológico,espiritual ou físico .

Como causas de desconforto psicológico , podemos citar :

- Saudades da família;colidao ;
- Preocupações financeiras;
- Mudança dos hábitos ,como restrição da liberdade;
- Falta de atençoão da equipe medica e enfermagem;
- Receio de sua não reabilitação ;
- Medo do diagnostico , da dor, do desconhecido ;
- Exposição do próprio corpo;

Para diminuir essa situação é importante :

- Conhecer o paciente pelo nome , apresentá-lo nominalmente á equipe de enfermagem , usar crachá para que ele saiba identificar nominalmente o pessoal que o atende , conversar com ele ,esclarecê-lo , orientá-lo, encorajá-lo,saber de seus problemas .
- Ser discreta com relação a sua moléstia ;
- Respeitar a sua individualidade;
- Procurar ao maximo ,satisfazer suanecessidadee promover passatempos;
- Não expor o paciente mais que o necessário ;
- Avaliar rotinas pré – estabelecidas, visando o bem estar do paciente ;
- Desconforto espiritual e sentido por muitos pacientes;pela dificuldade de ir a igreja e pela falta de isolamento para fazer suas orações ;

8.1 CUIDADOS HIGIENICOS

Apele sadia e integra é a primeira barreira contra infecção e a lesão de tecido subjacentes.

O banho e os cuidadosde higiene pessoal, são hábitos importantes em todas as culturas.Quando um individuo está doente ,ele muitas vezes depende dos outros para ajudá – lo em sua higiene pessoal já que não pode realizar sozinho .Logicamente isso ameaça o amor próprio . Precisar de alguém para cuidar de sua higiene é constrangedor ea maioria das pessoas encara o fato como embaraçoso . Freqüentemente o paciente hesita em ajuda e saua angustia Poe ter que pedir soma –se ao sofrimento físico . Toda essa situação pode se reverter se o auxilio se antecipar as necessidades do paciente , ajudando – o de forma positiva e completa .
A pessoa doente apresenta uma diminuição da resistência a infecçao ; conseqüentemente a resistencia de baccterias patogênicas em seu ambiente constitui um risco constante a infecçao . o fato de mantê lo sempre limpo livres de produtos de excreção e secreção ,eliminam muitas substancias nas quais essas bactérias se reproduzem . alem disso as medidas de higiene ajudam o paciente a sentir-se confortavel e relaxado.

8.1 .2– Higiene Oral (Boca e Dentes)

A higiene oral é um fator essencial para manutenção e prevenção do aparecimento de infecção na boca. A higiene oral compreende : limpesa dos dentes ,gengivas ,bochechas ,língua e lábios.

A higiene oral deve ser feita:

- Pela Manhã
- Após as refeições e/ou quando necessário.

Finalidades:

- Limpeza e conservação dos dentes.
- Prevenir estomatite e outras infecções.
- Combater a infecção já instalada.
- Dar conforto e bem estar ao paciente.

Tecnica:

Em pacientes conscientes:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário colocando-o sobre a mesa de cabeceira;
- Bandeja contendo: cuba-rim, copo com água, escova de dentes, pasta dental, canudinho e recipiente para colocar material usado;
- Avisar ao paciente o que vai fazer;
- Elevar a cabeceira da cama ;
- Proteger a roupa de cama e a roupa do paciente ;
- Oferecer a escova de dentes contendo pasta dental ;

- Orientar o paciente para fazer a limpeza da língua ;
- Escovar os dentes ,caso seja necessário
- Oferecer água para o paciente enxaguar a boca ; oferecer a cuba rim para recolher a água;
- Usar canudinho para água quando o paciente não puder levantar;
- Lavar e guardar a escova no lugar apropriado;
- Enxugar o rosto do paciente com a toalha de rosto ;
- Deixar o paciente confortável r local arrumado;
- Lavar e guardar material usado
- Lavar as mãos;

Em pacientes inconscientes :

- Preparar o material , colocar sobre a mesa de cabeceira : bandeja contendo : cuba rim, copo com solução antisseptica bucal , pacote com gazes , recipiente com espátula de madeira , recepiente com palitos recobertos com gazes recipiente para material usado, (aspirador e sonda de aspirar caso a instituição os possua ;
- Usar toalha para proteger a roupa de cama e a roupa do paciente ;
- Colocar paciente em posição fowler , quando possível ;
- Adaptar cuba rim no queixo do paciente ;
- Usar abaixador de língua para abrir a boca do paciente para aspirar , caso não tenha aspirador ,usar gazes embebidas em solução antisséptica;
- Desprezar material usado em local próprio;
- Lavar os lábios e bochechas do paciente; manter gaze umidecida sobre os lábios , caso estejam ressecados;
- Enxugar o rosto do paciente usando toalha de rosto;
- Deixar o paciente confortavel e lavar o material;
- Lavar as mãos .

Cuidados com dentaduras :

E da responsabilidade da enfermagema manutenção das dentaduras , zelando paraque para que não se extraviem ou se quebrem durante estado do paciente ou se retirada para exames ;

Quando o paciente não tem condições de cuida-las :

- Retirar com o auxilio de uma gaze e com cuidado para não machucar as gengivas;
- Limpá-las e quardá-las em papel toalh identificado ate que o paciente possa recoloca-las;
- Usar de assepisia e técnicas já descritas para a limpeza diária de dentaduras

Técnica para lavagem dos cabelos:

Material:

- Um cobertor, balde ,um protetor plástico de lençol, jarra com água aquecida, sampoo/ condicionador, luvas de procedimento, uma toalha, duas bolas de algodão para proteger ouvidos e pente ;

Técnica ;

- Enrole o cobertor com plástico ,formando um U, deixando que as pontas repousem no balde ;
- Coloque q cabeça do paciente confortavelmente nesta estrutura
- Ajuste o recipiente de lavagem de modo que a água se afaste da cabeça do paciente ,colocando a tubulação de drenagem no balde .
- Coloque uma toalha dobrada do lado oposto do balde para facilitar a drenagem.
- Coloque os tampões nos ouvidos do paciente.
- Molhe os cabelos e ensaboe.
- Enxágüe, passe o condicionador e enxágüe novamente.
- Seque os cabelos e pintei-os.
- Reúna o material , deixando o ambiente organizado.

Higiene corporal

Higiene+ pratica que prmovem a saúde através da limpeza pessoal . Inclui banho, higiene oral ,higiene dos cabelos , limpeza de unhas .

BANHO

- Evitar correntes de ar, para que o paciente não resfrie;
- Observar a temperatura da água
- Evitar sabão no rosto, devido a alergias ,prestar atenção se a pele não esta ficando hiperemiada;
- Secar bem as dobras do paciente ,evitando assaduras
- Lave primeiro as partes limpas e depois as contaminadas
- Comunique se com o paciente e de orientações informais
- Realizae exame fisico.

TIPOS DE BANHO:

1. Aspersão = chuveiro / cadeira de banho
2. Banho de leito

1 Banho de aspersão sem ajuda :

- Reunir o material
- Colocar cadeira no banheiro;
- Observar se o banheiro esta limpo ;
- Pedir para não trancar a porta;
- Orientar sobre o registro de água ;
- Trocar o leito;

Banho de aspersão com ajuda:

- Levar o paciente na cadeira de banho ;

SES 4278 Fls 2

- Auxiliá-lo ou dar o banho ;

2 Banho de leito :

material :

Kit de banho contendo : luvas de banho , algodão ,gaze ou pedaço de pano , luvas de procedimeento, frasco com alccol , glicerinado e vaselina , toalhas de banho e de rosto, jarro , bacias, balde , comadre . saco plástico para lixo, material para higiene oral, roupas de cama , roupas de vestir .

Técnica :

- Conversar com o paciente sobre o que será feito;
- Preparar o ambiente : desocupar a mesa de cabeceira, colocar a cadeira aos pe da cama (se não tiver mesa de cabeceira), fechar a porta ou reazer o biombo e o pamper;
- Lavar as mãos
- Organizar o material , colocando o perto do paciente ;
- Soltar a roupa do leito , começando do lado mais distante ;
- Colocar as luvas;
- Lavar o rosto e fazer higiene oral;
- Despir o paciente sem expor,
- Colocar a toalha de banho sobre o torax , descer o lençol em leque ate a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha ;
- Lavar e enxugar o membro superior mais distante, depois o mais próximo, iniciando sempre pela extremidade distal;
- Oferecer bacia com água e pedir para o cliente que lave as mãos ;
- Pedir o cliente para colocar os braços sobre o travesseiro : lavar e enxugar as axilas;
- Lavar e enxugar o torax ,usar benjoim nas partes suscetíveis a escaras (proeminências osseas) e naqueles que usam fraldas ;
- Fazer massagens com álcool gilcerinado na base dos seios ,principalmente nos obesos
- Lavar e enxugar o abdomem
- Colocar a tolha nas pernas , começar pela mais distante ,iniciando pelo pés e terminado na região inguinal;
- Virar paciente em decúbito lateral
- Colocar a toalha sob as costas e abaixar o lençol;lavar e secar o troncoe as nádegas;
- Colocar as roupas de cama;
- Virar o cliente em decubito dorsal
- Colocar a toalha de banho ea comdre forrada sob região glutea ;
- Dar o material para paciente fazer lavagem externa ou se necessário fazê-la, incluindo a região suprapubiana;
- Retirar a comadre ea toalha ;
- Vestir o paciente;

SES 4279 8

- Retirar as luvas ;
- Fazer o leito;
- Pentear o cabelo, forrando o travesseiro com a tolha de rosto;
- Deixar o paciente confortavel e o embiente em ordem;
- Lavar as mãos ;

Tricotomia e tonsura

Facilitar o acesso cirúrgico e permitir a fixação de curativos e sondas sem tracionar os pelos ;

Tricotomia : raspagens dos pelos

Tonsura :cortar os pelos com tesoura

Tipos de tricotomia:

Funções : higiene e aumento da auto estima . Quando o paciente consegue fazer a tricotomia ,fornecer o material.

Quando não consegue , fazer por ele esticando a pele e raspando no sentido do pelo : cuidado com áreas sensíveis

Tricotomia pernas ,axilas ,e pelos da face :

Hábitos femininos _ manter durante internação

- Uso de cremes depilatórios ou pinças
- Tricotomia cirúrgica: não faz parte de nossa rotina
- Evitar : lesar a pele ,anpotar quando e olocal onde ocorreu ;nunc raspar sombrancelas ;
- Cremes depiltorios não lesam ,podem dar alergias
- Fazer um teste em uma área pequena ; usar em pacientes agitados e cortar pelos longos antes de iniciar a depilação

Material :

- Bandeja contendo :cuba rim ,recipiente com água,luvas de procedimento, aparelho de barbear novo ,asbao liquido ,saco plástico paralixo , papel toalha,gazeou pano para proteger a cama, biombo , lâmpada auxiliar etc

Método :

- Explicar ao paciente o que vai ser feito ;
- Perparar o ambiente;
- Lavar as mãos ;trzer material para junto do cliente ;
- Prender o saco plástico em local de fácil acesso;
- Descobrir a área aser tricotomizada;
- Calçar as luvas ;
- Com auxilio de gazes passar o sabão no local
- Esticar a pele com a maoa não dominante e com cuidado raspar os pelosem direção ao seu crescimento ;
- Sempre tirar excesso de pelos do aparelho de barbear;
- Lavar e enxugar o paciente ou encaminhá-lo para o banho;

- Limpeza e ordem do material e ambiente; desprezar a gilete em recipiente para material perfuro cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos ;
- Fazer as anotações de enfermagem;

HIGIENE INTIMA

Cuidados na higiene masculina:o homem deve ser diariamente lavar os orgaos genitais com agua e sabão . uma limpeza cuidadosa das dobras prepuciais não provoca a mínima irritação .

Higiene dos órgãos genitais femininos :devem ser lavados com toda minúcia e atençao redobrada,pois, as partes genitais femonina são sede de glândulas sudoríparas e odoripas ; o prepúcio do clitóris segrega como do homem , um sebo que facilmente se ramifica e exala mau cheiro .a vagina segrega uma umidade de cheiro acido que , quando muito abundante , suja a roupa ea pele , como a uretra desemboca em um lugar oculto , restos de urina permanecem ai retidos , podendo difundir então o cheiro acre de urina decomposta.

Técnica para higiene intima feminina :

Material :

- Balde , jarra , paccote de gazes, comadre , toalha de banho, sabão liquido , degermante,luvas para procedimento, hamper , pinça auxiliar (cheron),biombo , forroe saco plástico .

TECNICA

- Lavar as mãos ;
- Explicar procedimento ao paciente ;
- Reunir material e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou próximo ao paciente ;
- Calçar as luvas ;
- Trazer o hamper próximo ao leito ;
- Proteger a unidade com biombo ou fechar a porta ;
- Colocar o paciente em posição genicológica , procurando expo-lo o mínimo possível
- Colocar o forro sobre o saco plastico , colocando –os sobre a região glútea ;
- Colocar a comadre sob a região glútea do paciente , com a ajuda da mesma;
- Irrigar o monte pubiano e vulva com água , despejando –a suavelmente com o auxilio da jarra;
- Despejar pequena poção de sabão liquido sodré o monte pubiano ;
- Ensaboar a região pubiana com a pinça montada em gaze , de cima parabaixo sem atingir o anus , despresando a gaze , após cada movimentovulva- anus ;
- Afastar os grandes lábios e lavá-los no sentido Antero –posterior , primeiro de um lado e depois de outro ;
- Lavar por ultimo a região anal ;

4282

- Retirar a comadre ,
- Enxugar a região lavada com tolha de banho ou com o forro que esta sob a região glútea do paciente,
- Posicionar o prepúcio ;
- Colocar o paciente em posição de conforto ;
- Desprezar as roupas no hamper;
- Lavar a comadre no banheiro , juntamente com o balbe e jarra e guardá-los ;
- Retirar as luvas ;
- Lavar as mãos e anotar o procedimento
- Anotar no prontuário
- O,B.S. se houver secreção purulenta na região uretral , limpá-la com gaze antes de proceder a limpeza com água e sabão;

8.5 PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

ulcera de pressão ou ulcera por compresão ou ulcera de decúbito , refer-se a uma lesão tissular específica ,ocasionada porum dano no suprimento sanguineo . costumam aparecer sobre proeminências ósseas :região inferior da espinha (cóccix)na pelve posterior e nos quadris , alem dos cotovelos , calcanhares escápulas , orelhas, e parte posterior da cabeça.

Estágios :

I- hiperemia
II- hiperemia, ruptura não profunda da pele
III- abertura pouco profunda que atinge o tecido subcutâneo
IV- o tecido está profundamente ulcerado , com músculos e ossos expostos .

fatores de riscos para o surgimento de úlceras de pressão :

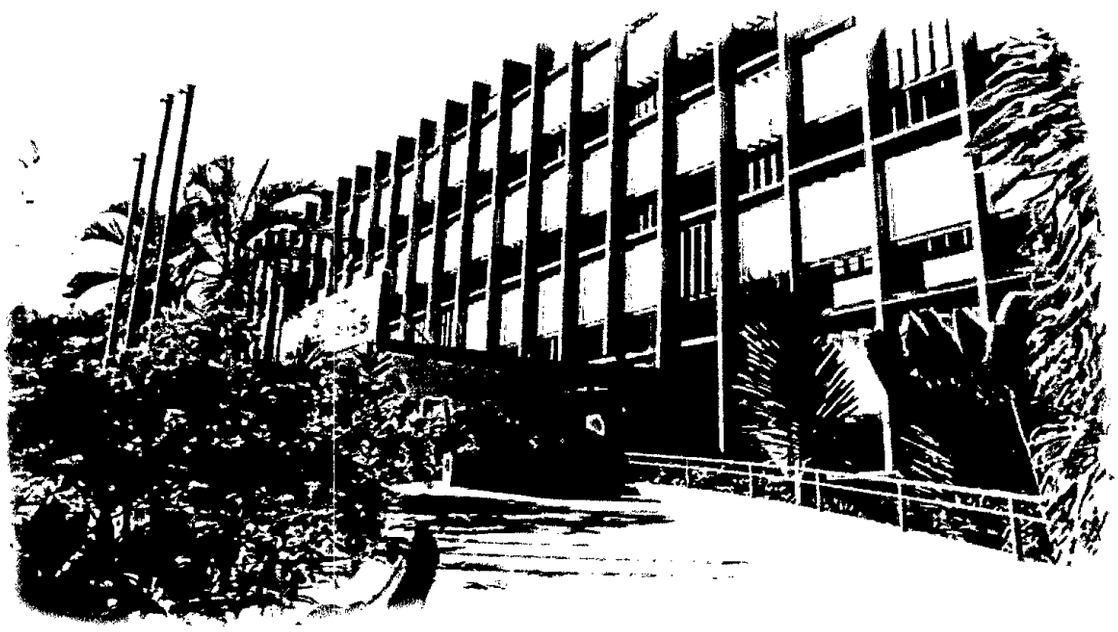
- inatividade,
- imobilizaçao;
- desnutrição;
- emagrecimento;
- sudorese;
- incontinência ;
- doença vascular;
- edema localizado;
- desidratação;
- sedação;

Prevenção de úlcera de pressão :

- mudar o paciente de posição a intervalos de 1ou 2 horas;
- evitar o uso de travesseiros cobertos de plasticoao posicionar o paciente;

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme
Chamamento Público n.° 005/2011



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

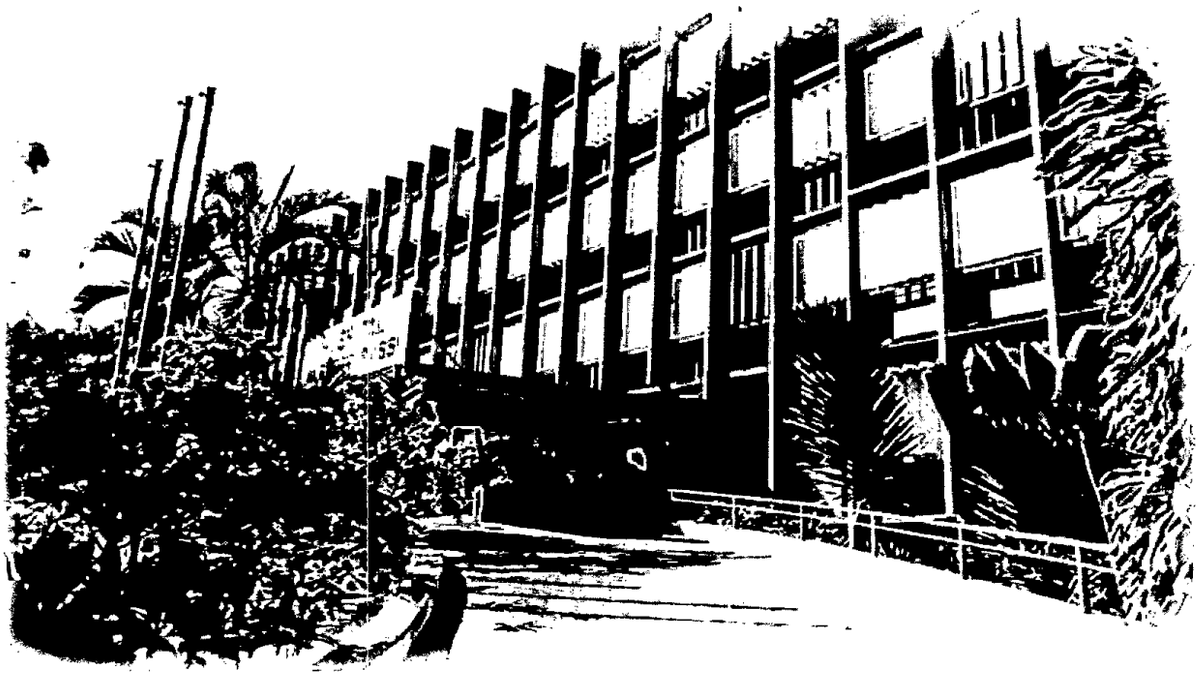
Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4284
8
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

NORMAS E ROTINAS DE SERVIÇO SOCIAL

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

Atribuições do Serviço Social

- Obter uma visão integral do sujeito, favorecendo a compreensão do processo saúde-doença que é determinado socialmente através das implicações sociais, econômicas e culturais;
- Fortalecer a humanização e qualificação da assistência à saúde;
- Otimizar a comunicação entre pacientes, equipe e família através de reuniões realizadas semanalmente com pacientes que irão iniciar tratamento de radioterapia e quimioterapia;
- Desenvolver atividades/projetos que visem a promoção e atenção à saúde;
- Desenvolver atividades que propiciem a discussão com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania.

Horário de funcionamento da área/serviço

- 7h às 19h de segunda a sexta-feira em dois turnos de 6h (6 as 13h e 13 as 19h)

Equipe de Trabalho

- 01 Assistente Social por turno de trabalho

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP	
		Emissão	4286
		Revisão	1
Realizar visitas aos pacientes internados na Enfermaria adulto do SUS		No:	Data:

Executante
Assistente Social e Estagiária

Resultados esperados
- Paciente e cuidador devidamente orientado sobre seus direitos previdenciários, bem como normas e rotinas do HC-ICC.

Recursos Necessários
- Prancheta e caneta;
- Lista de pacientes internados na data da visita;
- Formulário de acompanhamento social;

Atividades (Descrição da Rotina ou Procedimento)
-Dirigir-se até o leito onde está internado o paciente;
-apresentar-se e expor os motivos da visita;
-Dialogar com o paciente e seu acompanhante seguindo o roteiro do formulário de acompanhamento social, enquanto o mesmo está internado;
-Ouvir as demandas apresentadas pelo paciente e acompanhante;
-Esclarecer dúvidas que o paciente e seu acompanhante têm sobre os serviços oferecidos pelo hospital; bem como orientação sobre as normas e rotinas da instituição;
- Orientar e/ou esclarecer dúvidas sobre os direitos previdenciários;
- Verificar alta hospitalar dos pacientes;
- Contactar com o município, solicitando carro para retorno do paciente, caso o paciente seja do interior do estado,
- Viabilizar ambulância para remoção ao domicílio, caso o paciente não disponha de transporte;
- Colocar-se à disposição do paciente e acompanhante, para maiores esclarecimentos pós alta-hospitalar. Podendo incluive, procurar o ambulatório do Serviço Social posteriormente.
- Despedir-se do paciente;

Cuidados
-Usar linguagem clara e objetiva;
- Tratar o paciente pelo nome;
-No caso de impossibilidade de visitar todos os pacientes internados, priorizar aqueles que apresentam problemática passada pela equipe de saúde;
- Em caso de alta dos pacientes do interior que deverão permanecer para realização de curativos, ou retornos médicos breves, viabilizar vaga na casa vida;

Ações em caso de não conformidade
-Se o paciente não receber a visita enquanto internado, orientar para que compareça ao Setor de Serviço Social, após alta para esclarecimentos de dúvidas;

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SEC 4287

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Emissão Revisão Nº: Data:
Realizar visitas aos pacientes da Pediatria		

Executante
Assistente social e estagiária

Resultados esperados
- Cuidador devidamente orientado sobre os direitos previdenciários do paciente, bem como normas e rotinas do hospital.

Recursos Necessários
- Prancheta e caneta;
- Lista de pacientes internados na data da visita;
- Formulário de avaliação social;
- Formulário de acompanhamento social;

Atividades (Descrição da Rotina ou Procedimento)
-Dirigir-se até o leito onde está internado o paciente;
-Apresentar-se ao paciente e seu cuidador expondo o motivo de sua visita;
-Dialogar com cuidador, seguindo o roteiro do formulário de avaliação social;
-Preencher ficha de acompanhamento social nas visitas subseqüentes;
-ouvir as demandas apresentadas pelo cuidador;
- Orientar e/ou esclarecer dúvidas sobre os direitos previdenciários;
-Esclarecer dúvidas que o cuidador tenha sobre os serviços oferecidos pelo hospital, bem como orientação sobre as normas e rotinas da instituição;
-Verificar se o paciente teve alta hospitalar:
- Contactar com o município, solicitando o carro, para retorno caso o paciente seja do interior do estado;
- Viabilizar transporte para remoção ao domicílio, caso não disponha e transporte;
- - Colocar-se à disposição do cuidador para maiores esclarecimentos após alta hospitalar, em caso de alguma dúvida, procurar o ambulatório de Serviço Social;
-Despedir-se do paciente;

Cuidados
-No caso de impossibilidade visitar todos os pacientes internados, priorizar aqueles que apresentam problemática passada pela equipe de saúde;
-Usar linguagem clara e objetiva;
- Tratar o paciente pelo nome

Ações em caso de não conformidade
-Se o paciente e acompanhante não receberem visita enquanto internados, orientar para que compareçam ao setor de Serviço Social, após alta para esclarecimentos de dúvidas;

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Emissão 4290 Revisão
Viabilização de vale-transportes		Nº: Data:

Executante
Assistente Social e estagiária

Resultados esperados
-Paciente ter garantido recurso de vale-transporte para a realização de seu tratamento

Recursos Necessários
- vale-transportes;
- caneta;
- ficha de controle de atendimento;
- Ficha de avaliação social;
- Cartão do paciente;

Atividades (Descrição da Rotina ou Procedimento)
- Solicitar o cartão do hospital ao paciente ou cuidador;
- Realizar avaliação social dos pacientes procurando diagnosticar a real necessidade
- Orientar paciente ou familiar, que os vales são destinados apenas aos pacientes,
- Preencher ficha de controle de ajuda de vale-transportes, colocando o nome do paciente, data, tratamento, endereço e numero de vales fornecidos naquele dia;

Cuidados
-Verificar se o paciente tem prontuário no Hospital
-verificar a idade do paciente;

Ações em caso de não conformidade
-No caso do paciente ser idoso, ou deficiente físico ou mental, orientar como adquirir o passe livre para idoso ou deficiente.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Emissão 4291 Revisão Nº: Data:
Encaminhamento para aquisição de órtese e prótese externa e bolsa de colostomia		

Executante Assistente Social
Resultados esperados - Recebimento do benefício de acordo com a solicitação médica num espaço de tempo satisfatório.
Recursos Necessários - Solicitação médica; - Folha informativa indicando o local, endereço, telefone e documentação necessária dos órgãos competentes; - Caneta;
Atividades (Descrição da Rotina ou Procedimento) - Receber o paciente no ambulatório de Serviço social - Verificar se a paciente já dispõe de encaminhamento médico; - Informar o endereço bem como o horário de atendimento, local, endereço, telefone e documentação necessária; -Colocar-se a disposição do paciente para esclarecimentos posteriores -Despedir-se do paciente;
Cuidados - Certificar se o paciente possui prontuário no Hospital - Certificar se o paciente possui encaminhamento do médico;
Ações em caso de não conformidade - Caso o paciente procure o ambulatório do Serviço Social, sem a solicitação médica, orientar o mesmo a procurar o seu médico para conseguir a solicitação.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP Emissão 4292 Revisão 2 Nº: Data:
Encaminhamento de pacientes ao TFD-(Tratamento Fora do Domicílio)		

Executante
Assistente Social

Resultados esperados
- Pacientes com possibilidade de continuar seu tratamento em outros centros de saúde, no caso específico em locais que fazem transplante de medula óssea.

Recursos Necessários
-Solicitação médica indicando tratamento fora do domicílio;
-Papel;
- Caneta;

Atividades (Descrição da Rotina ou Procedimento)
-Receber paciente ou cuidador no ambulatório de Serviço Social;
-Esclarecer sobre a ajuda que é dada pelo governo, às pessoas que irão fazer tratamento em outros estados (passagem de ida e volta de avião e ajuda monetária em torno de um salário mínimo);
- Indicar o local, endereço e horário, e a pessoa a ser procurada na Secretaria de Saúde do Estado
-Perguntar se o paciente ou cuidador tem alguma dúvida;
-Colocar-se a disposição para ajuda-los no que for necessário;
-Despedir-se do paciente ou cuidador;

Cuidados
-Verificar se o paciente está com a solicitação médica de tratamento fora do domicílio, em caso de não ter essa solicitação orientar o paciente sobre necessidade deste encaminhamento;

Ações em caso de não conformidade
- Em caso do paciente ser encaminhado ao Serviço Social pela equipe médica, se o mesmo ou o cuidador não aparecer, o Serviço Social deverá contactar com o mesmo, para serem repassadas as orientações necessárias;

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO RIBEIRO BAHIANA	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP
		Emissão SES
		Revisão 4 2 9
Encaminhar pacientes para viabilização de CPF junto à Receita Federal		Nº: Data: 2

Executante
Assistente social e estagiária

Resultados esperados
- Pacientes e cuidadores devidamente orientados para adquirir o CPF em tempo hábil, e iniciar seus tratamentos.

Recursos Necessários
- Encaminhamento médico;
- Encaminhamento do Serviço Social;
- Caneta

Atividades (Descrição da Rotina ou Procedimento)
- Receber o paciente ou cuidador na sala do ambulatório do Serviço social;
- Solicitar o encaminhamento médico no qual especifica a necessidade do CPF para a realização de tratamento especializado no Hospital
- Entregar encaminhamento do Serviço social, devidamente assinado e carimbado.
- Orientar o paciente ou cuidador a comparecer a Receita Federal com os documentos necessários para ser viabilizado o CPF.

Cuidados
- Verificar se o paciente ou cuidador está com o encaminhamento médico, devidamente assinado e carimbado;
- Certificar se o paciente já possui a documentação exigida para a retirada do CPF;

Ações em caso de não conformidade
-Caso não esteja com a solicitação médica orientá-lo a conseguir este encaminhamento junto às recepções, depois retornar ao setor de Serviço social;
- Caso o paciente não possua a documentação exigida, orientá-lo que viabilize os documentos necessários, para só então procurar a Receita Federal.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO RIBEIRO BAHIANA	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP
		Emissão
		Revisão
Incluir pacientes na rota da ambulância		Nº: Data:

Executante
Assistente social e estagiária

Resultados esperados
- Paciente ter garantido transporte para realização de seu tratamento no hospital.

Recursos Necessários
- Encaminhamento médico para inclusão na rota;
- Cartão do paciente;
- Lista de pacientes do transporte,
- Caneta;
- Ficha de controle de freqüência de ambulância

Atividades (Descrição da Rotina ou Procedimento)
- Receber o paciente ou cuidador no ambulatório do Serviço social;
- Solicitar o cartão do paciente;
- Solicitar encaminhamento médico;
- Realizar avaliação social procurando diagnosticar a necessidade de transporte;
- Contactar o motorista para a vaga na ambulância;
- Anotar na lista de controle de pacientes:nome, endereço, telefone, nome do cuidador, e tratamento;
- Orientar como funciona a rota, e solicitar que o paciente ou cuidador compareça ao serviço social diariamente para assinar freqüência da ambulância, e avisar em caso de alta do paciente.
- Encaminhar o cuidador para procurar o motorista a fim de combinar com o motorista o horário para retorno ao domicílio;
- Despedir-se do paciente ou cuidador;

Cuidados
- Verificar o horário do tratamento do paciente;
- Verificar se o paciente é acamado;

Ações em caso de não conformidade
-Caso de inexistência de vaga, incluir o paciente na lista de espera, procurando priorizar de acordo com a necessidade do mesmo;
- Em caso de problema mecânico no transporte do hospital, entrar em contato como paciente ou cuidador, para que os mesmos possam viabilizar um outro transporte, para a vinda do paciente ao hospital, e com isso o mesmo não faltar seu tratamento;

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO RIBEIRO BAHIANA	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	POP 4295
		Emissão 2
Tarefa **Captação do paciente em abandono de tratamento**		Revisão
		No: / Data:

Executante
Assistente Social

Resultados esperados

- Resgate do paciente para a continuidade do tratamento

Recursos Necessários

- Encaminhamento
- Prontuário do paciente
- Telefone

Atividades (Descrição do Procedimento)

- Receber o encaminhamento
- Analisar a situações do paciente previamente pelo Prontuário]
- Contactar o paciente por telefone
- Checar motivos de abandono do tratamento
- Registrar intervenção no prontuário
- Dar retorno ao encaminhante sobre resultado do contato

Cuidados

- Utilizar-se de todos os meios de contato para encontrar o paciente

Ações em caso de não conformidade

- Se ocorrido óbito, avisar ao médico e ao SAME

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

MODELO DE DOCUMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE CPF DE PACIENTE A RECEITA FEDERAL

SES
4296

Goiânia, GO de de _____

Ofício – _____

Assunto: Cadastramento de CPF

Sr. _____ (Delegado)

Tendo em vista a exigência do Ministério da Saúde do número do CPF, de pacientes que necessitam de tratamento e medicação, solicitamos que seja realizada a inscrição do paciente cujos documentos seguem em anexo.

Paciente do Sistema único de Saúde (SUS).

Documentos anexos:

Laudo médico
Documento do paciente com filiação
Título Eleitoral
Endereço completo

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4297
9

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, conforme **Chamamento Público nº 005/2011.**



PROPOSTA TÉCNICA

ITEM TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE DE FISIOTERAPIA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

Pág.

Introdução..... 03

Área de Abrangência do Serviço..... 03

Horários de Funcionamento..... 03

Atribuições do Fisioterapeuta 04

Formas de Averiguação das Necessidades do Serviço 05

Orientações aos pacientes..... 06

INTRODUÇÃO

SES 4299

Os documentos Padrões de Prática e as Normas de Boas Práticas das Unidades deFisioterapia, foram concebidos para se complementarem. Algumas destas Normas referem a necessidade de existirem políticas ou sistemas específicos, sendo da responsabilidade da organização a sua concretização. Mas, é da responsabilidade da Unidade a conformidade de quaisquer Padrões de Prática que se relacionem com os sistemas ou políticas locais.

Os fisioterapeutas gestores de Unidades de Fisioterapia deverão interpretar as normas usando os seus conhecimentos e avaliando se as suas unidades estão em conformidade com as mesmas. A utilização de instrumentos de auditoria torna este processo mais formal.

Tal como nos Padrões de Prática, o termo "Fisioterapeuta" é usado em todo o documento como um termo abrangente, que inclui fisioterapeutas e alunos de fisioterapia. O termo "utente " abrange utilizadores, prestadores de cuidados informais e pessoas que falam em nome dos utentes.

ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO

- Ambulatórios
- U.T.I.
- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica

Horário de Funcionamento

- 7 as 17h, segunda a sexta-feria

Princípios éticos

Os Fisioterapeutas regem-se pelos princípios éticos do CREFITO

ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO

SES 4309

- Assegura o cumprimento da legislação;
- Assegura o cumprimento da regulação profissional - CREFITO
- Assegura a coerência dos serviços prestados com a missão, metas objetivos da Unidade;
- Assegura que os serviços são prestados de acordo com as políticas e
- procedimentos estabelecidos;
- É responsável pela revisão e atualização das políticas e procedimentos estabelecidos;
- Providencia a preparação do pessoal auxiliar de forma a assegurar o bom desempenho das suas tarefas;
- Promove treino contínuo em questões de segurança;
- Promove inspeções periódicas de segurança do equipamento, por pessoal qualificado

FORMAS DE AVERIGUAÇÃO DE RESULTADOS DO SERVIÇO

- Avaliação de resultados clínicos.
- Reclamações.
- Incidentes clínicos adversos.
- Relatório de acidentes.
- Tempos de espera para a marcação de consulta em fisioterapia.
- Tempos de espera para início da intervenção na unidade de fisioterapia.
- Não comparência ou absenteísmo
- Relatórios para quem refere os utentes.
- Nota de alta/transferência.
- Prestação de educação clínica

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SES
0702

É facultada a informação aos utentes em tempo útil a fim de lhes permitir uma participação total nos seus cuidados.

São facultados aos usuários detalhes sobre os serviços disponíveis.

São facultadas informações sobre detalhes do contacto inicial.

Orientação: por exemplo, num paciente em regime ambulatório, poder-se-á incluir informação acerca do lugar onde estacionar (ou como chegar à UF), o que deve vestir, quais as expectativas, etc. Os pacientes podem desejar saber se o contacto inicial, será sobretudo uma avaliação.

Os USUÁRIOS terão acesso às informações necessárias sobre:

a) acesso aos serviços;
b) como apresentar uma reclamação;
c) consentimento para a intervenção;
d) acesso ao processo clínico;
e) incidentes relacionados com os cuidados clínicos;
g) opções de transporte;
h) política seguida em caso de não comparência;
f) planejamento de alta;
i) transferência para outros serviços.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4307
8

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

Pág.

1 INTRODUÇÃO..... 02

2 NORMAS..... 03

3 PROTOCOLO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA PORTA DE ENTRADA DO HGG 05

1 INTRODUÇÃO

Esta proposta indica as instruções para faturamento de procedimentos SUS no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, o que direcionará a atuação dos profissionais faturistas.

2 ATRIBUIÇÕES DE FATURAMENTO

I - coordenar e efetuar o faturamento dos procedimentos de saúde junto ao SUS, conforme cronograma;

II - interagir com os organismos estaduais e federais para constantes atualizações dos procedimentos;

III - emitir relatórios gerenciais e estatísticos ao chefe do setor acerca dos faturamentos a cada período de 30 dias;

IV - articular com a assessoria de contabilidade para realização de conciliações entre o faturamento e o recebimento dos procedimentos.

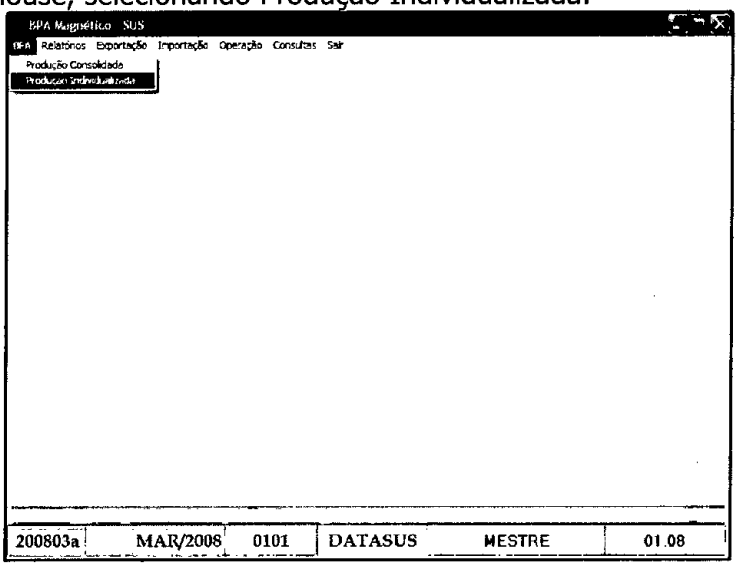
SES
4306

3 INSTRUÇÕES PARA FATURAMENTO SUS

Procedimentos Ambulatoriais

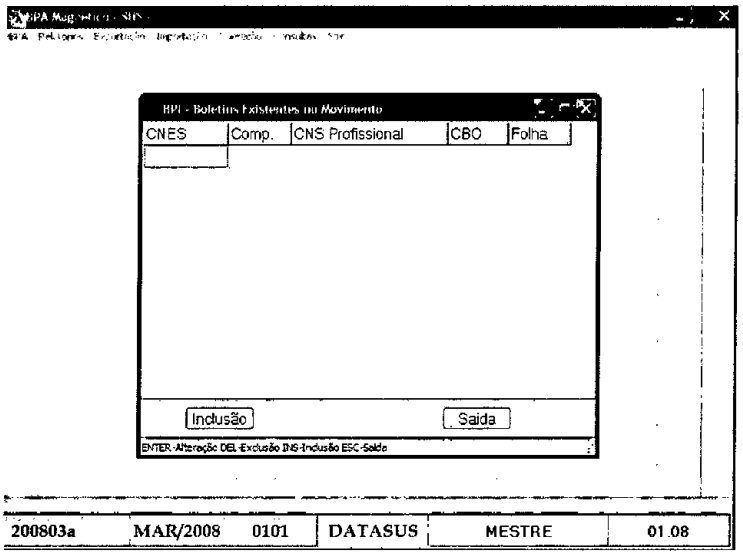
- Para iniciar o Faturamento siga as seguintes orientações:

Tela 01
Clique com o mouse, selecionando Produção Individualizada.



O Modulo BPA – Produção é dividido em Consolidado e Individualizado, selecione a opção Produção Individualizada e clique com o mouse, em seguida surgirá a tela seguinte:

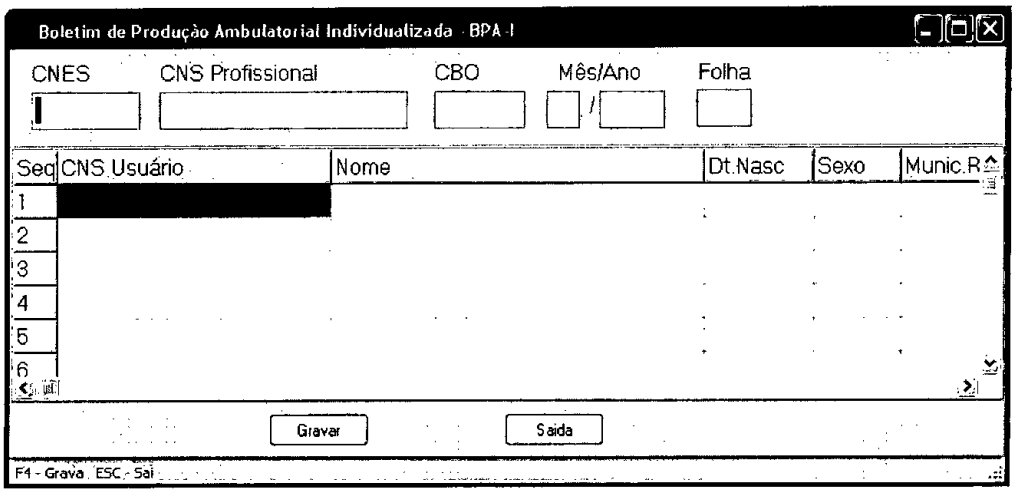
Tela 02



Clique com o mouse para incluir produção

Assim como no BPA Consolidado, o Individualizado pode ser Incluído, alterado ou excluído.

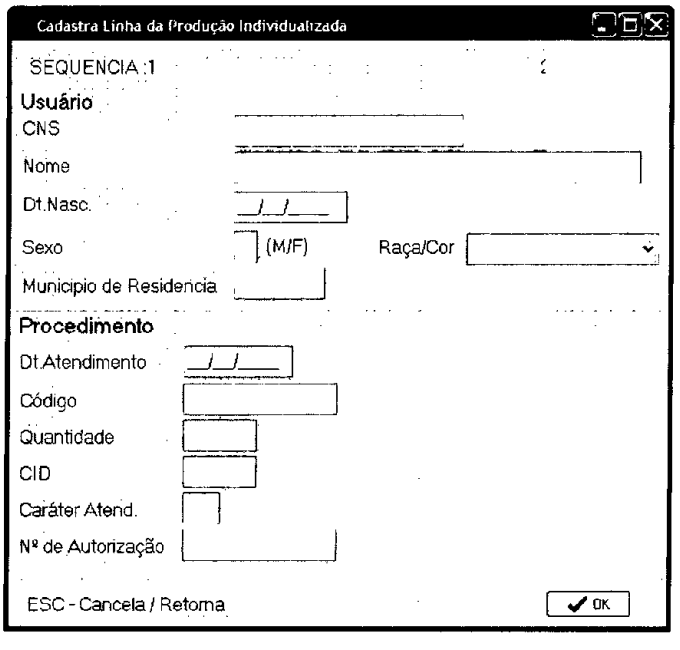
Seguirá a **Tela 03**



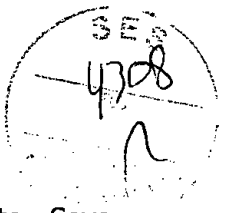
Deve-se informar o código CNES da unidade credenciada para o serviço de TFD, Numero do CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional que autorizou o deslocamento, CBO deste profissional, competência e folha da produção..

Atenção: O preenchimento dos campos são obrigatórios.

Tela 04



Para cada linha digitada na folha, o sistema apresenta a tela acima para o registro da informação do procedimento de forma individualizada, onde devem-se incluir os dados em duas divisões: usuário e procedimento.



As criticas nesta tela são :

Com Relação ao Paciente

Deve ser digitado o Nome do Paciente, Data de Nascimento do Paciente, Sexo, Raça/Cor e Município de Residência do Paciente.

Com Relação ao Acompanhante

Deve ser digitado o Nome do Acompanhante, Data de Nascimento do Acompanhante, Sexo, Raça/Cor e Município de Residência do Acompanhante.

Com Relação a dados do Procedimento

Deve ser digitado a Data de Atendimento, Código do Procedimento, Quantidade, CID e Caráter do Atendimento.

O Procedimento pode Exigir uma idade mínima ou máxima, a idade do paciente é calcula entre a sua data de nascimento e a data de atendimento do procedimento. Em caso de problema sobre a idade, o sistema emite um aviso.

O procedimento pode estar relacionado ao CBO, se o procedimento não for compatível com o CBO do profissional (informado na tela anterior) o sistema emite um aviso.

O CID tem que ser relacionado ao procedimento, salvo procedimentos que se relacionam com qualquer CID, em caso de diferença, o sistema emite um aviso.

Atenção: Para confirmar os dados deve-se acionar o botão "OK", ou caso queria cancelar deve-se teclar ESC.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 4309

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

CRITÉRIOS PARA RECEBIMENTO DE PROPOSTAS DE LICITAÇÕES DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITLARES

SES 4319

Ficam estabelecidos os seguintes critérios de aceitação de propostas em licitações de materiais médico-hospitalares e laboratoriais no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG:

1. Somente serão aceitos nas licitações para compra de materiais médico-hospitalares e laboratoriais no HGG produtos cujas marcas se encontrem pré-qualificadas até a data da publicação do edital.

2. Os fornecedores interessados em pré-qualificar marcas deverão entregar as amostras, juntamente com o Requerimento de pré-qualificação de marca e produto médico-hospitalar e documentação pertinente a cada produto para pré-qualificação, de acordo com a sua classificação, na **Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos (Rua .....), de segunda a quinta-feira, das 14h às 16h30.** Deverão ser apresentadas cópias autenticadas dos documentos originais para abertura de processo administrativo de acordo com o disposto na Lei 9784 de 29/01/99 para cada produto, conforme abaixo mencionado:

- Certificado de Registro no MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) RDC 185/2001.
- Certificado de Registro no MS/Anvisa por família (Publicação no D.O.U) RDC 97/2000.
- Certificado de BPF e C MS/Anvisa do fabricante RDC Nº 59/2000.
- Certificado de Isenção de Registro MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) Decreto 79.094/1977/RDC 185/2001 e 260/02.
- Certificado de Aprovação de Equipamento de Proteção Individual CA Ministério do Trabalho.
- Laudo de Laboratório Oficial do MS e Inmetro*
  *Em casos de comprovação de gramaturas, adesividades, saneantes, equipamentos relacionado ao uso do produto.
- Autorização de Funcionamento da empresa fabricante Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977 (Publicação no D.O.U).
- Licença de Funcionamento Estadual Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977.
- Licença de Funcionamento Municipal Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977.
- Em caso de empresas comerciais, distribuidoras e os importadores, carta do fabricante assegurando que a amostra apresentada correspondem à versão do produto fabricada no momento e autorização para comercialização do produto.
- Literatura técnica.
- Documentos em língua estrangeira acompanhados de tradução juramentada.

3. A embalagem e os rótulos dos produtos apresentados devem atender aos critérios estabelecidos na RDC 185/2001/MS Anvisa.

4.O HGG se compromete a informar o resultado dos testes em no máximo 45 dias a partir da apresentação das amostras e da documentação legal.

5.Através do processo administrativo instaurado para cada produto apresentado, o fornecedor poderá acompanhar as etapas da avaliação junto à Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos.

6. Materiais cuja entrega para teste tenha ocorrido fora do prazo estabelecido de 45 dias anteriores à publicação do Edital não terão direito a participar da licitação caso os testes não estejam concluídos. Recursos nesse sentido serão peremptoriamente negados.

7. Os materiais que apresentarem queixa técnica notificadas junto as Gerencias de Risco do HGG e também comunicadas por Alertas Sanitários da Anvisa serão recusados e não terão os testes consumados.

8. A relação das marcas pré-qualificadas registradas no HGG encontra-se disponível para consulta no setor de Gestão de Licitações.

9. O fornecedor cuja marca do produto esteja pré-qualificada para uso no HGG obriga-se a comunicar formalmente à Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos as eventuais alterações de fabricação e fusões de empresas fabricantes que levem a alterações na nomenclatura da marca. A omissão dessa informação levará a retirada da marca do produto no Sistema de Pré-qualificação, ficando sujeito a novo processo administrativo para avaliação.

10. O fornecedor poderá solicitar a pré-qualificação da marca do produto, independentemente de solicitação do HGG e da existência de certame licitatório marcado, desde que este faça parte da grade de compras da Instituição.

11. A quantidade de amostras dos produtos para pré-qualificação deverão ser consultadas na Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos do HGG. As quantidades estarão sujeitas a variações, dependendo do numero de usuários e testadores requeridos para o produto.

SES 4312

REQUERIMENTO DE PRÉ-QUALIFICAÇÃO DE MARCA E PRODUTO MÉDICO-HOSPITALAR

À
Assessoria Técnica da Divisão de Suprimentos do HGG
Na condição de representante legal da empresa:

CNPJ	
Razão Social	
Endereço	
Telefone/e-mail	

Venho requer a análise técnica para Pré-qualificação do produto abaixo discriminado, no qual identificamos a possibilidade de correspondência com a descrição narrativa do código do HGG:

Produto			
Marca		Referência	
Fabricante		Origem	

N.º de Amostras	( )

Documentação Anexa (cópias anexadas)

	Certificado de Registro no MS/ ANVISA – RDC n.º 185/2011 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de Registro no MS/ANVISA por família – RDC n.167 97/2000 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de BPFeC MS/ANVISA do frabricante – RDC n.º 59/2000 (cópia publicação D.O.U)
	Certificado de Isenção do Registro MS/ANVISA – decreto 79.094/77/RDC nº 185/01 e 260/02 (cópia publicação no D.O.U.)
	Certificado de Aprovação de Equipamento de Proteção Individual – CA – Ministério do Trabalho
	Laudo de Laboratório Oficial do MS e INMETRO (Em casos de gramaturas/adesividades/saneantes/equipamentos)
	Autorização de Funcionamento do Fabricante – Lei 6.360/76/ Dec. 79.094/77/ Lei 9782/99 (validade: 1 ano)
	Autorização do fabricante para comercialização dos produtos por Distribuidores e/ou Importadores (obrigatório)
	Eventuais documentos em língua estrangeira, acompanhados de tradução juramentada
	Licença de Funcionamento Estadual – Lei 6.360/76/ Decreto 79.094/77
	Licença de Funcionamento Municipal – Lei 6.360/76/ Decreto 79.094/77
	Leitura Técnica

_____, ___/___/____ (local e data)
_____ (carimbo e assinatura)

SES
4313

ATIVIDADES DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

- Pesquisa do Catálogo de Materiais
- Composição dos itens de materiais do Catálogo
- Análise da necessidade de compra
- Iniciação e acompanhamento do processo de compra
- Recebimento dos materiais
- Conferência e inspeção dos materiais
- Estocagem e preservação dos materiais
- Requisição de material ao almoxarifado
- Fornecimento interno de material
- Utilização de material pelo usuário
- Devolução de materiais ao almoxarifado
- Descarte de material utilizado
- Gestão e controle dos processos de administração de materiais
- Gestão das informações

SES 4319

ETAPAS DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

1. Realizar alinhamento de processos-chave do negócio
    - fluxos
    - serviços
    - informações
    - recursos
    - qualidade

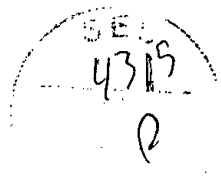
2. Avaliar áreas de armazenamento
    - Dimensionamento e lay-out adequados

3. Realizar integração com Fornecedores
    - Avaliar fornecedores atuais
    - Selecionar fornecedores
    - Providenciar certificação dos fornecedores

4. Definir a política de suprimentos
    - Fluxo de solicitação e recebimento de insumos ao Almoxarifado
    - Prazo de entrega das solicitações
    - Forma de entrega

5. Realizar avaliação e controle de contratos com fornecedores

6. Definir a política de compras
    - Padronização de Materiais



- Padronização de medicamentos
- Períodos de realização de compras
- Fluxos de processos de compra
- Reposição periódica
- Estoque mínimo

7. Avaliar o sistema de informações
   - Cadastro de materiais
   - Cadastro de fornecedores
   - Controle de estoque

8. Definir Fluxos operacionais
   - Estruturar os produtos ou serviços que oferece de acordo com alguns ou todos os fluxos físicos a seguir:
     - ✓ Matérias-primas, do ponto de estocagem da fonte original até a entrega para o cliente.
     - ✓ Produtos semi-acabados, vindos de unidades próprias ou de fabricas ou armazéns dos fornecedores.
     - ✓ Ferramentas ou maquinas, de uma unidade de manufatura para outra.
     - ✓ Produtos acabados entre plantas, armazéns próprios, armazéns dos clientes, ou armazéns pertencentes a empresas de serviços logísticos.
     - ✓ Itens consumíveis e peças de reposição, de armazéns para veículos dos técnicos de reparos, ou para unidades dos clientes onde os equipamentos estão instalados.
     - ✓ Produtos e peças a serem reparados, da unidade do cliente para o local de reparo / recuperação.
     - ✓ Embalagens vazias retornadas, dos pontos de entrega para os pontos de carregamento.
     - ✓ Produtos vendidos ou componentes devolvidos, dos pontos de entrega para o ponto inicial de armazenagem ou manufatura (fluxo reverso).
     - ✓ Produtos usados / consumidos a serem reciclados, recauchutados, reutilizados ou postos à disposição (fluxo reverso).

1. NORMAS DO ALMOXARIFADO

HSOPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	Manual de Normas e Rotinas **Almoxarifado**	EO.1 Emissão
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento da área do Almoxarifado		Revisão: Nº: / Data:

Horário de funcionamento da área/serviço

- O horário de funcionamento do Almoxarifado (Coordenação e auxiliares): segunda a sexta-feira das 07h às 17h – Almoço das 11:30h às 13:45h
- O horário de entrega de fornecedores no Almoxarifado: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (todos os setores do hospital e fornecedores) que buscam os serviços do Almoxarifado.

Normas

- O horário de liberação de material pelo Almoxarifado segue as determinações abaixo:
  1. Diretorias, seções e setores da área administrativa – entrega da "requisição de material" – de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h – com entrega imediata do material;
  2. Seções, setores e serviços assistenciais – a reposição de material será feita de 2.ª a 6.ª, das 08h às 16h, pelo funcionário do Almoxarifado.
- Não é permitida a entrada de pessoas estranhas nas dependências do Almoxarifado, sem a autorização prévia da Administração do Hospital;
- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem a respectiva requisição, devidamente assinada e carimbada pelo chefe do setor requisitante;
- A quantidade de material entregue pelo Almoxarifado deverá ser sempre igual ao que consta na "requisição de material";
- Todo material recebido deverá ser armazenado por número de lote e data de vencimento;
- É de responsabilidade da chefia do Almoxarifado receber conferir toda mercadoria entregue, conforme nota fiscal e somente após a conferência de todos os itens, observando as especificações técnicas, assinará o recebimento;
- Diariamente deverá ser feita a higienização e limpeza do ambiente do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feita a higienização e limpeza das prateleiras e armários do Almoxarifado;
- Quinzenalmente deverá ser feita a conferência do estoque do Almoxarifado;
- Mensalmente deverá ser feito o inventário do Almoxarifado;
- Todos os funcionários do Almoxarifado devem trabalhar visando o funcionamento satisfatório do serviço e para tanto devem observar:

  1. Facilidade de acesso aos itens disponíveis dentro do Almoxarifado;
  2. Otimização e organização do espaço físico;
  3. Minimizar perdas por deterioração e desvios de materiais do Almoxarifado;
  4. Redução do uso de equipamentos desnecessários ao serviço.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

2. ROTINAS DO ALMOXARIFADO

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.1 Emissão
Tarefa: Pedido de Suprimento		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Evitar a falta de materiais no estoque do Almoxarifado.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.

Atividades
- Calcular lote de reposição;
- Preencher o pedido de compra;
- Enviar para a administração;
- Acompanha o processo para reposição de material no estoque.

Cuidados
- Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício;
- Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

SES 4318

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.2 D Emissão
Tarefa: Recebimento e armazenagem de material		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade no recebimento e armazenagem dos materiais.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, fichas de controle de estoque, computador, impressora, estantes, armários e caneta.

Atividades

- Receber os materiais com as respectivas notas fiscais;
- Conferir os materiais através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade, qualidade e prazo de validade;
- Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador;
- Atualizar as fichas de controle de estoque, lançando a entrada dos materiais;
- Cadastrar no computador todos os materiais recebidos;
- Armazenar nas estantes o material recebido, observando o lote, vencimento e registro da vigilância sanitária.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade

- Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências;
- Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.3 4319 Emissão 8
Tarefa: Conferência de notas fiscais e material recebido		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Assegurar que os materiais recebidos estão de acordo com o que foi solicitado no pedido de compra.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, notas fiscais, pedido de compra e caneta.

Atividades
- Conferir as notas fiscais e o material recebido, conforme o pedido de compra, verificando o prazo de validade, quantidade e qualidade do mesmo;

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as especificações, quantidades, qualidade e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Se algum material que está sendo entregue divergir do pedido de compra, devolvê-lo imediatamente ao fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.4 Emissão
Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.

Atividades

- Receber as notas fiscais;
- Colocar nas notas fiscais a confirmação de "mercadoria entregue";
- Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque;
- Protocolar as notas fiscais;
- Encaminhar as notas fiscais para a administração.

Cuidados
Ter atenção a arquivar as notas fiscais.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que existe alguma divergência entre a nota fiscal, o material que está sendo entregue e o pedido de compra, devolver imediatamente para o fornecedor.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.5 Emissão 4321
Tarefa: realizar controle de estoque		Revisão No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir o controle de estoque e indicar a previsão de compra mensal.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta, computador, impressora, software de controle de estoque e papel.

Atividades

- Receber solicitações dos chefes de serviço;
- Cadastrar diariamente no software de controle de estoque, a entrada e saída de material do almoxarifado;
- Imprimir relatório diário, no final da tarde;
- Analisar relatório;
- Identificar as necessidades de reposição de estoque;
- Arquivar a primeira via da requisição de material.

Cuidados
Atentar quanto às situações emergenciais que indiquem a necessidade de reposição do estoque fora da praticada de forma usual.

Ações em caso de não conformidade
Em casos emergenciais (situações de epidemias) solicitar compra em caráter emergencial.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **Almoxarifado**	POP.6 Emissão 4322
Tarefa: Entrega de material aos setores do hospital		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de Almoxarifado.

Resultados esperados
Agilizar a entrega de materiais aos setores solicitantes.

Recursos Necessários
Requisição de material, ficha de controle de estoque e caneta.

Atividades

- Receber a requisição de material;
- Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela chefia solicitante;
- Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição;
- Separar o material que deverá ser entregue ao setor solicitante;
- Anotar na requisição de material as quantidades que serão entregues;
- Atualizar as fichas de controle de estoque;
- Arquivar a 1.ª via da requisição de material;
- Entregar o material ao setor requisitante.

Cuidados

- Ter atenção ao conferir a requisição de material;
- Ter atenção ao separar o material solicitado, evitando trocas.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar à Chefia do Almoxarifado a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. ALBERTO RASSI - HGG	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado**	POP.7
		Emissão 4323
Tarefa: previsão e controle de estoque mensal		Revisão 2
		No: Data:

Executante
Chefia do Almoxarifado.

Resultados esperados
Garantir que não falte nenhum material no almoxarifado e controlar o consumo destes.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.

Atividades
- Fazer levantamento do estoque do almoxarifado através das requisições de materiais arquivadas;
- Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de dos materiais;
- Emitir relatório diário para controle do estoque;
- Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.

Cuidados
- Ter atenção ao conferir as requisições de material;
- Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.

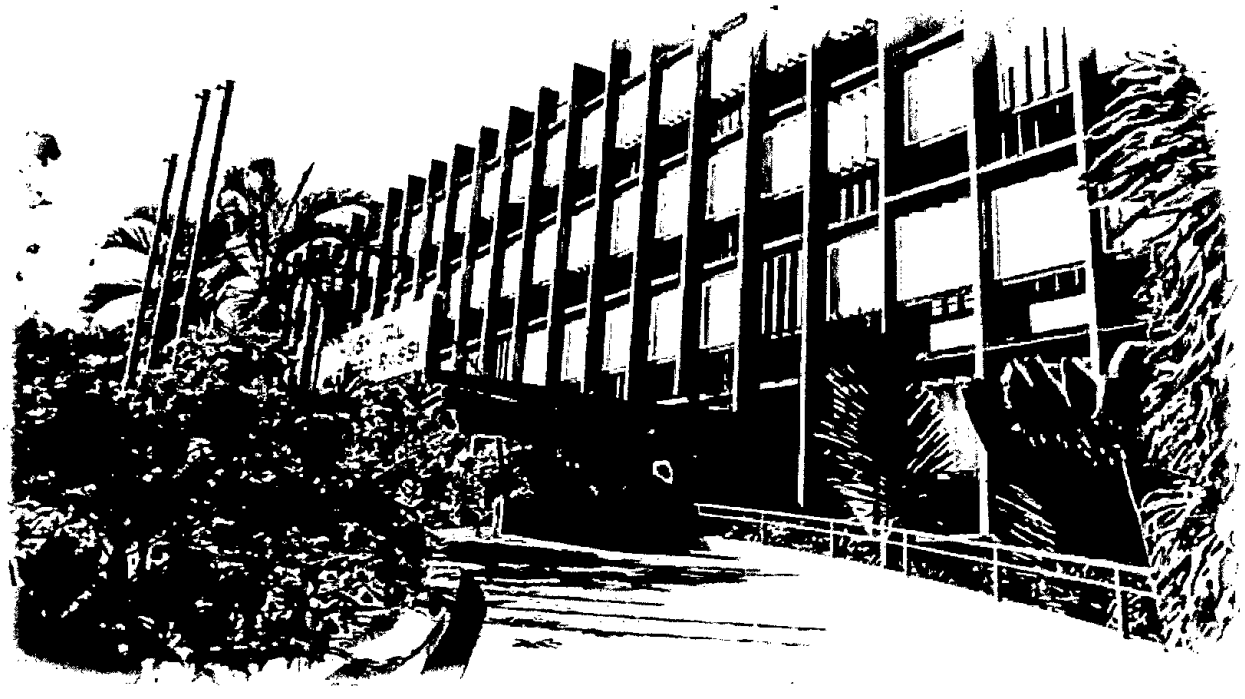
Ações em caso de não conformidade
Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almoxarifado.

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 4329

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Padronização de Materiais

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** 04

2. **GRADE DE MATERIAIS** 04

2.1 CONCEITO 04

3. **DEFINIÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS** 04

3.1 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO 04
3.2 CONTROLE DA PADRONIZAÇÃO 04

4. **PADRONIZAÇÃO** 05

4.1 GRUPO: MATERIAL DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA 05
4.2 **GRUPO: MATERIAL MANUTENÇÃO PREDIAL** 07
4.3 GRUPO: MATERIAIS PERMANENTES 09
4.4 GRUPO: MATERIAL DE ESCRITÓRIO 15
4.5 GRUPO: MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR 19
4.6 GRUPO: MEDICAMENTOS 29

1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de otimizar as compras, dinamizar a manutenção de estoque e do consumo dos diversos materiais do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, a comissão de padronização de materiais, formada por profissionais das áreas de farmácia, enfermagem, infecção hospitalar e clínica médica, elaborou esse manual que será constantemente revisado, buscando atender às necessidades dos diversos serviços da instituição.

2. GRADE DE MATERIAIS

2.1 CONCEITO

São grupos de materiais selecionados e padronizados conforme as características de cada serviço.

3. DEFINIÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS

A padronização de materiais deve ser vista dentro das instituições como algo que trará benefício para todos: diretores, fornecedores e clientes internos e externos. Nos dias de hoje, diante da complexidade de produtos oferecidos no mercado, se faz necessário adotar critérios que otimizem a gestão de verbas para a aquisição de materiais que atendam as reais necessidades da instituição, respeitando as necessidades dos diversos setores.

3.1 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO

Otimizar verba;
Permitir compra em grandes lotes;
Diminuir o trabalho de compras;
Diminuir os custos de estocagem;
Reduzir quantidade de itens estocados;
Evitar a diversificação de materiais;
Obter maior qualidade e uniformidade de materiais;
Reduzir o risco de falta de estoque.

3.2 CONTROLE DA PADRONIZAÇÃO

A fiscalização sobre o uso correto do presente manual deverá ser feita através da Comissão de Padronização de Materiais;

(farmacêutico, médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, enfermeiro e representante do Serviço Médico), mensalmente, visando sempre o aperfeiçoamento do manual de padronização de materiais.

4. PADRONIZAÇÃO

Ponto de Estoque: Almoxarifado

4.1 GRUPO: MATERIAIS DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: EQUIPAMENTOS/UTENSÍLIOS/LIMPEZA	
Luva antiderrapante grande	Unid
Luva antiderrapante média	Unid
Pano de chão	Unid
Refil Mopita pó 40cm	Unid
Refil Mopita úmido	Unid
Refil para Mopita	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL/LIMPEZA/LAVANDERIA/HIGIENE	
Ácido solução de limpeza	Lt
Água sanitária	Lt
Aidulante neutralizador em pó	Unid
Alvejante a base de cloro pó	
Alvejante a base de sódio	Unid
Alvejante desinfetante para roupas	Unid
Amaciante de roupas 2 Lt	Lt
Amaciante de roupas BB 20 Lt	Lt
Avental de napa	Unid
Balança mecânica c/150 kg	Unid
Balde espremedor duplo	Unid
Balde espremedor para Moppita de 15	Unid
Balde plástico c/tampa 100 l	Unid
Balde plástico p/roupa suja	Unid
Base com rodinhas	Unid
Base seladora BB 5 Lt	Lt
Borrifador	Unid
Carro em fibra de vidro	Unid
Carro funcional polietileno	Unid
Cesto de lixo 18 lt	Unid

Contentor de lixo 650 lt	Unid
Contentor de lixo c/02 rodízios	Unid
Desentupidor de pia	Unid
Desentupidor de vaso sanitário	Unid
Desincrustante BB 5 LT	Lt
Desinfetante odorizante	Unid
Desingraxante para roupa	Unid
Detergente em pó	Unid
Detergente neutro BB 5 Lt	Lt
Dispenser para papel higiênico	Unid
Dispenser para papel toalha	Unid
Dispenser para sabonete líquido	Unid
Escova para roupa	Unid
Espanador eletrostático	Unid
Espátula de aço	Unid
Esponja dupla face	Unid
Fibra limpeza pesada	Unid
Fibra macia branca	Unid
Fibra multiuso verde	Unid
Filtro Lumatox para máscara	Unid
Flanela	Unid
Funil pequeno	Unid
Hipoclorito 2% BB 5 Lt	Lt
Hipoclorito de sódio 1% BB 5 Lt	Lt
Impermeabilizante BB 5 Lt	Lt
Inseticida	Unid
Limpa vidros	Unid
Lixeira c/tampa/pedal 20 lt	Unid
Lixeirinha para pia com tampa	Unid
Lona crua vela c/1,70	Unid
Lustra móveis	Unid
Luva de PVC	Par
Mangueira com gatilho 1/2	Unid
Multiuso para limpeza	Unid
Odorizador de ar	Unid
Pá de lixo	Unid
Palha de aço	Unid
Papel higiênico 300 mt	Unid
Papel toalha	Unid
Pasta cristal	Unid
Pedra sanitária	Unid
Protetor auricular	Unid
Protetor de unha	Unid
Pulverizador plástico	Unid
Regador p/jardim	Unid
Removedor a seco	Unid

Removedor de cera BB 5 LT	Lt
Removedor de ferrugem	Unid
Resistência 2 elementos 300W	Unid
Resistência 2 elementos 500W	Unid
Rodo c/cabo de alumínio	Unid
Rodo limpa vidros	Unid
Sabonete líquido refil com 800 ml	Unid
Saco bobina picotada 25x35	Kg
Saco bobina picotada 30x50	Kg
Saco bobina picotada 30x60	Kg
Saco bobina picotada 35x50	Kg
Saco bobina picotada 40x60	Kg
Saco bobina picotada 50x70	Kg
Saco desinfetante branco 100 lt	Pct
Saco desinfetante branco 200 lt	Pct
Saco desinfetante branco 60 lt	Pct
Saco plástico transparente 08x25	Kg
Saco plástico transparente 50x70	Unid
Saco preto para lixo 100 lt	Pct
Saco preto para lixo 200 lt	Pct
Saco preto para lixo 60 lt	Pct
Saco transparente 20x30	Kg
Seladora branca c/termômetro 400	Unid
Suporte lt c/cabo	Unid
Vasilhame plástico azul	Unid
Vasilhame plástico vermelho	Unid
Vassoura de nylon grande	Unid
Vassoura de pelo	Unid
Vassoura de pia	Unid
Vassoura de piaçava grande	Unid
Vassourinha de sanitário	Unid

4.2 GRUPO: MATERIAL MANUTENÇÃO PREDIAL

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: FERRAMENTAS E EQUIPAMENTOS	
Alicate de pressão	Unid
Alicate universal	Unid
Arco de serra	Unid
Broca de AC rápido 1/8	Unid
Broca de aço rápido 1/4	Unid
Broca de aço rápido 3/16	Unid
Broca de aço rápido 3/8	Unid
Broca de aço rápido 5/16	Unid

Broca de viga 5/6	Unid
Broca de viga 5/8	Unid
Bucha S6	Unid
Bucha S8	Unid
Chave de fenda 1/8	Unid
Chave de fenda 3/16	Unid
Chave Philips ¼	Unid
Chave Philips 1/8	Unid
Chave teste	Unid
Colher de pedreiro	Unid
Furadeira de impacto	Unid
Lâmina de serra	Unid
Lima chat 8	Unid
Lubrificante LUBI 300 ml	Unid
Marreta ¼	Unid
Martelo	Unid
Parafuso para bucha S	Unid
Parafuso para bucha S8	Unid
Prego 2 ¼	Unid
Serrote médio	Unid
Talhadeira	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: HIDRÁULICO E VAPOR	
Adesivo para PVC	Unid
Cola plástica p/tubo	Unid
Joelho PVC 20x90	Unid
Sifão cromado para pia	Unid
Suporte para luminária calha	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE PINTURA	
Estopa para polimento	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: MATERIAL ELÉTRICO	
Cabo para rede	MT
Conector RJ/45 macho	Unid
Estabilizador	Unid
Fita isolante	Unid

Fita zebrada	Unid
Fusíveis 20 amp.	Unid
Lâmpada 40 Wts	Unid
Lâmpada 60 Wts	Unid
Lâmpada fluorescente 20 Wts	Unid
Lâmpada fluorescente 40 Wts	Unid
Reator 2x20 Wts	Unid
Reator 2x40 Wts	Unid
Tomada	Unid
Tomada 2P+T	Unid
Fusível de vidro 0,5 amp.	Unid
Cabo PP 2x2,5 mm	MT
Canaleta de 2,00 x20 mm	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **OUTROS MATERIAIS DE MANUTENÇÃO PREDIAL**	
Caixa tomada 4x2 manutenção	Unid
Cantoneira	MT
Correia A-40	Unid
Dobradiça de aço	Unid
Dreno de sucção	Unid
Filme p/PVC	Unid
Fisca de Smart	Unid
Joelho 3x4	Unid
Luva lisa de manutenção	Unid
Parafuso central 3,5	Unid
Parafuso vertical 2,0	Unid
Pino Pial	Unid
Placa de alumínio 2,7 cm	Unid
Placas A/C 3,5	Unid
Pneu Firestone	Unid
Rabixo de manutenção	Unid
Silicone	Unid
TE manutenção	Unid
Torneira p/bebedouro	Unid
Transformador 800 W	Unid
Tubo de cola manutenção	Unid

4.3 GRUPO: MATERIAIS PERMANENTES

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES - ACESSÓRIOS**	

Apagador p/quadro branco	Unid
Cabide simples	Unid
Cabo de alumínio p/ mope úmido	Unid
Cadeado 25 mm	Unid
Cordão seda PC. 20m	MT
Estetoscópio Pinard	Unid
Ferrolho pequeno	Unid
Jacaré	Unid
Lanterna média	Unid
Pote quadrado pequeno	Unid
Pote redondo alto	Unid
Rastelo p/jardim	Unid
Relógio de parede DIMEP	Unid
Ricofort	Pct
Vaso decorativo	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES – EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA**	
Cabo paralelo impressora	resma
Computador completo	Unid
Suporte p/CPU	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES – EQUIPAMENTOS DE LABORATÓRIO**	
Adaptador p/sistema de coleta	Unid
Barrilete PVC Cap	Unid
Bastão de vidro 6x300 mm	Unid
Caixa térmica plástica	Unid
Cronometro digital	Unid
Destilador de água 5 lts	Unid
Estante de arame	Unid
Fórceps 150	Unid
Fórceps 151	Unid
Galeria plástica	Unid
Instant Prov. 500 ml	Fr
Lamina p/esfregaço cx 50 unid	Cx
Latex garrotes c/5 mm	Pct
Maleta de coleta grande	Unid
Maleta de coleta pequena	Unid
Pipeta automática 500 ml	Unid
Pipeta sorol. Grande 1 ml – 1/100	Unid
Pipeta sorol. Grande 1/100 2 ml	Unid

Pipeta sorol. Grande 10 ml – 1/10	Unid
Pipeta sorol. Grande 5 ml – 1/10	Unid
Pipeta volumétrica 20 ml	Unid
Ponteira micropipeta 100x100	Unid
Ponteira tipo Gilson 0-200 UL	Unid
Porta lamina	Unid
Proveta c/polit. 1000 ml	Unid
Suporte p/lamina cap. 75 unid	Unid
Suporte p/ponteira	Unid
Suporte p/VHS	Unid
Tubo cônico de plástico 10 ml/UR	Unid
Tubo de Nintrobe	Unid
Tubo vácuo c/citrato 2,5 ml	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES – EQUIP. MÉDICOS-HOSPITALARES**	
Abecedário de chumbo 7 mm	Pct
Ambu reanimador adulto	Unid
Ambu reanimador infantil	Unid
Cahssi 18x24 cm montado	Unid
Chassi 15x40 cm montado	Unid
Chassi 24x30 cm montado	Unid
Chassi 30x40 cm montado	Unid
Chassi 35x35 cm montado	Unid
Chassi 35x43 cm montado	Unid
Estante móvel p/vídeocirurgia	Unid
Fio guia p/cânula adulto	Unid
Fio guia p/cânula infantil	Unid
Halo p/pronga grande	Unid
Halo p/prongA médio	Unid
Halo p/pronga pequeno	Unid
Incubadora vapor 3 m	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **PERMANENTES – EQUIP. MÉDICOS-HOSPITALARES**	
Lamina p/laringoscópio reto	Unid
Numerador 7 mm de altura	Pct
Pasta controle de resultado 3M	Unid
Sensor adulto p/oxímetro	Unid
Sensor infantil p/oxímetro	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS	
Broca cone investido grande	Pct
Broca cone investido médio	Unid
Broca esférica grande	Unid
Broca esférica média	Unid
Broca esférica pequena	Unid
Broca investido pequeno	Unid
Cabo para bisturi	Unid
Cuba horizontal p/colar 10 LAM	Unid
Pinça clínica	Unid
Trio Alavanca	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO	
Abafador de ruído	Pct
Mola para porta – simples	Unid
Mola para porta Triunfo	Unid
Óculos de segurança higienização	Pct
Toma	Unid
Toma	Unid
Toma	Unid
Tomada	Unid
Tomada completa sistema X	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – GÁS DE COZINHA	
Gás de cozinha GLP	Kg

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS	
Caneta p/bisturi BP 100 EMAI	Unid
Cuba retangular 37x24x4 cm	Unid
Mandril p/entub. Endot. Adulto	Unid
Mandril p/entub. Endot. Unfantil	Unid
Óculos de segurança centro cirúrgico	Unid
Pinça Magill 16 cm p/cateter	Unid

Pinça Magill 25 cm p/cateter	Unid
Pinça tipo baioneta isolada	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – INSTRUMENTOS MÉDICOS	
Alavanca p/retirada de gesso	Unid
Kit medidor de glicose Prestig	Unid
Kit censor de glicemia	Unid
Ponteira de 10 polegadas	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – MÓVEIS E UTENSÍLIOS	
Balde de aço inox	Unid
Cadeira sol branca	Unid
Carro de plataforma	Unid
Carro de supermercado 160 lt	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – MÓVEIS E UTENSÍLIOS	
Circulador Arno 110 V	Unid
Colchão	Unid
Colchão 188x78x10	Unid
Colchonete	Unid
Crachás visitante	Unid
Escada c/ 9 degraus	Unid
Escada de alumínio 5 degraus	Unid
Espelho c/moldura 40x40 cm	Unid
Estante de aço	Unid
Garrafa térmica	Unid
Lavadeira água Home elétrica	Unid
Liquidificador Wallita	Unid
Lixeira branca plástica c/pedal	Unid
Mesa auxiliar inox 1,30x0,40	Unid
Persiana media 0,70x2,00	Unid
Porta algodão	Unid
Quadro porta chave	Unid
Quadro porta chave 200 unid	Unid
Suporte para papel higiênico	Unid
Ventilador Mallory	Unid

SES 4334 Fls. 2

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: PERMANENTES – ROUPAS E UNIFORMES	
Avental listrado	Unid
Balzer Oxford feminino	Unid
Blusa feminina manga longa	Unid
Bota PUC branca 25 cm	Par
Calça com elástico e cordão	Unid
Calça masculina	Unid
Calça reta feminina	Unid
Calça social em panamá	Unid
Camisa em Brim gola V	Unid
Camisa social manga curta	Unid
Camisa social manga longa	Unid
Camisete bebê	Unid
Camisola amarela	Unid
Camisola infantil	Unid
Campo cirúrgico duplo 0,8x0,80	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,00x1,00	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,20x1,20	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,50x1,50	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,50x1,50	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,50x2,20	Unid
Campo cirúrgico duplo 1,60x1,60	Unid
Campo cirúrgico duplo 40 cm	Unid
Campo cirúrgico duplo 50 cm	Unid
Campo cirúrgico duplo 60 cm	Unid
Capa cirúrgica	Unid
Capa p/chuva forrada	Unid
Capa p/visitante	Unid
Conjunto avental	Unid
Conjunto de brim	Unid
Conjunto de pagão Beby	Unid
Conjunto para cozinha	Unid
Conjunto para higienização	Unid
Conjunto profissional em brim	Unid
Corda sisal	MT
Farda higienização	Unid
Farda lavanderia	Unid
Farda manutenção	Unid
Farda p/copeira	Unid
Fronha lisa branca	Unid
Fronha listrada azul	Unid

Gravata na cor cinza	Unid
Jaleco manga curta	Unid
Jaleco manga longa	Unid
Jaleco ML, MC em oxford	Unid
Lençol de berço	Unid
Lençol liso branco	Unid
Lençol listrado azul	Unid
Lençol p/maca	Unid
Logomarcas para lavanderia	Unid
Regata de elanquinho pérola	Unid
Roupa privativa	Unid
Saia básica	Unid
Sapato branco	Par
Sapato indl. c/cadarço	Par
Spencer clássico manga curta	Unid
Spencer clássico manga longa	Unid
Toalha p/piso lisa	Unid
Vestido branco em brim	Unid

4.4 GRUPO: MATERIAL DE ESCRITÓRIO

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: FITAS - CARTUCHOS	
Cartucho color HP 8728	Unid
Cartucho preto HP 8728	Unid
Fita p/impressora Epson ERC	Unid
Fita p/impressora Pins	Unid
Recarga de tonner laser 1015	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE CONSUMO	
Copo descartável 200 ml	Tira
Copo descartável 50 ml	Tira

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE ESCRITÓRIO	
Apontador de lápis	Unid

Borracha p/caneta	Unid
Borracha p/lápis	Unid
Calculadora de mesa	Unid
Caneta azul	Unid
Caneta vermelha	Unid
Chaveiro plástico Acrimet	Unid
Clips n.º 1/10	Cx
Clips n.º 3/0	Cx
Clips n.º 4/0	Cx
Cola bastão	Unid
Corretivo	Unid
Durex	Unid
Elástico	Unid
Estilite	Unid
Etiqueta 12x26	Unid
Etiqueta 22x90	Unid
Extrator de grampo	Unid
Ficha pautada	Unid
Fichário	Unid
Fita adesiva 45x45 p/emb.	Unid
Fita cassete	Unid
Fita crepe	Pct
Fita p/impressora Epson LX-300	Unid
Formulário contra-cheque	Pct
Grampeador	Unid
Grampo 23/20	Cx
Grampo 26/26 cx c/100 unid	Cx
Grampo plástico p/pasta suspensa	Unid
Grampo trilho 80 mm	Unid
Índice telefone	Unid
Lacre p/malote	Unid
Lápis	Unid
Marca texto	Unid
Organizador de mesa	Unid
Pasta c/folha plástica	Unid
Pasta catálogo c/50 folhas	Unid
Pasta sanfonada 31 dias	Unid
Pasta transparente PVC	Unid
Percevejo cx c/100	Cx
Perfurador	Unid
Pilha grande	Unid
Pilha media	Unid
Pilha palito	Unid
Pilha pequena	Unid
Pincel atômico	Unid
Pincel p/quadro branco	Unid

Pincel p/retroprojetor	Unid
Pincel retroprojetor ponta fina	Unid
Porta clips	Unid
Porta durex	Unid
Porta-cartão de visita	Unid
Quadro de aviso	Unid
Quadro negro 80x100 em feltro	Unid
Régua 30 cm	Unid
Saco 4 furos de ofício	Unid
Tesoura 16 cm	Unid
Tesoura 20 cm	Unid
Tesoura 4 cm	Unid
Tinta p/carimbo	Unid
Visor pasta suspensa	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE INFORMÁTICA	
Cabo link USB	Unid
Cartucho color Epson C-63	Unid
Cartucho preto Epson C-63	Unid
CD-Rom	Unid
Cilindro p/tonner HP 1015	Unid
Disquete cx c/10	Unid
Magnético p/Lexmark	Unid
Omega comercial e Importadora	Unid
Tinta Lexmark color T27	Unid
Tinta Lexmark preto T16	Unid
Tonner laser 1015	Unid
Tonner Lexmark E210	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: PAPÉIS/FORMULÁRIOS/ETIQUETAS/LIVROS	
Agenda p/telefone	Unid
Almofada p/carimbo	Unid
Arquivo morto	Unid
Bobina fax	Unid
Bobina máquina 57x30 LOB	Unid
Carbono – folha	Unid
Envelope grande	Unid
Envelope médio	Unid
Envelope P/RX branco 35x38	Unid
Envelope p/RX branco 38x50	Unid

Envelope pequeno	Unid
Etiqueta 12x25	Unid
Etiqueta 32x90	Cx
Ficha de devolução (arquivo)	Unid
Ficha odontológica	Unid
Formulário Bol. diário de veículos	Bloc
Formulário Bol. Prod. Ambulatorial	Bloc
Formulário comunicação interna	Bloc
Formulário continuo 80 colunas	Cx
Formulário continuo p/impressora	Cx
Formulário controle de líquidos	Bloc
Formulário de ficha atendimento dermatologia	Unid
Formulário de alta a pedido 100x1	Bloc
Formulário de anamnese	Bloc
Formulário de atestado de comp.	Bloc
Formulário de atestado médico	Bloc
Formulário de aviso 100x1	Bloc
Formulário de comunicação interna	Bloc
Formulário de Depart. De hig	Bloc
Formulário de escala de serviço	Bloc
Formulário de escala social	Bloc
Formulário de evolução de enfermagem	Unid
Formulário de ficha avaliação admissional	Bloc
Formulário de ficha clínica odontológica	Unid
Formulário de ficha de admissão médica	Bloc
Formulário de ficha de emergência	Bloc
Formulário de ficha de emergência	Bloc
Formulário de ficha de referência	Bloc
Formulário de ficha geral	Bloc
Formulário de ficha laudo médico	Bloc
Formulário de ficha social	Bloc
Formulário de fichas Av. Adm.	Bloc
Formulário de fichas de anestesia	Bloc
Formulário de gastro	Bloc
Formulário de gineco	Bloc
Formulário de histórico perionatal neonatal	Bloc
Formulário de laudo medico	Bloc
Formulário de mapa de dieta	Bloc
Formulário de movimento diário de paciente	Bloc
Formulário de nota de sala	Bloc
Formulário de ortopedia frente/verso	Bloc
Formulário de passagem de paciente	Bloc
Formulário de prescrição de enfermagem	Bloc
Formulário de prescrição médica	Bloc
Formulário de programação cirúrgica	Bloc
Formulário de receituário medico	Bloc

Formulário de receituário oftalmologia	Unid
Formulário de regulamento	Bloc
Formulário de relatório de alta de recém-nascido	Bloc
Formulário de resultado de exames	Bloc
Formulário de resumo de alta	Bloc
Formulário de rol de roupas	Bloc
Formulário de solicitação de exames e procedimentos	Bloc
Formulário de solicitação p/esterilização CME	Bloc
Formulário de Termo de Responsabilidade	Bloc
Formulário folha de evolução	Bloc
Livro de atas	Unid
Livro de ocorrência	Unid
Livro de protocolo	Unid
Papel A4 c/500 folhas	Resma
Papel contact	Unid
Papel ECG 48x30	Pct
Sistematização de enfermagem histórico	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: PASTAS	
Pasta AZ	Unid
Pasta c/elástico	Unid
Pasta c/ferragem	Unid
Pasta suspensa	Unid
prancheta	Unid

4.5 GRUPO: MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: AGULHAS/SERINGAS	
Agulha de peridural 18G3	Unid
Agulha de raqui 22G3	Unid
Agulha de raqui 25G3	Unid
Agulha de raqui 26G3	Unid
Agulha de raqui 27G3	Unid
Agulha de raqui 70x06	Unid
Agulha de raqui 70x07	Unid
Agulha de Thohy 80x10	Unid
Agulha de Thohy 80x12	Unid
Agulha de Thohy 80x15	Unid
Agulha de Thohy 80x18	Unid

Agulha de Thohy 80x20	Unid
Agulha descartável 13x4,5 c/100	Unid
Agulha descartável 20x5 c/100	Unid
Agulha descartável 25x7 c/100	Unid
Agulha descartável 25x8 c/100	Unid
Agulha descartável 30x7 c/100	Unid
Agulha descartável 30x8 c/100	Unid
Agulha descartável 40x12 c/100	Unid
Agulha descartável vácuo 25x7	Unid
Agulha descartável vácuo 25x8	Unid
Seringa descartável c/agulha 1 ml	Unid
Seringa descartável c/agulha 3 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 1 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 10 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 20 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 3 ml	Unid
Seringa descartável s/agulha 5 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 10 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 20 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 3 ml	Unid
Seringa hip. de vidro 5 ml	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: ATADURAS/MALHAS/CURATIVOS	
Algodão hidrófilo 500g	Unid
Algodão ortopédico 10 cm	Unid
Algodão ortopédico 15 cm	Unid
Algodão ortopédico 20 cm	Unid
Atadura de crepon 10 cm	Unid
Atadura de crepon 15 cm	Unid
Atadura de crepon 20 cm	Unid
Atadura gessada 10 cm	Unid
Atadura gessada 15 cm	Unid
Atadura gessada 20 cm	Unid
Compressa cirúrgica 45x50	Unid
Compressa de gaze 7,5x7,5	Unid
Compressa de gaze est. 10x15	Unid
Compressa de gaze est. 15x30	Unid
Esparadrapo 10x4,5	Unid
Gaze rolo 91x91 vaselinada	Unid
Micropore 50x4,5 mm	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: BARBEADOR/LÂMINAS BISTURI	
Barbeador	Unid
Escova cervical pct/100	Pct
Lâmina de bisturi n.º 11	Unid
Lâmina de bisturi n.º 15	Unid
Lâmina de bisturi n.º 23	Unid
Lâmina de bisturi n.º 24	Unid
Lâmina fosca micros lapidada	Unid
Lâmina fosca n/lapidada 26x76	Unid
Lâmina lisa p/microscópio	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: BOLSAS/FILTROS/COLETORES/TUBOS	
Almontolia clara	Unid
Almontolia escura	Unid
Bolsa coletora estéril	Unid
Bolsa p/colostomia 30 mm	Unid
Bolsa p/colostomia 50 mm	Unid
Sistema dupla baraka	Unid
Sistema duplo baraka 1/0 inf.	Unid
Sistema duplo baraka ½	Unid
Sistema duplo baraka ½ RN	Unid
Sistema duplo baraka 2/0 adulto	Unid
Termômetro clínico analógico	Unid
Termômetro clínico digital	Unid
Tubo látex LEMGRUBER	Pct
Tubo de silicone 06x12 mm – 15m	Pct

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: CÂNULAS/CATETERES/DRENOS/SONDAS	
Cânula de entubação c/b n.º 3,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 4,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 5,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 5,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,5	Unid

Cânula de entubação c/b n.º 7,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 7,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 8,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 8,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 9,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 9,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 2,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 2,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 3,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 4,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 4,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 5,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 6,5	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 8,0	Unid
Cânula de entubação c/b n.º 9,5	Unid
Cânula de Guedel n.º 0	Unid
Cânula de Guedel n.º 01	Unid
Cânula de Guedel n.º 02	Unid
Cânula de Guedel n.º 03	Unid
Cânula de Guedel n.º 04	Unid
Cânula de Guedel n.º 05	Unid
Cânula de Guedel n.º 06	Unid
Cateter 02 tipo óculos	Unid
Cateter oxigênio n.º 04	Unid
Cateter oxigênio n.º 06	Unid
Cateter oxigênio n.º 08	Unid
Cateter oxigênio n.º 10	Unid
Cateter oxigênio n.º 12	Unid
Cateter oxigênio n.º 14	Unid
Cateter oxigênio n.º 16	Unid
Coletor de urina sistema fechado	Unid
Dispositivo urinário	Unid
Dreno de Penrose 1N/estéril	Pct
Dreno Penrose 2N/estéril	Pct
Dreno Penrose 3N/estéril	Pct
Dreno de tórax 2000 ml n.º 28	Cx
Dreno de tórax 5000 ml n.º 22	Cx
Dreno de tórax 2000 ml n.º 36	Cx
Equipo bomba de infusão	Unid
Equipo bomba de infusão SAMTRONIC	Unid
Equipo de PVC	Unid
Equipo fotossensível protetor	Unid
Equipo macrogotas c/injetor	Unid
Equipo macrogotas simples	Unid
Equipo microgotas c/injetor	Unid

Equipo microgotas simples	Unid
Equipo p/soro macro bureta	Unid
Equipo p/soro micor bureta	Unid
Extensor de oxigênio 02	Pct
Gelco 14	Pct
Gelco 16	Unid
Gelco 18	Unid
Gelco 20	Unid
Gelco 22	Unid
Gelco 24	Unid
Intracath adulto normal	Unid
Intrachat infantil normal	Unid
Polifix	Unid
Preservativo não lubrificado C	Cx
Pronga CPA n.º 0	Unid
Pronga CPA n.º 1	Unid
Pronga CPA n.º 2	Unid
Scalp 19	Pct
Scalp 21	Pct
Scalp 23	Unid
Scalp 25	Unid
Scalp 27	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 04	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 06	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 08	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 10	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 12	Unid
Sonda de aspiração traqueal n.º 14	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 10	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 12	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 14	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 16	Pct
Sonda de Foley 2 vias n.º 18	Pct
Sonda de Foley 2 vias n.º 20	Unid
Sonda de Foley 2 vias n.º 22	Unid
Sonda nasogástrica n.º 14	Unid
Sonda nasogástrica n.º 16	Unid
Sonda nasogástrica n.º 04 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 04 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 06 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 06 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 08 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 08 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 10 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 10 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 12 curta	Unid

Sonda nasogástrica n.º 12 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 14 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 14 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 16 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 16 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 18 curta	Unid
Sonda nasogástrica n.º 18 longa	Unid
Sonda nasogástrica n.º 22 longa	Unid
Sonda retal n.º 06	Unid
Sonda retal n.º 08	Unid
Sonda retal n.º 10	Unid
Sonda retal n.º 12	Unid
Sonda retal n.º 14	Unid
Sonda retal n.º 16	Unid
Sonda uretral n.º 04	Unid
Sonda uretral n.º 06	Unid
Sonda uretral n.º 08	Unid
Sonda uretral n.º 10	Unid
Sonda uretral n.º 12	Unid
Sonda uretral n.º 14	Unid
torneirinha	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: CONECTORES/INSUFLADORES/OXIGÊNIO	
Conector oxigênio estéril 2,0 m	Unid
Conjunto p/nebulização adulto	Unid
Conjunto p/nebulização infantil	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: DEGERM./TÓPICOS/ANTISSÉPTICOS	
Ácido acético 2%	Unid
Água oxigenanda	Unid
Álcool etílico 70%	Unid
Álcool gel 70%	Lt
Álcool 92,8%	Fr
Álcool absoluto 99,5%	Fr
Álcool iodado 15%	Fr
Cal sodada 4,3 kg (cx c/06)	Unid
Detergente enzimático	Unid
Escova c/clorexidina 2% cx.30	Unid
Escova Marcodine Biotrat	Unid
Éter 50%	Fr

Formol 10%	Fr
Formol 40%	Fr
Lugol 2%	Unid
Povedine degermante 7,5%	Lt
Povedine tópico 7,5%	Lt
Solução álcool ácido 3%	Lt
Solução Lugol 5%	Unid
Vaselina líquida	Lt
Vaselina sólida 450 gr	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: ELETRODOS/CLIPS/GEL	
Eletrodo	Unid
Gel p/ECG BB 05 lt	Unid
Gel p/USG BB 05 lt	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: FILMES/FIXADORES/REVELADORES	
Filme p/ RX HR – GB 15x40	Cx
Filme p/ RX HR – GB 18x24	Cx
Filme p/ RX HR – GB 24x30	Cx
Filme p/ RX HR – GB 30x40	Cx
Filme p/ RX HR – GB 35x35	Cx
Filme p/ RX HR – GB 35x43	Cx
Fixador e reforçador 38 lt	Unid
Reforçador do revelador 38 lt	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: FITAS/PAPÉIS	
Fita adesiva branca 19x50	Unid
Fita p/glicemia cx/50	Unid
Papel térmico UPP 110S Ultraso	Unid
Rolo p/ECG	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: FRALDAS/ABSORVENTE/MAMAD.	
Absorvente íntimo	Pct
Fralda descartável geriátrica	Pct

Fralda descartável infantil	Pct
Sabonete líquido bebê	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: GASES	
Ar comprimido	Unid
Óxido nitroso	Unid
Oxigênio medicinal	Unid
Oxigênio medicinal portátil	unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: LUVAS/MÁSCARAS E OUTROS DESCARTÁVEIS	
Abaixador de língua pct c/100	Pct
Avental descartável com manga curta	Unid
Avental descartável s/manga	Unid
Avental descartável p/visitante	Unid
Caixa perfuro-cortante 13 lt	Unid
Caixa perfuro-cortante 3 lt	Unid
Clamp umbilical	Unid
Cotonete	Unid
Espátula de Ayres	Pct
Luva prodecimento grande	Cx
Luva procedimento média	Cx
Luva procedimento pequena	Cx
Luva estéril n.º 7,0	Unid
Luva estéril n.º 7,5	Unid
Luva estéril n.º 8,0	Unid
Luva plástica estéril	Pct
Luva plástica não estéril	Pct
Máscara descartável tripla	Unid
Máscara Lumatox – respirador	Unid
Máscara p/BK centro cirúrgico	Unid
Máscara transparente adulto c/coxim	Unid
Máscara transparente infantil c/coxim	Unid
Perfurador de membrana amniot.	Unid
Propé descartável	Unid
Pulseira de identificação infantil	Unid
Touca descartável pct c/100	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO	
Faixa de Smarch	Pct
Fita p/autoclave	Unid
Glutaraldeídeo BB 5 lt	Lt
Indicador biológico	Unid
Intregador químico	Unid
Papel grau cirúrgico 09x100	Unid
Papel grau cirúrgico 10x100	Unid
Papel grau cirúrgico 12x100	Unid
Papel grau cirúrgico 15x100	Unid
Papel grau cirúrgico 20x100	Unid
Papel grau cirúrgico 25x100	Unid
Papel grau cirúrgico 30x100	Unid
Papel grau cirúrgico 40x100	Unid
Tela de Marlex	Unid

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE LABORATÓRIO	
ABX Miniclean 1 L – laboratório	Lt
ABX Minilyse LMG 1L – laboratório	Lt
ABX Minoton 20 lts – laboratório	Lt
Albumina 100x200 – teste	Unid
Álcool ácido (ZIEHl) 1000 L	Fr
Álcool ácido laboratório	Fr
ALT (TGP)	Unid
Amilase	Unid
ANTI - IGG	Fr
ASLO	Unid
AST/TGO cinético	Unid
Azul de metileno	Fr
Bálsamo do Canadá	Unid
Bandagem Lab	Unid
BETA HCG T.	Unid
Bilirrubina 250 ml 110-176	Unid
Bilirrubina 5 ml 50T	Fr
CAL n.º 01 LAB	Fr
CAL n.º 02 LAB	Unid
Cálcio A	Unid
CKMB	Unid

Colesterol 250	Unid
Colesterol HDL	Unid
Coletor de urina infatil feminino	Pct
Coletor de urina infantil masculino	Pct
Coletor universal	Unid
Corante EA – 36 1000 ml	Fr
Corante Orange G 1000 ml	Fr
Corante panótico RAP. 500 ml	Unid
Creatinina	Unid
Desproteinizante Lab.	Unid
Deterteck 51	Unid
Entelan novo Merck – Lab	Unid
Eosina azul laboratório	Unid
Ferro – kit's	Unid
Fita p/urina	Unid
Fosfatase alcalina	Fr
Fucsina Zihel Doles	Unid
GAMA GT	Unid
Garrote adulto laboratório	Unid
Garrote infantil laboratório	Unid
Gestatest 50 testes	Unid
Glicose enzimático líquida	Unid
Glumatil transferase	Unid
HCG econômico 100 tiras	Unid
Hematoxilina	Fr
HIV laboratório	Unid
Kit Cubetas	Unid
Lamínula 24x50 labratório	Unid
Lugol p/gram 0,6% 500 ml	Unid
Membrana de referência	Unid
Neo-Clear laboratório	Unid
Panótico	Unid

DESCRIÇÃO	**Unidade**
Sub-grupo estoque: **MATERIAL ODONTOLÓGICO**	
Pulpo San pó	Pct
Revelador dental	Unid
Rolinho de algodão odonto	Lt
Solução fisiológica odonto	Unid
Sugador SS Plus	Unid
Taça de borracha odonto	Unid

SES 4351

4.6 GRUPO: MEDICAMENTOS

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MEDICAMENTOS EM GERAL	
Cefalina ativada	Unid
Gluconato de cálcio	Amp
Glucox 500mg	Unid
Hidróxido de cálcio P.A	Unid
Kanakion 10 mg injetável	Amp
Sol. glicerinada	Fr

DESCRIÇÃO	Unidade
Sub-grupo estoque: MATERIAL DE LABORATÓRIO	
Papanicolau	Unid
Papel termossensível laboratório	Unid
PCR	Unid
Pipeta automática 100 ml	Unid
Pipeta automática 200 ml	Unid
Pipeta automática 50 ml	Unid
Pipetador semi automático pêra	Unid
Planotest	Unid
Rapitest	Unid
Reagente p/hemoglobina	Unid
Reumatest	Unid
RPR BRAS	Unid
Seditub Sist desc. VHS biológico	Unid
Solução Lugol 2%	Lt
Soluplastin	Unid
Soro anti-B fr. 10 ml	Unid
Soro anti-A 10 ml	Fr
Soro anti-RH laboratório	Unid
Soro anti-D (monoconal) 10 ml	Fr
Soro controle	Unid
Soro Coombs anti-Humand	Unid
TP-Soluplattin	Unid
Trans Oxalacética	Unid
Trans Pirúvica 100-200	Unid
Triglicerídes	Unid
Tromboplastina	Unid

Tipa Wiener	Unid
Tubo vácuo TP Ver. Sili 10 ml	Unid
Tubo p/glucose EDTA 2 ml	Unid
Tubo p/sorol. 2 ml	Unid
Tubo p/cagul. 2 ml	Unid
Tubo p/hemat. EDTA 2 ml	Unid
Tubo TP azul citrate	Unid
Tubo vácuo 5 ml - Bloq. Vermel	Unid
Tubo vácuo glucose 5 ml	Cx
Tubo vácuo TP cinza	Unid
Tubo vácuo TP roxo EDTA 5.0	Unid
Urato	Unid
Uréia	Unid
VDRL RPR pronto uso 225 T5	Unid
Violeta genciana – 500 ml	Unid
Xilol 1000 ml	Unid

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4773
FLS.

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Padronização de Medicamentos

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SES 4754

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 06

2. PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS 06
   2.1 CONCEITO 06
   2.2 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO 07
   2.3 FISCALIZAÇÃO SOBRE O ANDAMENTO PRÁTICO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS 07

3. PADRONIZAÇÃO 08

   3.1 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO DIGESTIVO 08

      3.1.1 Antiácidos e antiulcerosos 08
      3.1.2 Antiespasmódico Gastrointestinais e anticolinérgicos 08
      3.1.3 Antiméticos e antinauseantes 08
      3.1.4 Laxantes 08
      3.1.5 Antiflatulento 08

   3.2 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE PROBLEMAS METABÓLICOS, NUTRIÇÃO E EQUILÍBRIO 08

      3.2.1 Antidiabéticos 08
      3.2.2 Vitaminas 09
      3.2.3 Reposição hidroeletrólica 09

   3.3 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS 09

      3.3.1 Anti-anêmicos 09
      3.3.2 Anti-hemorrágicos 09
      3.3.3 Anti-coagulantes 09

   3.4 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O APARELHO CARDIOVASCULAR 09

      3.4.1 Cardiotônicos 09
      3.4.2 Anti-arrítmicos 10

         3.4.2.1 Bloqueadores dos canais de sódio 10
         3.4.2.2 Agosnistas de ação central 10
         3.4.2.3 Bloqueadores de canais de cálcio 10
         3.4.2.4 Bloqueador Beta adrenérgicos 10

      3.4.3 Vasodilatadores 10
         3.4.3.1 Vasodilatadores coronarianos 10

3.4.4 Vasoconstrictores 10

3.4.5 Anti-hipertensivo 10

3.4.6 Diuréticos 11

3.5 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE A PELE 11

3.5.1 Antimicrobiano 11

3.6 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O GLOBO OCULAR 11

3.6.1 Midriáticos 11
3.6.2 Anestésicos 11

3.7 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO GENITO-URINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS 11

3.7.1 Anti-hemorrágico uterino 11
3.7.2 Oxitócitos hormonais 11

3.8 HORMÔNIOS 11

3.8.1 Corticosteróides 11

3.9 ANTIBIÓTICOS 12

3.9.1 Aminoglicosídeos 12
3.9.2 Cefalosporinas de 1.ª Geração 12
3.9.3 Penicilinas 12
3.9.4 Penicilia de Largo Espectro 12
3.9.5 Outros Antimicrobianos 12

3.10 ANTIALÉRGICOS 12

3.11 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO RESPIRATÓRIO 12

3.11.1 Broncodilatadores

3.12 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO 13

3.12.1 Antiinflamatórios 13
3.12.2 Relaxantes musculares periféricos 13

3.13 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO 13

3.13.1 Anestésicos gerais 13
3.13.2 Anestésicos locais 13
3.13.3 Analgésicos narcóticos 13
3.13.4 Analgésicos não-opióides 14
3.13.5 Anticonvulsivantes 14
3.13.6 Ansiolíticos 14
3.13.7 Neurolépticos 14
3.13.8 Hipnóticos e sedativos 14
3.13.9 Antagonista de opióide 14
3.13.10 Antagonista de benzodiazepínicos 14

3.14 MEDICAMENTOS USADOS EM INTOXICAÇÃO 15

3.15 OUTROS 15

4. QUADRO DEMONSTRATIVO DOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS – GENÉRICOS x COMERCIAL 15

SES 4356

SES
4357

1. INTRODUÇÃO

A farmácia hospitalar, no âmbito de sua atuação, comporta-se como uma unidade de negócios, dados os seus relacionamentos comerciais com os laboratórios farmacêuticos, com os fabricantes dos diferentes produtos, com distribuidores e com os representantes comerciais. Gerir medicamentos na área hospitalar é deparar-se com uma grande variedade de produtos (cerca de 50000 itens diferentes se encontram à disposição dos profissionais médicos), com o compromisso de não permitir a ocorrência de *stockout*, sinônimo de morte, perdas ou fracasso organizacional.
Assim, quanto maior a habilidade da farmácia hospitalar em administrar seus produtos de forma racional, maior será sua capacidade de oferecer à clientela bens e serviços de qualidade e com baixos custos operacionais. Daí a importância da definição dos fármacos a serem usados no Hospital Dr. Eduardo Ribeiro Bahiana.

Para tanto, foi formada uma comissão com o objetivo de padronizar os medicamentos estabelecendo os critérios para inclusão/exclusão de produtos e revisar continuamente os itens padronizados. Esta comissão considerou o perfil epidemiológico das doenças prevalentes e/ou incidentes na população assistida pela instituição hospitalar; adotou o nome farmacológico para relacionar os medicamentos (mencionando, junto a este, a concentração e a forma de apresentação); selecionou fármacos com valor terapêutico comprovado, de menor toxicidade e de fácil aquisição no mercado; reuniu os produtos em grupos farmacológicos semelhantes (classificação), reduzindo a variedade desnecessária de materiais (simplificação) e adotou uma codificação (para facilitar a identificação dos remédios), o que resultou na elaboração deste manual, que pode ser consultado facilmente pelos profissionais envolvidos.

2. PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

2.1 CONCEITO

A padronização de medicamentos em um hospital deve ser o resultado concreto do processo de seleção de medicamentos desenvolvido na instituição e reflete critérios terapêuticos e econômicos.

Terapêuticos:
Promoção do uso Racional e à melhoria na resolutividade terapêutica;
Acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados para as doenças prevalentes.

SES 4358

Econômicos:
Racionalização dos custos dos tratamentos;
Otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros, disponíveis na instituição.

2.2 VANTAGENS DA PADRONIZAÇÃO

- Aumentar a qualidade da farmacoterapia e facilitar a vigilância farmacológica;
- Garantir a segurança na prescrição e administração de medicamentos, reduzindo a incidência de reações adversas;
- Disciplinar o receituário e uniformizar a terapêutica, quando possível, para estabelecer protocolos criteriosos;
- Reduzir custo de terapêutica, sem prejuízos para a segurança e a efetividade do tratamento;
- Reduzir o número de fórmulas e formas terapêuticas;
- Reduzir estoques qualitativo e quantitativo;
- Reduzir o custo de aquisição de medicamentos;
- Reduzir custos de manutenção do estoque;
- Facilitar a comunicação entre farmácia, equipe médica, pessoal de enfermagem e seções administrativas;
- Simplificar rotinas de aquisição, armazenamento, dispensação e controle.

2.3 FISCALIZAÇÃO SOBRE O ANDAMENTO PRÁTICO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A fiscalização sobre o uso correto do presente manual deverá ser feita através da Comissão de Farmácia e Terapêutica (farmacêutico, médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, enfermeiro e representante do Serviço Médico), mensalmente, visando sempre o aperfeiçoamento da aplicabilidade e resolutivadade do manual de padronização de medicamentos.

3. PADRONIZAÇÃO

A padronização é feita por grupo terapêutico, seguida de distribuição por nome genérico com correspondente comercial.

3.1 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO DIGESTIVO

3.1.1 Antiácidos e antiulcerosos

Hidróxido de alumínio	Susp. oral
Cimetidina	Sol. Inj. 150mg/ml
Cloridrato de Ranitidina	Compr. 150 mg

3.1.2 Antiespasmódico Gastrointestinais e Anticolinérgicos

Atropina	Sol. Inj. 0,25mg
N-Butil-Escopolamina simples	Sol. Inj
N-Butil-Escopolamina composto	Sol. Inj.
N-Butil-Escopolamina composto	Compr. 10mg

3.1.3 Antieméticos e Nauseantes

Dimenidrato com vitamina B6	Sol. Inj.
Metoclopramida	Sol. Inj. 10 mg
Metoclopramida	Compr. 10 mg

3.1.4 Laxantes

Óleo mineral	100% puro

3.1.5 Antiflatulento

Dimeticona	Susp. oral gotas

3.2 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE PROBLEMAS METABÓLICOS, NUTRIÇÃO E EQUILÍBRIO HIDRO-ELETROLÍTICO

3.2.1 Antidiabéticos

Glibenclamida	Compr. 5 mg
Insulina NPH humana	Sol. Inj. 100 UI/ml
Insulina regular humana	Sol. Inj. 100 UI/ml

3.2.2 Vitaminas

Complexo B	Sol. Inj.
Vitamina C	Sol. Inj. 500 mg
Vitamina C	Compr. 500mg
Vitamina K	Sol. Inj. 10mg

3.2.3 Reposição Hidroeletrolítica

Bicarbonato de sódio	Sol. Inj 8,4% 10ml
Cloreto de pótássio	Sol. Inj 10% 10ml
Cloreto de potássio	Sol. Inj. 19,1% 10ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 0,9% 10ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 20% 10ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 0,9% 250ml
Cloreto de sódio	Sol. Inj. 0,9% 500ml
Glicose	Sol. Inj. 5% 500ml
Glicose	Sol. Inj. 25% 10ml
Glicose	Sol. Inj. 50% 10ml
Ringer lactato	Sol. Inj. 500ml

3.3 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS

3.3.1 Anti-anêmicos

Sulfato ferroso	Compr. 40mg

3.3.2 Anti-hemorrágicos

Ácido tranexâmico	Sol. Inj. 250mg
Vitamina K-1	Sol. Inj. 10mg/ml

3.3.3 Anti-coagulantes

Heparina	Sol. Inj. 5000 UI/ml 5ml
Heparina	Sol. Inj. 5000 UI/ml 0,25ml

3.4 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O APARELHO CARDIOVASCULAR

3.4.1 Cardiotônicos

Digoxina	Compr. 0,25mg
Dobutamina	Sol. Inj. 250mg/ml
Dopamina	Sol. Inj. 50mg

3.4.2 Anti-arrítmicos

3.4.2.1 Bloqueadores dos canais de sódio

Fenitoína	Sol. Inj. 50mg/ml
Lidocaína	Sol. Inj. 1%
Lidocaína	Sol. Inj. 2%

3.4.2.2 Agonista de ação central

Clonidina	Sol. Inj. 150 mcg/ml

3.4.2.3 Bloqueadores de canais de cálcio

Nifedipina	Caps SL 10 mg
Nifedipina	Compr. Retard 20 mg

3.4.2.4 Bloqueador Beta adrenérgico

Propanolol	Compr. 40 mg

3.4.3 Vasodilatadores

3.4.3.1 Vasodilatadores coronarianos

Isossorbida	Compr. 5 mg SL
Nifedipina	Caps 10 mg SL
Nitroprussiato de sódio	Sol. Inj. 50mg

3.4.4 Vasoconstrictores

Epinefrina	Sol. Inj. 1 mg/ml

3.4.5 Anti-hipertensivo

Clonidina	Compr. 0,150 mg
Captopril	Compr. 25 mg
Metildopa	Compr. 500 mg
Nitroprussiato de sódio	Sol. Inj. 50mg/2ml
Nifedipina	Caps. 10 mg SL
Nifedipina	Compr. 20 mg retard
Propanolol	Compr. 40 mg

SES 11362

3.4.6 Diuréticos

Furosemida	Sol. Inj. 20 mg/2ml
Furosemida	Compr. 40 mg
Manitol	Sol. Inj. 20%

3.5 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE A PELE

3.5.1 Antimicrobiano

Neomicina + bacitracina	pomada

3.6 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O GLOBO OCULAR

3.6.1 Midriáticos

Ciclopentolato	Sol. Oftálmica
Tropicamida	Sol. Oftálmica 1%

3.6.2 Anestésicos

Cloridrato de tetracaína + fenilefrina + ácido bórico	Sol. oftálmica

3.7 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO GENITO-URINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS

3.7.1 Anti-hemorrágico uterino

Ergometrina	Sol. Inj. 0,2 mg/ml

3.7.2 Oxitócitos Hormonais

Oxitocina	Sol. Inj. 5 UI/ml

3.8 HORMÔNIOS

3.8.1 Corticosteróides

Dexametasona	Sol. Inj. 4 mg
Hidrocortisona	Sol. Inj. 100 mg
hidrocortisona	Sol. Inj. 500 mg
Prednisona	Compr. 20 mg
Prednisolona	Sol. Oral 5 mg/ml

3.12 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

3.12.1 Antiinflamatórios

Cetoprofeno	Sol. Inj. 100mg IV
Diclofenaco de sódio	Sol. Inj. 75 mg
Diclofenaco de sódio	Compr. 50 mg
Dipropianato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	Sol. Inj. 5mg+2mg/ml

3.12.2 Relaxantes Musculares Periféricos

Pancurônio	Sol. Inj. 4mg/2ml
Rocurônio	Sol. Inj. 50 mg/5ml
Ropivacaína	Sol. Inj. 7,5 mg/ml
Succinicolina	Sol. Inj.; 100mg

3.13 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO

3.13.1 Anestésicos Gerais

Cetamina	Sol. Inj. 50mg/ml
Enflurano	Sol. Inal. Fr. 100ml
Halotano	Sol. Inal. Fr. 100ml
Isoflurano	Sol. Inal. Fr. 100ml
Propofol	Sol. Inj. 10mg/ml
Tiopental sódico	Pó sol. Inj. 500mg
Bupivacaína s/adrenalina	Sol. Inj. 0,5%
Bupivacaína pesada	Sol. Inj. 0,5%
Bupivacaína c/adrenalina	Sol. Inj. 0,5%
Bupivacaína s/adrenalina	Sol. Inj. 0,25%

3.13.2 Anestésicos Locais

Lidocaína	Geléia 2%
Lidocaína c/adrenalina	Sol. Inj. 2%
Lidocaína s/adrenalina	Sol. Inj. 2%
Lidocaína s/adrenalina	Sol. Inj. 1%
Prilocaína	Sol. Inj. 3%

3.13.3 Analgésicos Narcóticos

Fentanila c/conservante	Sol. Inj. 0,05mg/ml
Fentanila s/conservante	Sol. Inj. 0,05 mg/ml

3.9 ANTIBIÓTICOS

3.9.1 Aminoglicosídeos

Gentamicina	Sol. Inj. 80mg/2ml
Amicacína	Sol. Inj. 500 mg

3.9.2 Cefalosporina de 1.ª geração

Cefalexina	Caps. 500 mg
Cefalotina	Pó sol. Inj.
Cefazolina	Pó sol. Inj.

3.9.3 Penicilinas

Pen. G. Benzatina	Pó sol. Inj. 600.000 UI
Pen. G. Benzatina	Pó sol. Inj. 1.200.000 UI
Pen. G. Cristalina	Pó sol. Inj. 5000.000 UI
Pen. G. Procaína	Pó sol. Inj 100.000 + 300.000 UI

3.9.4 Penicilina de largo espectro

Ampicilina	Compr. 500mg
Ampicilina	Pó sol. Inj. 500mg

3.9.5 Outros Antimicrobianos

Lincomicina	Sol. Inj. 600mg

3.10 ANTIALÉRGICOS

Dexclorfemiramina	Sol. Oral 0,4 mg/ml
Dipropiato de betametasona + Fosf. Disódico de betametasona	Sol. Inj. 5mg + 2mg/ml
Prometazina	Sol. Inj. 25 mg/ml

3.11 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO APARELHO RESPIRATÓRIO

3.11.1 Broncodilatadores

Aminofilina	Compr. 0,2g
Aminofilina	Sol. Inj. 24 mg/ml

Morfina	Sol. Inj. 0,2mg/ml
Morfina	Sol. I nj. 1 mg/ml
Morfina	Sol. Inj. 10mg/ml
Nalbufina	Sol. Inj. 10mg/ml
Tramadol	Sol. Inj. 50mg
Tramadol	Compr. 50mg

3.13.4 Analgésicos não-opióides

Ácido acetil salicílico	Compr. 100mg
Dipirona	Compr. 500mg
Dipirona	Sol. Inj. 500mg
Dipirona	Sol. Oral gotas 50mg/ml
Paracetamol	Sol. Oral gotas 200mg/ml
Paracetamol	Compr. 500mg

3.13.5 Antoconvulsivantes

Fenobarbital	Sol. Inj. 200mg/ml
Fenitoína	Sol. Inj. 50mg/ml

3.13.6 Ansiolíticos

Diazepan	Sol. Inj. 10mg/ml
Diazepan	Compr. 10 mg
midazolan	Sol. Inj. 15mg/3ml
Midazolan	Sol. Inj. 50mg/ml

3.13.7 Neurolépticos

Clorpromazina	Sol. Inj. 25mg/5ml
Haloperidol	Sol. Inj. 5mg/ml

3.13.8 Hipnóticos e Sedativos

Midazolan	Sol. Inj. 15mg/ml
Midazolan	Sol. Inj. 50mg/ml

3.13.9 Antagonistas dos Opióides

Naloxano	Sol. Inj. 0,4mg/ml

3.13.10 Antagonista dos Benzodiazepínicos

Flumazenil	Sol. Inj. 0,5mg/ml

3.14 MEDICAMENTO USADO EM INTOXICAÇÃO

Carvão ativado	Pote 30g

3.15 OUTROS

Vaselina sólida	Bisnaga 30g
Nitrato de prata	bastão

4. QUADRO DEMONSTRATIVO DOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS – GENÉRICOS x COMERCIAL

Ácido acetil salicílico	AAS
Ácido tranexâmico	Transamin
Amicacína	Novamin
Aminofilina	Aminofilina, Minoton
Ampicilina	Amplacilina, Binotal
Dimeticona+Metilbrometo de Homatropina	Atropina, Atropion
Bicarbonato de sódio	Bicarbonato de Sódio
Bupivacaína c/adrenalina	Marcaína c/v
Bupivacaína pesada	Marcaína pesada
Bupivacaína s/adrenalina	Marcaína s/v
Captopril	Capoten, Lopril D
Carvão ativado	Carvão Ativado
Cefalexina	Keflex, Keforal, Keflaxina
Cefalotina	Keflin
Cefazolina	Kefazol
Cetamina	Ketalar
Cetoprofeno	Bi-Profenid, Artosil
Ciclopentolato	Cicloplegico
Cimetidina	Tagamet
Clonidina	Atensina, Clonidin
Cloreto de potássio	Cloreto de Potássio
Cloreto de sódio	Cloreto de Sódio
Cloridrato de Ranitidina	Antak
Cloridrato de tetracaína + fenilefrina + ácido bórico	Colírio Anestésico
Clorpromazina	Amplictil
Complexo B	Beplex
Dexametasona	Decadron, Baycuten n, Minidex, Dexason
Dexclorfemiramina	Polaramine
Diazepan	Valium
Diclofenaco de sódio	Voltaren
Digoxina	Digoxina, Digox

Dimenidrato com vitamina B6	Dramin B6
Dimeticona	Luftal, Flatex
Dipirona	Novalgina, Anador
Dipropianato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	Diprospan
Dobutamina	Dobutrex, Dobutil
Dopamina	Revivan, Dopabane
Enflurano	Etrane, Enuran
Epinefrina	Adrenalina, Marcaína
Ergometrina	Ergotrate, Methergin
Fenitoína	Hidantal
Fenobarbital	Gardenal
Fentanila c/conservante	Fentanil
Fentanila s/conservante	Fentanil
Flumazenil	Lanexat, Flumazil
Furosemida	Lasix, Furosemide
Gentamicina	Garamicina, Quadriderme, Septopal
Glibenclamida	Daonil, Glucovance
Glicose	Glicose
Haloperidol	Haldol
Halotano	Fluothane
Heparina	Alimax, Heparin
Hidrocortisona	Cortisonal, Solucortec
Hidróxido de alumínio	
Isoflurano	Forane, Isoran
Isossorbida	Isordil, Monocordil
Lidocaína	Xylocaína
Lidocaína c/adrenalina	Xylocaína
Lidocaína s/adrenalina	Xylocaína
Lincomicina	Frademicina, Linatron
Manitol	Manitol
Metildopa	Aldomet, Aldotensin
Metoclopramida	Plasil, Pramil
Midazolan	Dormonid
Morfina	Dimorf, Morfenil
Nalbufina	Nubain
Naloxano	Narcan
N-Butil-Escopolamina composto	Buscopan Composto
N-Butil-Escopolamina simples	Buscopan
Neomicina + bacitracina	Nebacetin
Nifedipina	Adalat, Adalat SL, Adalat Retard, Dilavax, Nifedipin
Nitrato de prata	Solução de Nitrato de Prata
Nitroprussiato de sódio	Nipride

Óleo mineral	Óleo Mineral
Oxitocina	Syntocinon, Orastina
Pancurônio	Pavulon, Pancuron
Paracetamol	Sonridor, Tylenol, Vick Pyrena
Pen. G. Benzatina	Benzetacil, Benzatron
Pen. G. Cristalina	Aricilina, Benzilpen
Pen. G. Procaína	Wycillin, Despacilina
Prednisolona	Prelone, Predsim
Prednisona	Meticorten, Corticorten
Prilocaína	Citocaína
Prometazina	Fenergan
Propanolol	Propanolol
Propofol	Diprivan, Propovan
Ringer lactato	Ringer Lactato
Rocurônio	Esmeron
Ropivacaína	Naropin
Succinicolina	Quelicin
Sulfato Ferroso	Combiron, Ferronil
Tiopental sódico	Thionembutalm Anental
Tramadol	Tramal, Sylador
Tropicamida	Mydriacyl, Tropinom
Vaselina sólida	Vaselina Sólida
Vitamina C	Cewin, Ceviton
Vitamina K	Kanakion, Vikatron
Vitamina K-1	Kanakion, Vikatron

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

4369

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

CRITÉRIOS PARA CONTRATAÇÃO TERCEIRIZADA DE LIMPEZA E VIGILÂNCIA

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

DEFINI DO CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO TERCEIRIZADO

Para se evitar que os contratos de prestação de serviços terceirizados não sejam confundidos com contratos de locação de mão-de-obra: definindo bem o objeto, caracterizando-o claramente como **contrato de prestação de serviço terceirizado** e estabelecendo cláusulas que evitem entendimento diverso do que é lícito no âmbito dessas contratações, bem como afastando de forma objetiva a formação de vínculo empregatício dos empregados da contratada com a Administração:

a) contemplar a terceirização dos serviços no plano estratégico do HGG , ou seja, definir quais são os serviços que são passíveis de terceirização, certificando-se de que os mesmos não fazem parte de atividades fim da instituição, e que, ainda, façam parte do rol de atividades previstas em Lei, tanto para a Administração Direta quanto à Indireta;

b) realizar estudos de dimensionamento dos serviços a serem realizados, quantificando quantos funcionários seriam suficientes para o cumprimento das atividades com qualidade e qual a carga horária necessária;

c) estabelecer quais os serviços que serão contratados, especificar os postos de trabalho (cargos) e locais onde serão prestados os serviços;

d) especificar claramente quais os requisitos necessários que os funcionários alocados pela contratada devem ter para exercerem as atividades propostas (qualificações profissionais);

d) definir exaustivamente as atividades (descrição dos serviços) de cada posto de trabalho (atividades diárias, semanais, mensais, semestrais, etc);

e) adotar critérios de avaliação da qualidade dos serviços prestados, fazendo constar, em edital e no contrato, a forma e a periodicidade com que serão realizadas as vistorias;

f) definir o percentual ou nota de aceitação mínima para a qualidade dos serviços prestados;

g) definir quem será o gestor do contrato firmado por parte da Administração do HMERB, que terá a responsabilidade de fiscalizar os serviços da empresa contratada. Essa informação deve constar expressamente na minuta do contrato;

h) realizar pesquisa de mercado com, no mínimo, 3 (três) empresas do ramo pertinente a fim de **estimar o valor da contratação**, podendo, posteriormente, incluir nos editais de licitação que o valor médio estimado através da pesquisa realizada, será o valor máximo admitido pela contratante. Esse procedimento evita que os preços sejam superestimados na licitação. Não esquecer de que as planilhas de custos devem ser apresentadas com a previsão de todos os custos oriundos da contratação.

Os serviços terceirizados dependem de procedimento licitatório prévio. Somente a lei poderá dar amparo à não utilização de licitação para a contratação de serviços terceirizados, que são os casos expressos de dispensa e inexigibilidade de licitação. Portanto, via de regra, a prestação de serviços terceirizados deve ser licitada.

A licitação destes serviços, é realizada pelo gestor Administrativo do HGG.

CLÁUSULAS NECESSÁRIAS AO CONTRATO (MINUTA)

O contrato de prestação de serviços é o instrumento jurídico que estabelecerá as condições do negócio licitado. Deve, acima de tudo, afastar o caráter trabalhista, ou seja, o vínculo empregatício entre o contratante e os funcionários da contratada.

O vínculo empregatício deverá existir, portanto, entre a contratada e seus funcionários. O papel da Administração, neste caso, será tão somente o de pagar pelos serviços prestados à empresa contratada.

Com isso, visando o afastamento do vínculo empregatício e a ilegalidade, vejamos algumas cláusulas essenciais a este tipo de contrato, a saber:

a) caracterização do contrato como de prestação de serviços e não como fornecimento ou locação de mão-de-obra;

b) descrição precisa dos serviços a serem prestados em cada posto de trabalho;

c) discriminação do local de prestação de serviço de cada posto de trabalho;

d) inclusão de cláusula prevendo a existência de **preposto** (supervisor) da contratada no local da prestação dos serviços;

e) descrição exaustiva do papel do preposto;

f) previsão de mecanismos de controle dos serviços, que será implementado por meio de fiscalização dos registros do preposto da contratada;

g) designação formal do **gestor/fiscal** do contrato por parte da contratante (nome e cargo);

h) descrição das atividades a serem executadas pelo gestor dos contratos, a fim de fiscalizar e avaliar os serviços prestados;

i) discriminação do mês de reajustamento do contrato de acordo com a Convenção Coletiva de Trabalho de cada categoria funcional;

j) previsão de multa para serviços mal feitos ou parcialmente executados, em desconformidade com o pactuado no contrato;

k) adoção de parâmetros de avaliação dos serviços executados no próprio contrato, ou seja, definição da forma como serão avaliados os referidos serviços e do parâmetro de aceitação pela Administração;

l) inclusão de cláusula contratual que obrigue as empresas contratadas a apresentar, juntamente com a nota fiscal ou fatura dos serviços prestados, comprovações dos pagamentos dos encargos trabalhistas e previdenciários, bem como de folha de pagamento específica dos funcionários da contratada que exercem atividades HGG;

m) exigência contratual de que a empresa contratada apresente nota fiscal/fatura com a discriminação da quantidade e dos postos de trabalho que estão sendo cobrados no mês.

CONTRATAÇÃO DA EMPRESA DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

Formalizado o contrato, de acordo com as disposições integrantes no edital e na proposta da contratada, é necessário acompanhar o andamento dos serviços contratados.

Cada uma das partes possui o dever de cumprir o contrato na forma, no tempo e no local estabelecido. Para isso, deve haver uma ação conjunta entre os setores envolvidos: licitação e contratos, finanças, apoio operacional, entre outros.

É dever da Administração acompanhar a execução dos contratos avençados, que é considerada uma das etapas mais importantes Para isso, especificamente para os contratos de terceirização de serviços, alguns cuidados devem ser tomados:

A relação entre o HGG e a empresa terceirizada é regida pelo Direito Civil, e não pela CLT. Nesse caso, alguns cuidados são necessários para não transferir a relação da esfera civil para a esfera trabalhista, evitando, desta forma, a caracterização de vínculo empregatício entre os funcionários da contratada e o órgão ou entidade contratante.

A própria CLT enumera alguns requisitos que ao serem satisfeitos, resultam na configuração de vínculo empregatício. Desta forma, torna-se imperativo que o órgão ou entidade contratante tome os cuidados necessários para não incluir, nos editais e nos contratos, situações ou exigências que possam vir a caracterizar o vínculo empregatício por meio da satisfação dos requisitos da habitualidade, subordinação, pessoalidade e remuneração.

Nesse caso, o contrato **não poderá prever**:

a) Habitualidade: o posto de trabalho é contratado para serviços previstos contratualmente com prazo de vigência certo. Assim que o contrato findar, não haverá mais a prestação dos serviços contratados, ou seja, as pessoas contratadas são funcionários da empresa e não da Administração, e devem deixar seu posto de trabalho assim que expirar a vigência contratual.

b) Pessoalidade: a contratante não deve escolher as pessoas que prestarão os serviços contratados. Quem seleciona os funcionários é a contratada, de acordo com os critérios e qualificações profissionais estabelecidos em edital. A Administração não deve interferir nesta autonomia. O contrato também deve prever que o posto de trabalho possa ser substituído a qualquer tempo por outro funcionário com a mesma qualificação profissional exigida no edital/contrato, no caso de férias, faltas, etc. Não haverá, nesse caso, pessoalidade na contratação.

c) Subordinação: o contratante, representado pelo gestor do HGG, não deve dar ordens diretas aos funcionários da contratada, tais como exigir o cumprimento de horário, atribuir-lhes tarefas, substituir funcionários, etc. Qualquer exigência, solicitação ou

observação sobre os funcionários e o serviço prestado deve ser dirigida ao responsável designado pela empresa contratada (preposto) para que tome as devidas providências.

d) Vinculação hierárquica: não devem, também, os gestores ou servidores do HGG, exercerem poder de mando ou chefia aos funcionários da contratada. Este papel caberá ao responsável da empresa contratada.

e) Prestação de contas dos serviços prestados: servidores ou gestores do HGG não podem exigir do empregado que o mesmo preste contas do que executou ou que execute novamente um serviço mal feito. Na ocorrência destes fatos, o gestor do contrato deve tomar conhecimento e comunicar ao preposto da contratada, nunca diretamente ao funcionário.

f) Controle de freqüência: é vedado ao gestor ou servidores do HGG (contratante) controlar os horários de entrada e saída ou reclamar de atrasos ou falta de cumprimento de horários diretamente aos funcionários da contratada. Nesses casos deve o responsável da Administração comunicar o preposto da contratada para que tome as devidas providências. O importante aqui é lembrar que o serviço deve ser prestado dentro do que foi estipulado contratualmente.

g) Pagamento de salário/remuneração: quem paga o salário dos funcionários é a empresa terceirizada. A Administração paga à contratada o valor estipulado no contrato para a execução dos serviços de cada posto de trabalho.

h) Aplicações de penalidades administrativas e/ou funcionais: as penalidades administrativas são aplicadas pelo contratante, caso a empresa dê causa a inexecução total ou parcial do objeto contratado. As penalidades funcionais devem ser aplicadas pela contratada aos seus funcionários, e não pela contratante. Nunca esquecer que os funcionários são da empresa terceirizada, não da contratante.

COMPETÊNCIAS DO GESTOR/FISCAL DOS CONTRATOS

Existem alguns procedimentos que são de competência exclusiva do gestor/fiscal dos contratos, a fim de fiscalizar os serviços prestados, a saber:

a) providenciar cópia do contrato: o gestor deve conhecer o objeto e a quantidade dos postos contratados, a descrição dos serviços a serem executados, bem como os prazos, locais de prestação do serviço, freqüência dos serviços, enfim, todas as cláusulas importantes que dizem respeito à execução contratual;

b) manter registro dos contratos: verificar a vigência, prazos de execução, necessidades de prorrogações ou de nova contratação, épocas de reajustamento dos preços contratados, tomando as providências cabíveis em
tempo hábil, quando necessário;

c) ter conhecimento das responsabilidades: conhecer as responsabilidades de ambas as partes envolvidas;

d) manter o registro de ocorrências: assegurar a perfeita execução dos serviços em conformidade com o avençado nas especificações técnicas, solicitando, de imediato, a correção de imperfeições detectadas ao preposto da contratada;

e) verificação dos serviços: verificar se os serviços estão sendo prestados no local constante no contrato e a correta utilização dos materiais e equipamentos dentro da quantidade suficiente que assegure a qualidade dos serviços, sem desperdícios, solicitando, quando for o caso, a substituição dos mesmos quando não forem adequados;

f) manter o controle das medições: e efetuar glosa em medições em serviços que forem mal executados ou não executados. Utilizar um Formulário de Ocorrências e/ou Correções para embasar a glosa;

g) sugerir aplicação de penalidades: nos casos de inadimplemento contratual parcial ou total;

h) comunicar ao superior hierárquico: em situações cujas providências excedam as suas competências, propondo as providências cabíveis;

i) auxiliar a área competente, no planejamento de nova licitação: quanto aos quantitativos de postos de trabalho necessários para a continuidade e qualidade dos serviços;

j) solicitar comprovantes mensais: solicitar mensalmente, juntamente com o documento fiscal da prestação dos serviços executados, cópia das comprovações de obrigações trabalhistas e previdenciárias do mês anterior, bem como de qualquer outra documentação disposta no contrato como condição para que se efetive o pagamento:

k) certificar-se de que a empresa contratada está pagando aos funcionários o mínimo exigido em Convenção Coletiva de Trabalho: pode ser realizada conferência através da conferência da folha de pagamento, que deve ser entregue junto com a Nota Fiscal/Fatura dos Serviços;

l) implementar e estabelecer formas de avaliação e controle de qualidade dos serviços prestados: através de planilhas específicas, devidamente documentadas .

MEDIÇÕES

Os serviços prestados devem ser medidos mensalmente, de acordo com o quantitativo e com o preço pactuados no contrato, por posto de trabalho.

Medição é o registro dos quantitativos de serviços efetivamente realizados, de acordo com a descrição dos serviços definida na especificação técnica do contrato.

A unidade de medida utilizada será o posto de trabalho/dia, ou seja, no posto de vigilância ou limpeza, quantos dias efetivamente o serviço foi realizado. No caso de falta de algum dos postos de trabalho contratados, a não reposição por parte da contratada, e a ocorrência de prejuízo na execução do contrato, deve ser apontada em Formulário de

Ocorrências e/ou Correções do fiscal do contrato e repassado ao preposto para posterior desconto na fatura dos serviços.

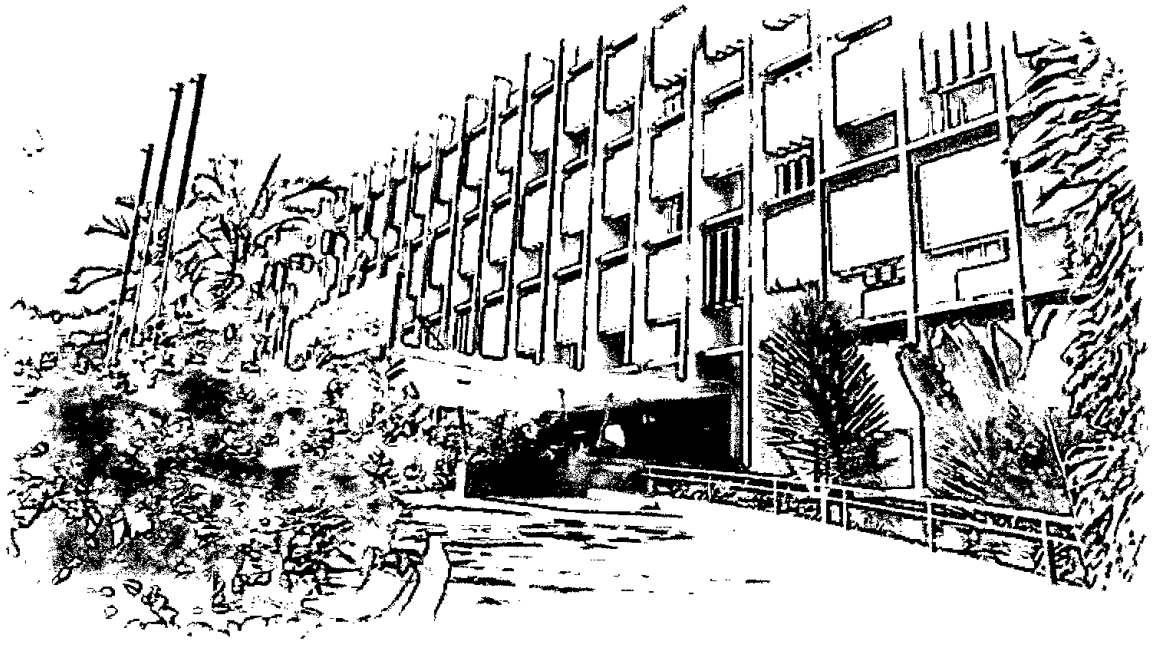
Ressalta-se que somente poderá haver glosa dos serviços não executados quando a contratada, na falta do posto de trabalho, não repor o posto faltante e a não reposição configurar-se em inadimplemento do contrato pela ausência dos serviços que deveriam ter sido executados, como por exemplo: na falta da servente do dia, o lixo não foi recolhido, o chão ficou sujo, etc. Neste caso, a falta do posto de trabalho gerou prejuízo ao serviço que não foi prestado, cabendo a glosa na medição.

A forma e periodicidade das medições devem estar previstas no edital e no contrato.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES
4376
FLS
PROTOCOLO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

CIÊNCIA E TECNOLOGIA

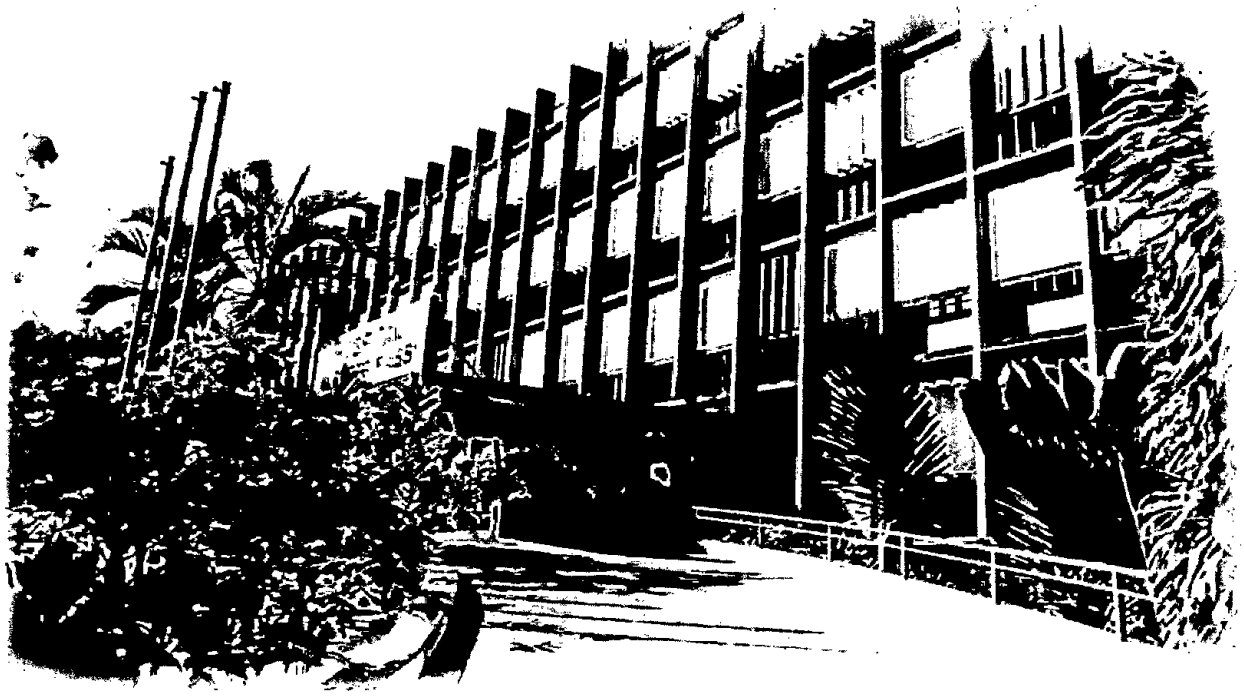
Elaboração:

NEY BORGES VASCONCELOS
IABAS

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 04

2. EDUCAÇÃO PARA OS PROFFISIONAIS DE SÁUDE 05
   2.1 CONCEITO 05
   2.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO 06
   2.3 EDUCAÇÃO CONTINUADA 06
   2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE 07

3. IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO 09
4. PARTICIPANTES 10
5. CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO 10
6. MEIOS DE VERIFICAÇÃO 10

1. INTRODUÇÃO

Estamos vivendo numa sociedade em constantes mudanças, em que a economia, a tecnologia e a informação não encontram fronteiras, ocasionando uma instabilidade de caráter mundial. A grande ênfase do capitalismo está na alta competitividade do mercado de trabalho, exigindo dos trabalhadores constante atualização, aptidão para criar, inovar e tomar decisões frente aos conflitos do cotidiano.

Observando o contexto global em que o ser humano está inserido, é indispensável oportunizar uma educação que possibilite a sua ascensão pessoal e profissional. As instituições, a fim de se firmarem nesse mercado altamente competitivo, desenvolvem estratégias para a ascensão própria e de seus agentes. O planejamento estratégico, por parte das mesmas, deve ser articulado de tal forma que possa acompanhar a evolução dos tempos e negócios, adequando-se a novas realidades, preservando e prestigiando, em seus quadros, os seres humanos que lhes conferem valor. Nele, a gestão de recursos humanos tem significativa importância. Estratégias devem ser implantadas/implementadas no sentido de valorizar o trabalhador, de modo a orientar o planejamento para facilitar o desenvolvimento do ser humano, suas habilidades, competências e potencialidades, fazendo do aprendizado um modo de ser permanente, contínuo, e em sintonia com o seu tempo.

Na realidade do cotidiano do agir e fazer na saúde, é possível dizer que uma das formas de realizar educação continuada é através das inter-relações pessoais, entre todos profissionais de saúde da instituição. Dessa maneira, no exercício da prática, é preciso oferecer estímulos capazes de incentivar o pensamento criativo dos participantes e, a melhora da qualidade de vida pessoal, profissional e institucional está pautada no investimento em educação, que é capaz de tornar o sujeito histórico, reflexivo, crítico e criativo.

Diante do exposto, a educação em saúde, é um importante fator facilitador de aprendizagem contínua, além de contribuir para o desenvolvimento das pessoas, de assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade.

2. EDUCAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SES 438

A questão da educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e sendo acrescida de informações de acordo com o momento sócio-econômico-político vivenciado no país. Essa evolução resultou em conceitos diversos, que são utilizados, em determinados momentos, como sinônimos e, em outros, como concepções diferentes: educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

A necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada à necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nesses serviços de saúde.

Com a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, tornou-se premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e também para atender ao Artigo 200 que regulamenta *"que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos"* para que possam atuar no SUS. Passa, então, aos Municípios uma grande responsabilidade, como também a preocupação de estarem buscando parceiros para a nova empreitada, que é a de capacitar seus profissionais de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto.

O desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituiu-se numa estratégia para a implementação do SUS e para orientar a melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários do SUS.

Os serviços, por sua vez, tentando adequar estes profissionais às demandas que necessitam, propõem processos educativos para aprimorarem o trabalho através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, frente a posicionamentos políticos-ideológicos distintos.

A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70. Nesse período ainda existiam os currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico. A educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o colaborador a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição.É considerada como a capacitação da pessoa para o trabalho específico,portanto, como um tipo de educação cujo desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho, voltada para uma instituição em particular.

Esse tipo de educação em serviço ainda é muito utilizado na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais. Dessa forma, são mais usados os treinamentos, pois estão mais centrados nas técnicas (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos. A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho.

Por sua vez, a educação continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. É entendida como conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do colaborador, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional.

Educação continuada é um processo de contínuo desenvolvimento, que acontece durante toda a vida do indivíduo que visa propiciar condições de aquisição de conhecimentos para que ele atinja seu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo um reajuste frente às mudanças do mundo globalizado. Os serviços de educação continuada nas instituições de saúde devem orientar o direcionamento das atividades educativas, sendo voltados para a realidade institucional e necessidades do pessoal, proporcionando o desenvolvimento profissional e influenciando na qualidade da assistência da saúde.

A utilização da educação continuada como ferramenta no processo educativo dinâmico, dialógico e contínuo de modo individual ou coletivo busca a qualificação, exercício da cidadania e capacitação dos profissionais da saúde a fim de prestar uma melhor assistência ao paciente.

Através da participação na implementação de atividades que requeiram mudanças nas rotinas, os profissionais são estimulados à aquisição de novos conhecimentos, por meio da educação continuada, como estratégia eficaz de aprimoramento constante. Com isso, facilita-se a transferência do potencial do colaborador em comportamento e atitudes objetivas, visando à melhoria da qualidade da assistência, promovendo a oportunidade de ensino, mediante o desenvolvimento da capacidade assistencial dos profissionais da instituição.

A educação continuada é vista como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do processo educativo e esse benefício retorna para a instituição na qual trabalha. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços. Portanto, diante desses conceitos, a educação continuada torna-se, então, em uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas.

A educação é um dos caminhos para a efetivação dessas mudanças. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar,instituiu, através da *Portaria nº 198/MS, de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS.* Essa proposta de educação investe na promoção de mudanças nos processos formativos, nas práticas pedagógicas de saúde e gerenciais, propiciando uma integração entre os diversos segmentos dos serviços de saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) deve contribuir para a transformação do processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade dos serviços, a eqüidade no cuidado e o acesso ao serviço de saúde, uma abordagem que destaca a força das relações no trabalho em saúde, a partir da interação, implicação e compromisso com a produção de si e do mundo.

É entendida como um processo educativo, porque possibilita o surgimento de um espaço para pensar e fazer no trabalho, destacando-se o papel fundamental das instituições de saúde no desenvolvimento permanente das capacidades dos trabalhadores, o qual contribui para o bem-estar social. Também pode ser compreendida como uma ação que possibilita ao indivíduo maior capacidade de atuar dentro do mundo do trabalho, como ser que constrói e destrói norteado por valores políticos, culturais e éticos.

A educação permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade.

Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde é necessário que se busque a educação permanente dos seus profissionais, porque o seu processo é compartilhado coletivamente entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema para a busca de soluções dos problemas reais locais.

O processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial proposto para o SUS e que precisam ser preenchidos para sua efetivação. O processo ainda deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde.

A educação é um processo permanente, que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades.
Ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde.

É fundamental, atualmente, que qualquer instituição de saúde tenha um projeto de educação permanente para os seus colaboradores. É necessário lembrar que esses projetos não sobrevivem sem articulação com as instituições formadoras de recursos humanos.

Existe a necessidade de se promover a verdadeira integração ensino – serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. Portanto, é um caminho de mão dupla.. As escolas articuladas com os serviços podem formar um profissional adequado e capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país, e o serviço se capacita com a presença das escolas no serviço.
Assim, a educação permanente deve ter como objetivo aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas de saúde.

Deve-se entender a educação permanente como instrumento que auxilia na qualificação das ações de saúde de seus praticantes, buscando sempre alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelos trabalhadores de saúde em suas realidades.

As organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos. Necessitam não comente de uma seleção de RH adequada, mas também de um trabalho contínuo com os colaboradores,integrando-os na própria função e no contexto institucional da organização.

Para que isto ocorra efetivamente, torna-se necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores e serviços e possibilitar também a participação social. A educação no ambiente de trabalho é um facilitador na transformação de potenciais em comportamentos, utilizando-se de situações cotidianas conhecidas pelos colaboradores visto que o autodesenvolvimento gera satisfação e melhora a produtividade.

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 técnica 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 e de habilidades técnicas.

Como vimos, há diversas maneiras de conceituar educação continuada, educação permanente e em serviço, mas todas têm propósitos definidos que culmina, de forma integrada ou não, com o de atendimento das metas da instituição, desenvolvimento profissional e pessoal, acréscimo de conhecimentos, aprimoramento de habilidades e promoção de mudanças de atitudes.

3. IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO NO HGG

A educação em saúde é uma estratégia utilizada nos serviços hospitalares para garantir o aprimoramento, desenvolvimento e a capacitação dos profissionais para prestar uma assistência segura e de qualidade aos clientes. Educação continuada se faz necessária pela própria natureza do saber e do fazer humano como práticas que se transformam constantemente. A realidade muda, e o saber que constituímos sobre ela precisam ser revistos e ampliados sempre. Dessa forma o processo de educação se faz necessário para atualizar conhecimentos e estimular mudanças positivas. Compõem-se por diferentes ações como, cursos, congressos, seminários, orientações, técnicas e estudos individuais.

Para a implantação de um Centro de Educação no HGG, alguns fatores devem ser levados em consideração, tais como: filosofia e estruturação da instituição; a política pessoal; a filosofia e estrutura dos profissionais de saúde.

Os colaboradores recém admitidos devem receber informações quanto à filosofia, a política e a estrutura do hospital, os direitos e deveres e a planta física. Os mesmos devem ser ministrados na fase de adaptação do colaborador, quando ele identifica as rotinas, as normas e os procedimentos de determinada instituição facilitando assim a sua integração.

O serviço deve ter como **objetivo principal** desenvolver um programa de educação para as equipes de Saúde do hospital e como **objetivos específicos**: disseminar e promover a adoção de práticas inovadoras entre as equipes de saúde, capacitar os membros das equipes de Saúde para lidar com problemas sociais e psicológicos dos seus pacientes, qualificar todos profissionais do hospital, fomentar a utilização de ações que busquem a humanização do atendimento em saúde, fortalecendo as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes, investigar as maneiras de aprendizagem da organização, investigar o conhecimento como possibilidade de vantagem competitiva da organização, investigar os benefícios que traz a educação continuada para os colaboradores,verificar o interesse dos colaboradores em participar dos programas oferecidos pela organização e as mudanças notadas pelos colaboradores, após a implantação do programa.

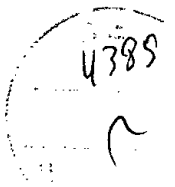
A *utilização dos indicadores no processo da educação em saúde* tem a finalidade em monitorar a eficiência e eficácia operacional do sistema, pois é importante que a empresa possua informações que auxiliem no gerenciamento da organização e que permitam uma base consistente para a tomada de decisão. Podemos trabalhar com alguns indicadores, tais como:

Nº de profissionais/categoria capacitados;
Nº de profissionais que utilizam os protocolos assistenciais;

A continuidade da educação reconhece como princípios que, em qualquer espaço físico que se dê uma interação social, pode ocorrer situação educativa, pois o processo é dinâmico e flexível, a educação tem como objetivo facilitar o desenvolvimento do indivíduo, para que se sinta crescendo enquanto pessoa e, portanto impulsionando a evolução do seu local de trabalho e da própria sociedade.

Concluímos que a melhor maneira para estimular o desenvolvimento do profissional e da instituição é promover um programa de educação no local de trabalho, apesar de

entendermos que nem o melhor programa existente conseguirá conter os desvios na filosofia da instituição.



PARTICIPANTES

O HGG deverá formar uma comissão de educação em saúde para participar do processo de capacitação dos profissionais da organização.

Todos os profissionais da organização deverão participar das atividades educativas de acordo com as necessidades do serviço, do profissional ou através do programa de treinamento da organização.

CONTEÚDO DA CAPACITAÇÃO

No que se refere ao processo de capacitação, trabalharemos as práticas em saúde como eixo integrador do processo educativo. Ofereceremos: Reuniões de equipe, sessões técnico-científicas, organização de conselhos ou comissões técnicas (com representantes das diversas categorias de trabalhadores de saúde) e outras ações concretas no ambiente de trabalho (levantamento, pesquisas em cooperação etc.) podem representar iniciativas e oportunidades para instrumentalizar o trabalho como eixo educativo, privilegiando o enfrentamento e a solução de problemas. Estas ações deverão ser complementadas com outras modalidades de trabalho educativo, orientação de estudos, auto-instruções e modelos de educação a distância etc.

MEIOS DE VERIFICAÇÃO

- Criar instrumento para realizar pesquisa de demanda, com a finalidade de analise do percentual de resolutividade em cada nível de atenção;
- Análise do quantitativo de profissionais capacitados, através de relatórios dos cursos, das listas de freqüência e ou banco de dados.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

4784

SUMÁRIO

1. OBJETIVO DO DOCUMENTO 04

2. DIRETRIZES 05

3. VISÃO GERAL DO PLANO 07

   3.1 MÓDULOS 07
   3.2 CICLOS DE VIDA 08
   3.3 CONCEITOS 08

4. MÓDULO: ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA 15

   4.1 OBJETIVO 15
   4.2 FUNCIONALIDADES 15

5. MÓDULO: INTERNAÇÃO DO PACIENTE 17

   5.1 OBJETIVO 17
   5.2 FUNCIONALIDADES 17

6. MÓDULO: EMERGÊNCIA 24

   6.1 OBJETIVO 24
   6.2 FUNCIONALIDADES 24

7. MÓDULO: CENTRO CIRÚRGICO 30

   7.1 OBJETIVO 30
   7.2 FUNCIONALIDADES 30

8. MÓDULO: LABORATÓRIO 34

   8.1 OBJETIVO 34
   8.2 FUNCIONALIDADES 34

9. MÓDULO: FARMÁCIA 37

   9.1 OBJETIVO 37
   9.2 FUNCIONALIDADES 37

10. MÓDULO: SAME 43

   10.1 OBJETIVO 43
   10.2 FUNCIONALIDADES 43

11. MÓDULO: FATURAMENTO 48

   11.1 OBJETIVO 48
   11.2 FUNCIONALIDADES 48

12. TABELAS BÁSICAS DO SISTEMA 50

1. OBJETIVOS DO DOCUMENTO

SE
4788
Rubrica
PROTOCOLO

O objetivo deste documento é especificar as funcionalidades de um **PIAAPH – PLANO INFORMATIZADO DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE**, para dar suporte à comparação e seleção de sistemas já existentes e/ou para servir de roteiro para desenvolvimento de sistemas com esse escopo.

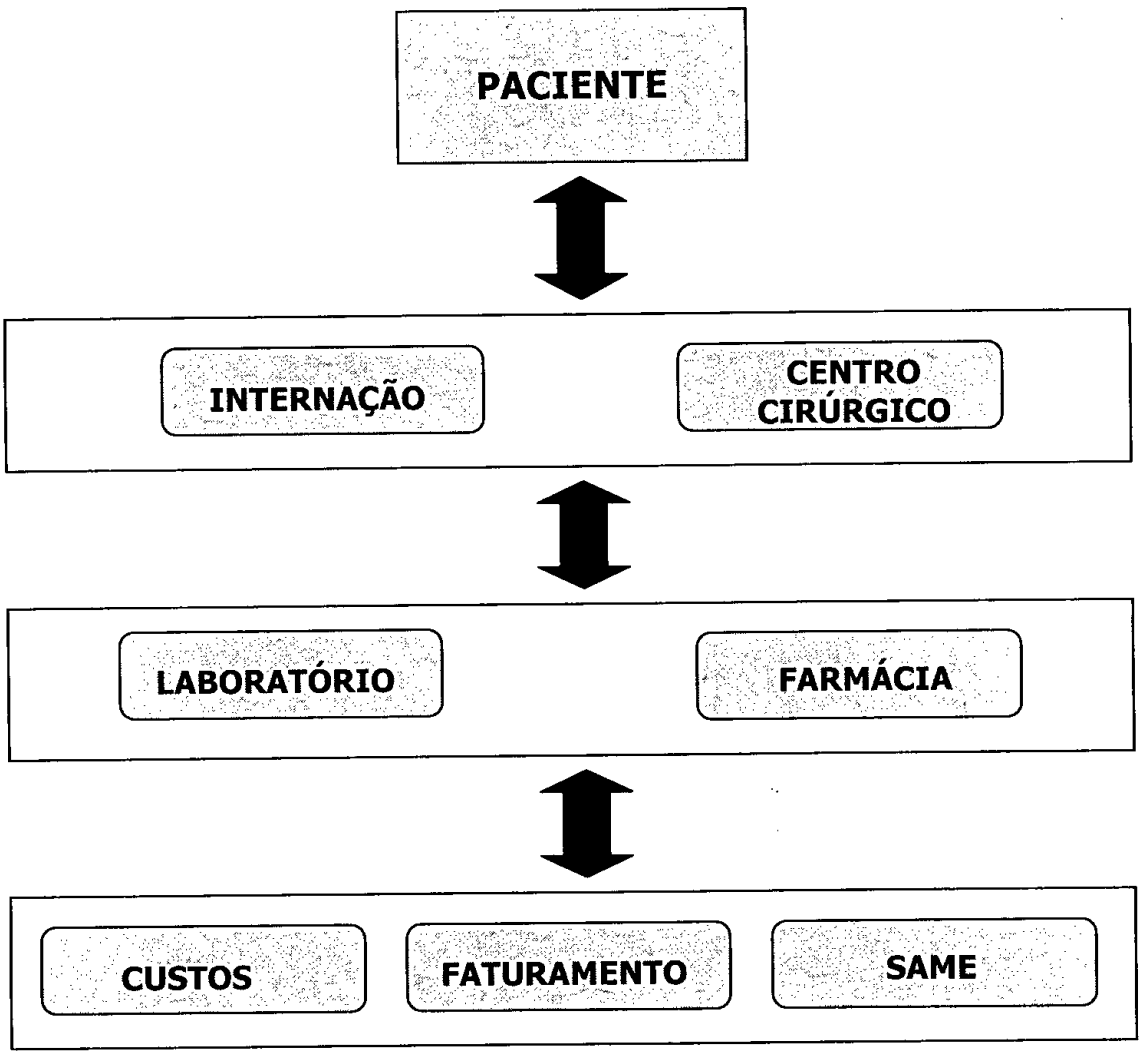
2. DIRETRIZES

- Ser dotado de todas as funcionalidades necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos, em toda a sua abrangência, numa Unidade de Saúde;
- Ser modular, porém com módulos integrados entre si, que permitam a implantação escalonada;
- Ser capaz de estabelecer parâmetros para atender as necessidades de evolução temporal das regras do negocio estabelecidas pela Unidade de Saúde e/ou por órgãos normativos;
- Possuir padrão arquitetônico estável e aderente aos padrões de mercado;
- Ser dotado de padrões de segurança quer para acesso, quer para garantir a confidencialidade dos dados relativos aos pacientes e outros que se enquadrem na categoria sigilo;
- Possuir ambientes de testes e treinamentos;
- Ser funcional de forma a gerar consultas com senhas administrativas;
- Permitir exportação de dados para planilhas de cálculo e documentos de texto pelo próprio usuário;
- Possuir menus configuráveis para cada tipo de usuário e/ou grupos de usuários;
- Permitir a navegação por registros relacionados: da internação, da alta, dos exames, etc.;
- Permitir gerenciamento do ***workflow*** de tarefas, proporcionando a cada usuário ou grupo de usuários a visualização das tarefas necessárias e possíveis dentro de sua competência;
- Ser dotado de rotinas de operação e manutenção de forma que equipe do serviço de tecnologia da informação seja otimizada;
- Dispor de ***helpdesck*** (documentação e manutenção detalhada), ou seja, uma equipe preparada para prestar ajuda on-line a todos os usuários do sistema;
- Dispor de total integração (exportação de dados – interface) com os sistemas de faturamento adotados pelo Ministério da Saúde para que não ocorram erros e/ou retrabalho na digitação das informações (MDB, TXT, XLS ou SQL);

3. VISÃO GERAL DO PLANO

3.1 MÓDULOS

Fluxo: sistema, módulos e inter-relações



3.2 CICLOS DE VIDA

A importância dos ciclos de vida está na possibilidade de se impor regras de seqüência lógica de eventos.

Entre uma entrada e uma saída correspondente pode haver:

- Aplicação de medicamentos e descartáveis;
- Solicitação de exames e seus correspondentes laudos;
- Mudança de localização dentro da mesma unidade;
- Mudança de estado de saúde.

Podem ocorrer repetidas entradas e saídas do centro cirúrgico de uma mesma internação.

3.3 CONCEITOS

As informações que compõem o sistema são organizadas tendo em vista o acompanhamento dos fatos modelados relacionados como os eventos ocorridos no mundo real, aliadas à possibilidade de sua recuperação de forma adequada.

Os arquivos são compostos por coleções de registros semelhantes que são representados por uma identificação e uma série de atributos (adjetivos). A identificação determina de forma biunívoca um registro da coleção.

Os atributos, que em conjunto poderiam servir de identificadores, tem ainda como agravante um grau de volatilidade inadequado para esta utilização.

Assim, o nome de uma pessoa ou seu apelido poderá ser um identificador dependendo do âmbito (por exemplo, no âmbito familiar). O nome é também volátil na medida na medida em que pode ser mudado, no caso de mulheres quando do casamento, da separação, da viuvez ou por solicitações judiciais (nomes que causam constrangimento).

Alguns atributos são mais voláteis que outros: o nome de uma cidadã é mais volátil que a sua data de nascimento e menos volátil que o seu endereço ou número do telefone.

Os atributos podem ser identificadores dependendo do seu controlador. Por exemplo, o número do CPF é identificador para a Secretaria da Fazenda, mas é atributo, por exemplo, para um sistema da folha de

pagamento que terá como identificador o número de matrícula do empregado, que não tem nenhum interesse para a Secretaria da Receita.

As informações cadastrais são aquelas que incluem os atributos que lhe são intrínsecos e com baixa volatilidade. 4393

As informações históricas são aquelas que representam sucessivos eventos, obedecendo a uma lógica pré-definida, ocorridos com um determinado elemento num intervalo de tempo, compostas de identificação, data, horário, código de evento e atributos que restauram e descrevem o evento: com quem, quando, o que ocorreu e como ocorreu.

A representação vetorial de um elemento significa os valores de seus atributos em um determinado instante.

Os conceitos abaixo relacionados são focados e detalhados para o caso em análise:

3.3.1 Identificação do paciente

Refere-se ao campo que identifica de forma biunívoca o paciente para a Unidade de Saúde (controlador de identificação).

O sistema deve ter o poder de abrigar, como atributo, a identificação anterior já utilizada na Unidade de Saúde.

Na fase atual, em que o Cartão Nacional de Saúde não está implantado em sua totalidade, sua identificação também deve servir para identificar o paciente, também ainda como atributo.

Na falta da identificação anterior, da identificação atual e do CNS a sua busca deverá ser realizada pelos atributos, nesta seqüência, confrontando com outros dados:

Tipo/número do documento
Nome;
Nome da mãe e
Data de nascimento

É ABSOLUTAMENTE FUNDAMENTAL QUE NÃO HAJA DUPLICATAS DE REGISTROS DO MESMO PACIENTE.

3.3.2 Cadastro de paciente

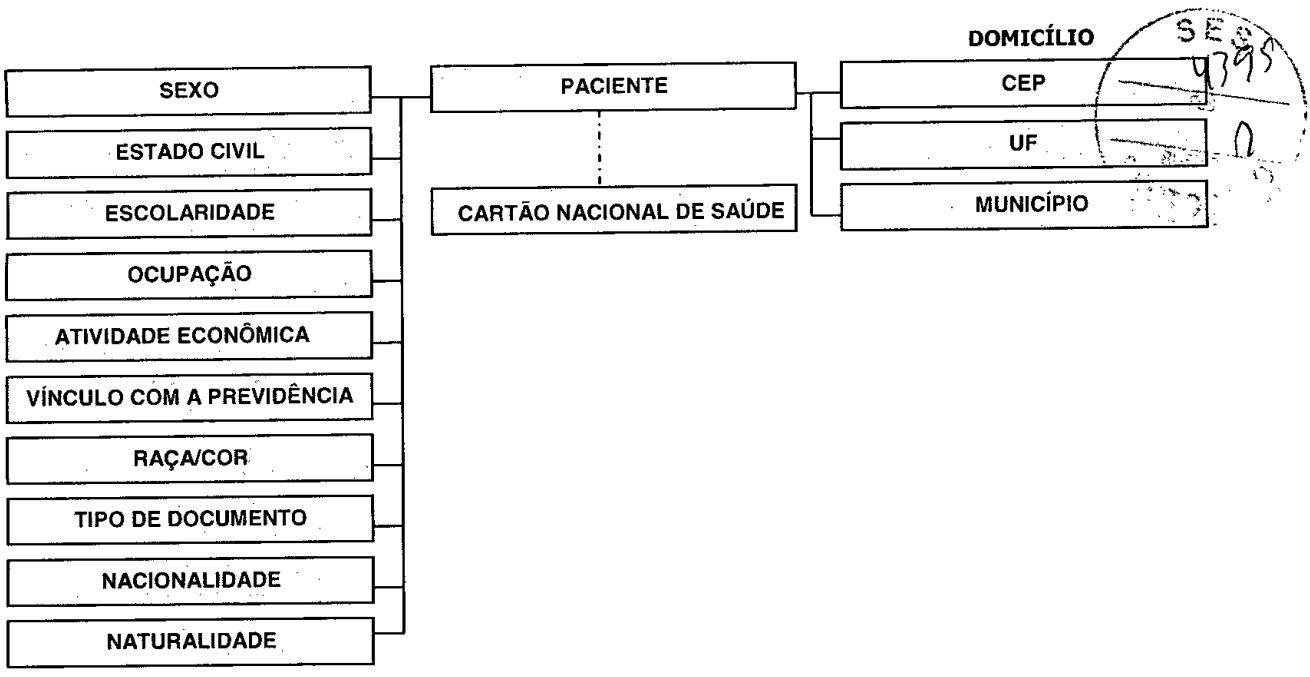
Refere-se ao conjunto de atributos de baixa volatilidade e que podem e devem ser atualizados a cada ciclo de contato entre paciente e Unidade de Saúde.

Abaixo seguem os atributos do cadastro de paciente:

Nome da mãe do paciente	CEP do domicílio
Sexo	Logradouro do domicílio
Estado civil	Complemento do domicílio
Grau de escolaridade	Bairro do domicílio
Data de nascimento	Município do domicílio (IBGE)
Ocupação principal (classificação brasileira de ocupações)	UF do domicílio
Atividade econômica (código nacional de atividade econômica)	Identificação anterior do paciente na Unidade de Saúde
Vínculo com a previdência	DDD do telefone fixo
Raça/cor	Identificação do telefone fixo
Tipo de documento, sua identificação e emissor	DDD do telefone celular
Nacionalidade	Identificador do telefone celular
Naturalidade (UF)	CPF
Apelido	Ponto de referência

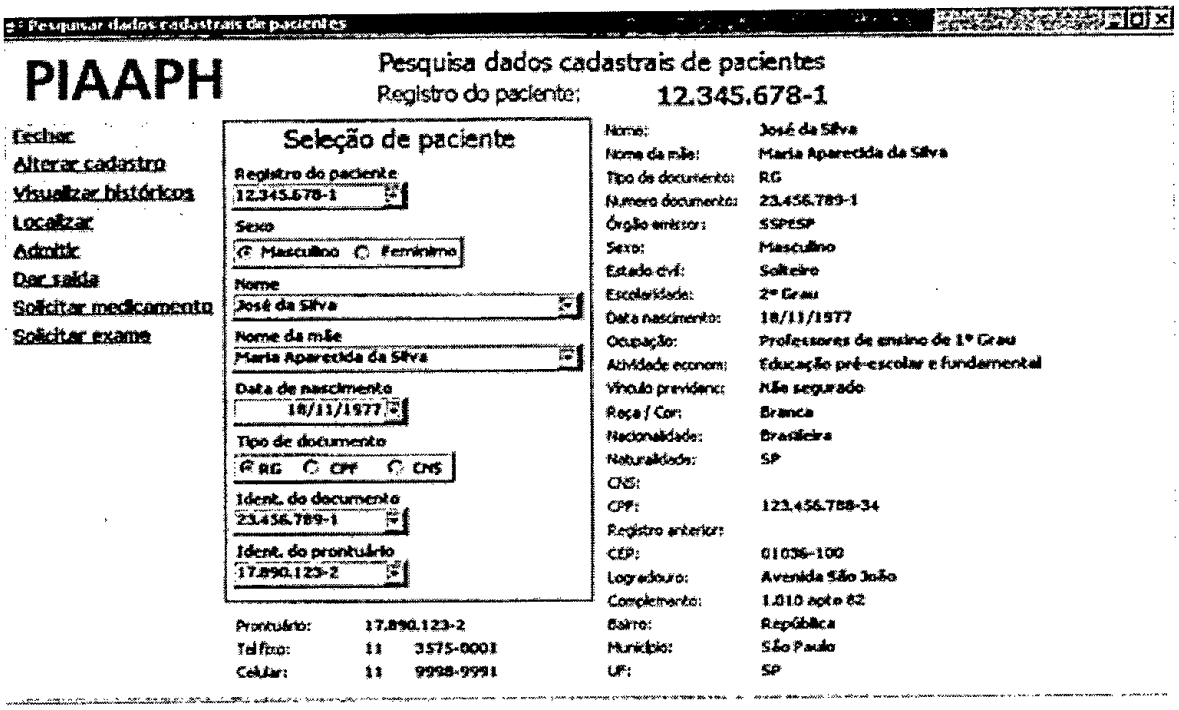
Os atributos devem ser amparados por tabelas de apoio para dar consistência aos dados na digitação.

Abaixo, exemplificamos graficamente as entidades e seus relacionamentos que participam do cadastramento do paciente.


SEXO
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDADE
OCUPAÇÃO
ATIVIDADE ECONÔMICA
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
RAÇA/COR
TIPO DE DOCUMENTO
NACIONALIDADE
NATURALIDADE
PACIENTE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
DOMICÍLIO
CEP
UF
MUNICÍPIO

A pesquisa de um paciente é tarefa fundamental (ponto de partida) para a maioria das transações do sistema e para evitar duplicatas de registros de pacientes.

Segue outro exemplo dessa atividade:



Notas:

- Observar que quando selecionado o registro do paciente na Unidade de Saúde já se estará definindo um e um só paciente;
- É possível que algum outro campo já determine um e um só registro. Por exemplo, um nome sem homônimos;
- O processo de localização de um registro de paciente é baseado na imposição de restrição de universos cada vez menos numerosos a cada seleção de cada campo, até restar um único registro. Somente neste caso, serão exibidas as opções para avançar para outra tela: antes disso a única opção será "fechar";
- O processo de cadastramento de um suposto novo paciente deve esgotar todas as possibilidades de busca para verificação da veracidade desta informação.

3.3.3 Histórico do paciente

Refere-se ao conjunto de registros históricos referentes a eventos ocorridos e modelados no mundo real na relação paciente + Unidade de Saúde.

Estes registros de eventos ocorridos devem sempre der indexados a datas e horários em que os eventos ocorreram, bem como, quem os registrou e em que data e horário.

Os eventos básicos pertinentes são:

- Entradas e saídas da internação, de emergência e do centro cirúrgico;
- Mudanças de localização do paciente na Unidade de Saúde;
- Mudanças no estado de saúde do paciente;
- Aplicações: de serviços profissionais (procedimentos hospitalares/ambulatoriais), de medicamentos, de descartáveis e de solicitação de exames e seus respectivos laudos.

Um único histórico de paciente pode conter várias entradas e saídas de internação, de centro cirúrgico, de emergência: cada um dos oito ciclos citados anteriormente deve ser identificável.

Os eventos possuem, além da data e horário em que ocorreram e do código de significado, outros atributos.

3.3.4 Vetor situacional de um ciclo de paciente

Refere-se a um corte no histórico de um paciente em uma determinada data e horário. O corte mais importante (e mais utilizado) se refere à data de hoje onde o vetor mostrará a última situação de cada um dos atributos do paciente.

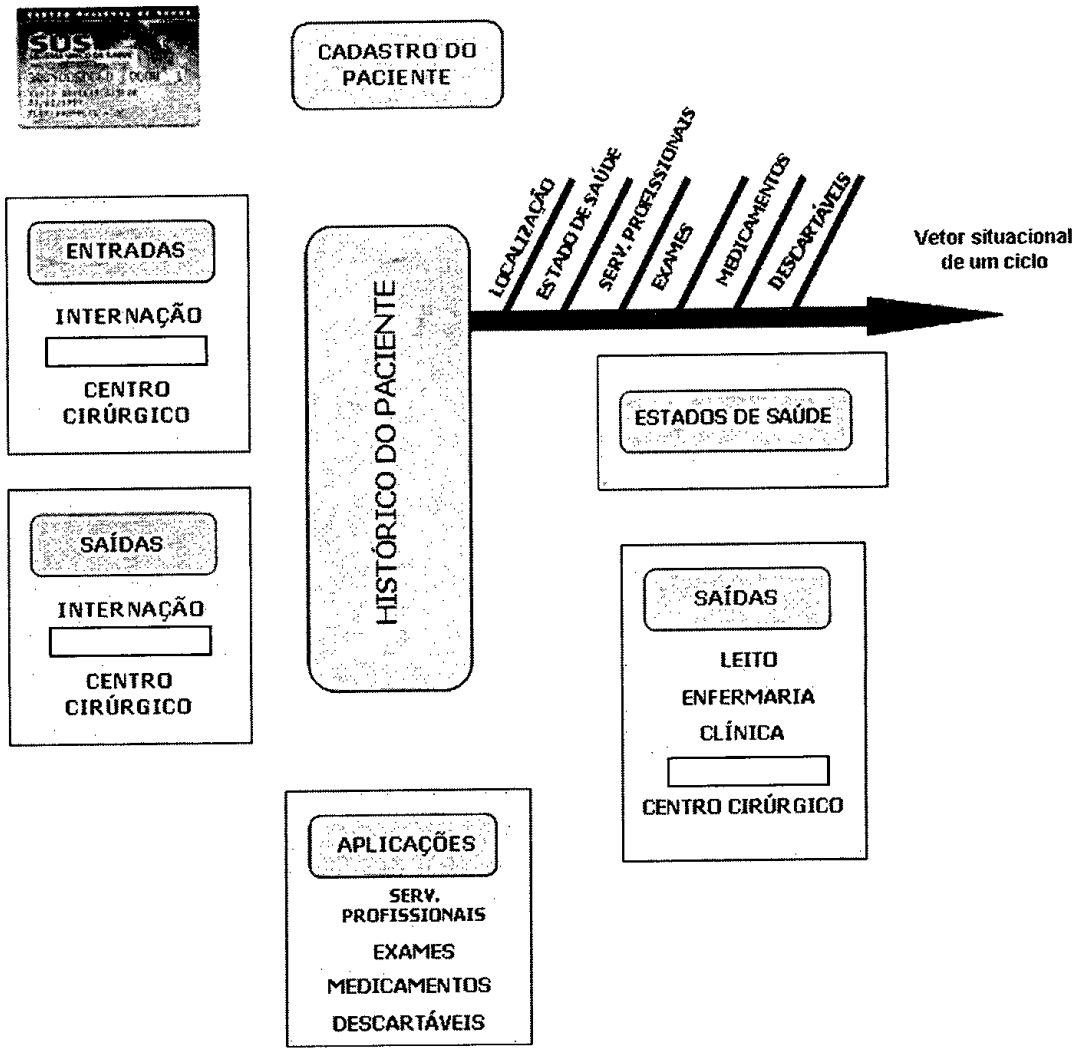
O vetor deve ser capaz de exibir:

- A identificação do paciente;
- Os dados cadastrais do paciente;
- Os dados referentes à última entrada do paciente na Unidade de Saúde;
- Os dados referentes à sua última saída, se egresso da Unidade de Saúde;
- As aplicações de serviços profissionais (procedimentos hospitalares/ambulatoriais), medicamentos, descartáveis e exames ocorridos

durante seu último ciclo de ralação com a Unidade de Saúde;

- A sua localização atual (se não egresso);
- O seu estado de saúde atual.

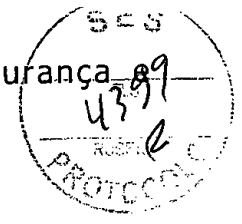
Abaixo, resumimos graficamente estes conceitos:



4. MÓDULO: ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA

4.1 OBJETIVO

Dar suporte a inicialização, operação, manutenção, segurança e controle do sistema.



4.2 FUNCIONALIDADES

4.2.1 Instalação do sistema

Permitir a partir de programa de instalação específico, transferir os arquivos necessários para operação do sistema nos servidores, nas estações de trabalho e também permitir o estabelecimento dos vínculos com o gerenciador de banco de dados.

4.2.2 Parametrização do sistema

Permitir o estabelecimento das características da Unidade de Saúde, inserindo, alterando ou excluindo as suas regras de negócio.

4.2.3 Inicialização das tabelas de dados básicos do sistema

Permitir a entrada de dados e a migração dos dados de tabelas pré-existentes, dirigida a tabelas básicas do sistema.

4.2.4 Manutenção manual das tabelas de dados básicos

Permitir novas inclusões, exclusões, alterações nas tabelas básicas manualmente, assim como, permitir a atualização de alterações em tabelas mantidas por terceiros de forma estruturada através de programa.

4.2.5 Manutenção das tabelas de usuários do sistema

Permitir definir, para o sistema, o perfil dos diversos tipos de usuários (usuários comuns e usuários chaves), atribuindo-lhes acessos e competências.

4.2.6. Controle das alterações

Registrar e dar acesso a todas as operações realizadas no sistema, envolvendo as identificações do usuário, na execução de cadastro, alteração ou exclusão de qualquer informação no sistema.

4.2.7 Operação de rotina de cópia de segurança (backup)

Permitir executar a cópia programada de todos os arquivos pertinentes ao sistema para uma outra mídia.

4.2.8. Operação de rotina (recovery)

Permitir executar a cópia dos arquivos pertinentes a partir de mídia contendo backup em substituição aos arquivos atuais, seletivamente.

4.2.9 Manutenção/atualização do sistema

Permitir, quando da geração de nova versão do sistema ou de patches de correção ou melhorias, atualizar o sistema em uso.

4.2.10 Desligar o sistema

Permitir de maneira não abortiva, premeditada, desligar o sistema enviando mensagem aos usuários com antecedência.

4.2.11 Religar o sistema

Retornar o sistema a sua plenitude após o desligamento não abortivo.

4.2.12 Separação de dados históricos

Permitir, através de parâmetros, eliminar dos arquivos on-line, registro de fatos considerados de pouca utilidade por conta de sua idade e arquiva-los separadamente.

4.2.13 Reintegração de dados históricos

Permitir operação inversa da anterior: re-agregar registros históricos.

SES 4401

5. MÓDULO: INTERNAÇÃO DE PACIENTE

5.1 OBJETIVO

Registrar e consultar no sistema todos os eventos pré-definidos ocorridos com os pacientes desde sua entrada até sua saída da Unidade de Saúde (ciclo de vida do processo).

5.2. FUNCIONALIDADES

5.2.1 Cadastrar paciente

Registrar no sistema, os dados pessoais e demográficos do paciente, permitindo prever:

- Grande ênfase, de modo a evitar a multiplicidade de registros do mesmo paciente, servindo-se da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento;
- A adoção de tabelas de apoio e utilização de posicionamento alfabético ou numérico para a redução de erros de digitação;
- A utilização do Cartão Nacional de Saúde (quando houver leitora) ou apenas sua identificação (quando não houver leitora).

5.2.2 Alterar cadastro de paciente

Alterar (corrigir) valores ou preencher campos ainda não preenchidos relativos aos dados cadastrais do paciente. Valem as mesmas considerações de *Cadastrar Pacientes.*

5.2.3. Consultar cadastro de paciente

Localizar um registro de paciente já cadastrado para visualização dos valores contidos em seus campos cadastrais.

Deve permitir a utilização da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento.

Permitir a seleção de conjuntos de registros de pacientes através de regras de seleção por vários critérios estabelecidos por valores de vários campos.

5.2.4 Internar paciente

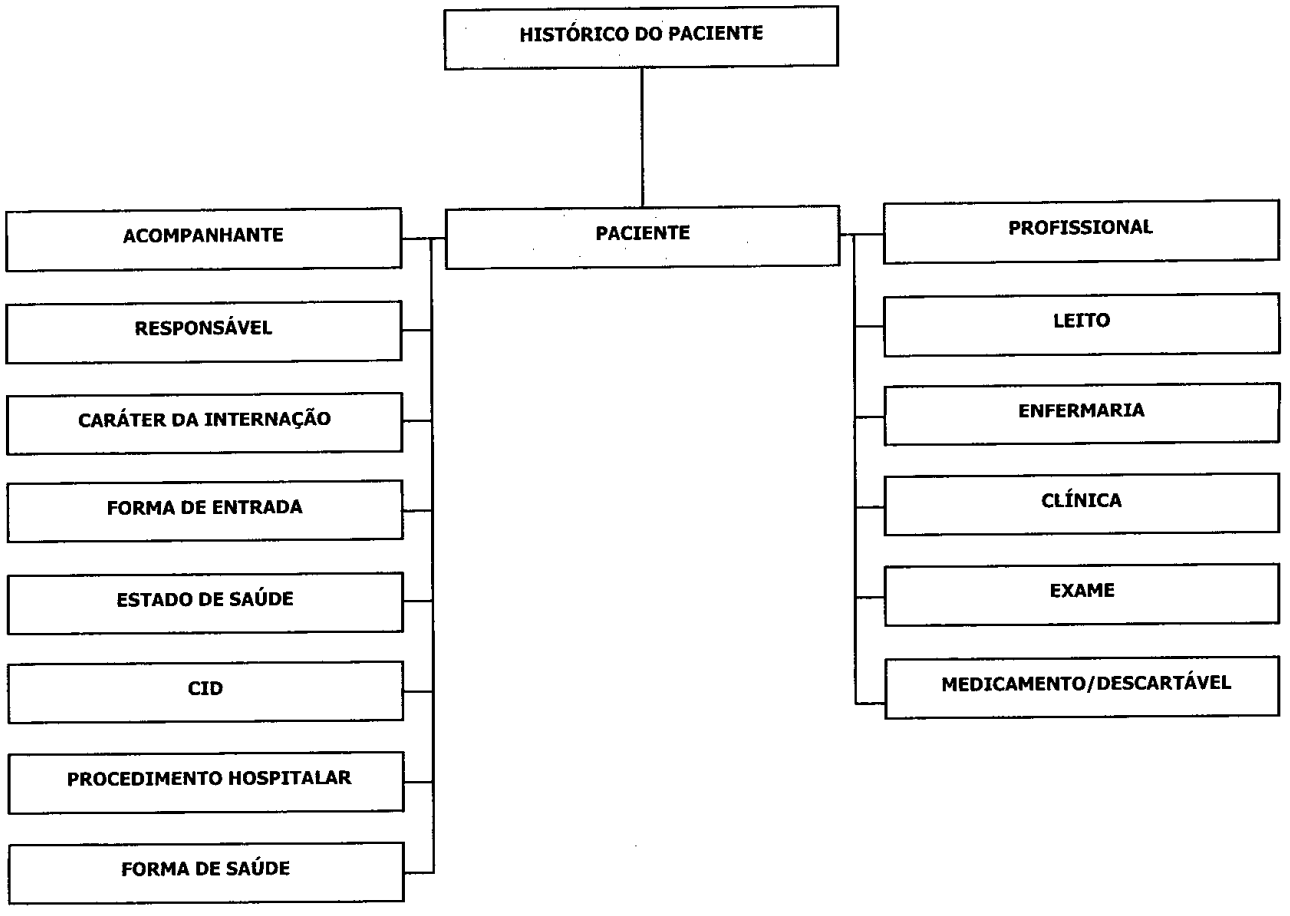
Registrar no sistema o ato de internar o paciente. Nessa operação é estabelecida a relação do paciente com a Unidade de Saúde.

Na operação "internar" paciente, após digitar todas as informações sobre o paciente um leito é alocado no sistema, em uma clínica/enfermaria da Unidade de Saúde.

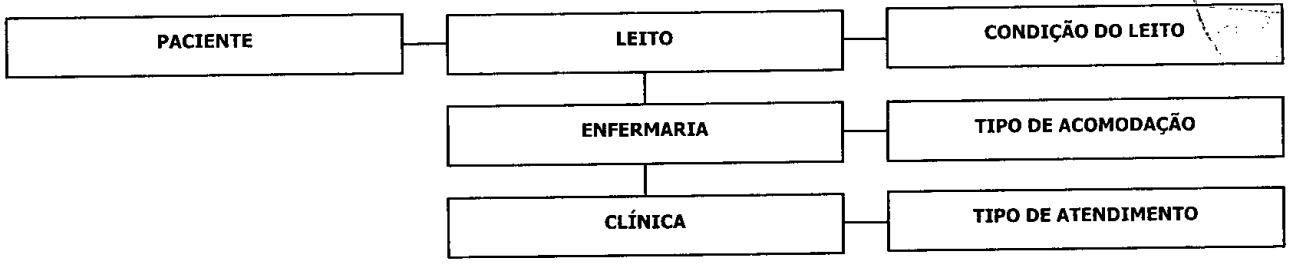
Essa operação prevê:

- A possibilidade de internar paciente sem que haja leito disponível para aquela especialidade necessária;
- O estabelecimento de restrições de utilização de leito/enfermaria/clínica través do sexo e/ou idade do paciente;
- A identificação de um acompanhante e/ou responsável.

Abaixo, exemplificamos graficamente os grupos envolvidos nos eventos da internação e saída do paciente.



Abaixo, exemplificamos graficamente os grupos e seus relacionamentos no que tange à localização do paciente em uma internação na Unidade de Saúde.



5.2.5 Alterar internação do paciente

Alterar no sistema valores e/ou preencher campos ainda preenchidos relativos à internação do paciente.

5.2.6 Cancelar a internação do paciente

Registrar no sistema o cancelamento da internação do paciente, tornando-a sem efeito.

5.2.7 Saída do paciente

Registrar no sistema, a saída do paciente da Unidade de Saúde por qualquer que seja o motivo (alta médica, óbito, transferência, evasão, desistência).

5.2.8 Alterar a saída do paciente

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à saída do paciente.

5.2.9 Cancelar a saída do paciente

Registrar no sistema o cancelamento da saída do paciente, tornando-a sem efeito.

5.2.10 Atualizar estado de saúde do paciente

Alimentar o sistema, atualizando-o, a cada nova modificação, com as informações sobre o estado de saúde do paciente.

SES 4404 FLS

5.2.11 Cancelar a última atualização sobre o estado do paciente

Cancelar no sistema a última atualização feita sobre o estado do paciente, tornando-a sem feito.

5.2.12 Alterar a localização do paciente

A cada mudança de localização/leito do paciente (emergência, enfermaria, UTI, SR, centro cirúrgico, etc.) o sistema deverá ser alimentado com a nova informação. O leito original (enfermaria) poderá ou não ficar reservado para o retorno do paciente (no caso de UTI), podendo, portanto, um único paciente possuir dois leitos no sistema.

5.2.13 Cancelar a última alteração de localização do paciente

Registrar no sistema o cancelamento da última localização do paciente, tornando-a sem efeito.

5.2.14 Solicitar exames

REGISTRAR NO SISTEMA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA UM DETERMINADO PACIENTE.

5.2.15 Alterar solicitação de exames

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à solicitação de exames para um determinado paciente.

5.2.16 Cancelar solicitação de exames

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de exame para o paciente, informando o motivo e dessa forma, tornando-a sem efeito.

5.2.17 Consultar situação da solicitação de exames

Consultar no sistema o status da solicitação de exame.

5.2.18 Consultar laudo (resultado) de exame

Consultar no sistema o resultado do exame solicitado.

5.2.19 Solicitar medicamento ou material descartável

Registra no sistema a solicitação de medicamentos, kit's e/ou materiais descartáveis para uso com determinado paciente ou itens de uso geral para aplicação na unidade organizacional.

5.2.20 Alterar solicitação de medicamentos/material descartável

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à solicitação de medicamentos/materiais descartáveis e/ou kit's para um determinado paciente e/ou item de uso geral para aplicação na unidade organizacional.

5.2.21 Cancelar solicitação de medicamentos e/ou materiais descartáveis

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de medicamentos, materiais descartáveis, kit's e/ou itens de uso geral, tornando-a sem efeito.

5.2.22 Cadastrar recém-nascido

Registrar no sistema todos os dados do recém-nascido, do parto e da mãe.

5.2.23 Cancelar o cadastramento do recém-nascido

Registrar no sistema o cancelamento do cadastramento do recém-nascido, tornando-o sem efeito.

5.2.24 Consultar o histórico do paciente

Localizar/visualizar um conjunto de informações (registros) de um paciente já cadastrado (campos cadastrais, vetoriais e históricos). Na consulta poderá ser incluído se o paciente é/está internado ou egresso.

A visualização das informações poderá ser através da tela ou através de relatório impresso.

A consulta dever permitir:

- A seleção do universo a ser visualizado através de fixação de valores de um ou mais campos;
- A classificação do conjunto de informações selecionado nas ordens crescentes e decrescentes com escolhas dos campos a serem classificados;
- A seleção dos campos que comparecerão nos resultados da seleção.

Para os casos de campos que se referem a datas/horas deverá ser possível calcular o tempo decorrido, em dias e horas, entre a data referida e o dia/horário atual.

Neste caso, deverá ser possível utilizar os operadores matemáticos "maior que", "menor que", "maior ou igual que", "menor ou igual que" ou "igual a" para o tempo calculado decorrido.

Nestas condições, será possível selecionar, por exemplo, registros de pacientes com:

- Dia de internação superior a;
- Dias de permanência na clinica superior a;
- Dias de permanência desde a internação com procedimento hospitalar selecionado superior a x dias;
- Dias desde a internação = 0 (internados hoje);
- Dias desde a internação = 1 (internados ontem);
- Dias desde a saída = 0 (egressos hoje).

5.2.25 Consultar leitos, enfermarias e clínicas

Visualizar os registros de leitos das diversas clínicas/enfermarias com relação a sua ocupação, estado, disponibilidade. Permitir a elaboração, visualização e impressão do censo hospitalar.

5.2.26 Emissão de atestado médico

Emitir documento comprobatório de decisão de licença médica para fins de vínculo empregatício.

5.2.27 Emissão de Termo de Responsabilidade

Emitir documento definindo as regras de responsabilidade sobre a internação do paciente.

5.2.28 Emissão de ficha de recém-nascido

Emitir documento contendo os dados do recém-nascido.

5.2.29 Declaração de nascido-vivo

Emitir documento contendo os dados do recém-nascido, da mãe, da gestação e do parto.

6. MÓDULO: EMERGÊNCIA

6.1 OBJETIVO

Registrar e consultar no sistema todos os eventos ocorridos com os pacientes que deram entrada na Unidade de Saúde através da emergência.

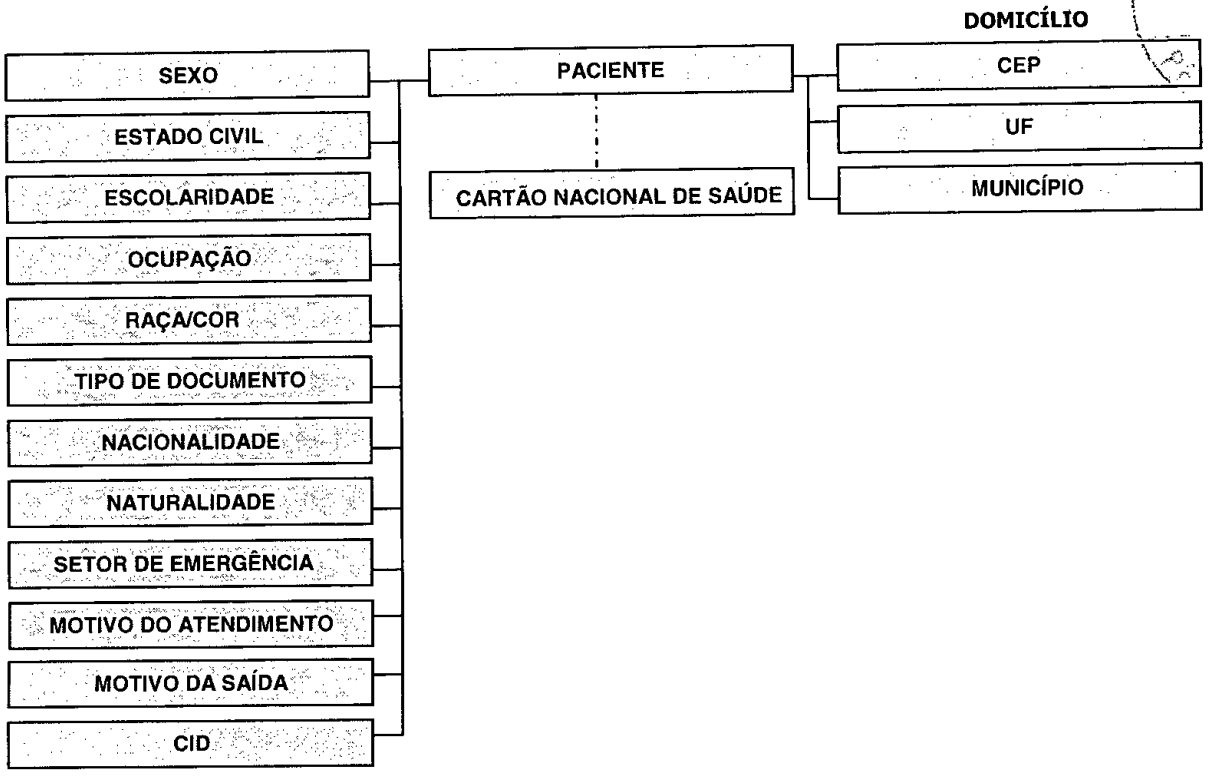
6.2 FUNCIONALIDADES

6.2.1 Entrada de paciente na emergência

Registrar no sistema os dados pessoais e demográficos do paciente além de dados referentes à chegada do paciente na unidade, quando possível. Essa operação deve prever:

- Grande ênfase, de modo a evitar a multiplicidade de registro do mesmo paciente, servindo-se da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento;
- A adoção de tabelas de apoio e utilização de dígito verificador para a redução de erros de digitação;
- A utilização do Cartão Nacional de Saúde (quando houver leitora) ou apenas sua identidade (quando não houver leitora).

Abaixo, representamos graficamente as operações de entrada e saída do paciente da emergência.



6.2.2 Alterar entrada de paciente na emergência

Alterar no sistema valores e/ou preencher campos ainda preenchidos relativos à entrada do paciente na emergência. Valem as mesmas considerações de entrada de paciente na emergência.

6.2.3 cancelar entrada de paciente na emergência

Registrar no sistema o cancelamento a entrada do paciente na emergência, tornando-a sem efeito.

6.2.4 Consultar cadastro de paciente

Localizar um registro de paciente já cadastrado para visualização dos valores contidos em seus campos cadastrais.

Deve permitir a utilização da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento. Permitir também, a seleção de conjuntos de registros de pacientes através de regras de seleção por vários critérios estabelecidos por valores de vários campos.

6.2.5 Saída de paciente da emergência

Registrar no sistema, a saída do paciente da unidade emergência por qualquer que seja o motivo (alta médica, óbito, evasão, desistência, transferência para outra unidade de saúde ou para a internação).

6.2.6 Alterar a saída do paciente da emergência

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à saída do paciente da emergência.

6.2.7 Cancelar a saída do paciente da emergência

Registrar no sistema o cancelamento da saída do paciente da emergência, tornando-a sem efeito.

6.2.8 Alterar a localização de paciente na emergência

Alterar no sistema, a localização do paciente quando este sair da emergência.

6.2.9 Consultar histórico do paciente

Localizar/visualizar um conjunto de informações (registros) de um paciente já cadastrado (campos cadastrais, vetoriais e históricos). Na consulta poderá ser incluído se o paciente é/está internado ou egresso.

A visualização das informações poderá ser através da tela ou através de relatório impresso.

A consulta dever permitir:

- A seleção do universo a ser visualizado através de fixação de valores de um ou mais campos;
- A classificação do conjunto de informações selecionado nas ordens crescentes e decrescentes com escolhas dos campos a serem classificados;
- A seleção dos campos que comparecerão nos resultados da seleção.

Para os casos de campos que se referem a datas/horas deverá ser possível calcular o tempo decorrido, em dias e horas, entre a data referida e o dia/horário atual.

Neste caso, deverá ser possível utilizar os operadores matemáticos "maior que", "menor que", "maior ou igual que", "menor ou igual que" ou "igual a" para o tempo calculado decorrido.

Nestas condições, será possível selecionar, por exemplo, registros de pacientes com:

- Dia de internação superior a;
- Dias de permanência na clinica superior a;
- Dias de permanência desde a internação com procedimento hospitalar selecionado superior a x dias;
- Dias desde a internação = 0 (internados hoje);
- Dias desde a internação = 1 (internados ontem);
- Dias desde a saída = 0 (egressos hoje).

6.2.10 Informar plano de saúde

Registrar no sistema, o plano de saúde do paciente que está sendo atendido se este possuir algum plano de saúde contratado.

6.2.11 Alterar informação de plano de saúde

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às informações de plano de saúde.

6.2.12 Cancelar informação de plano de saúde

Registrar no sistema o cancelamento das informações de plano de saúde, tornando-a sem efeito.

6.2.13 Informar acidente de trabalho

Quando a causa da entrada do paciente na emergência for um acidente de trabalho, registrar a identificação da empresa com a qual o paciente possui algum vínculo.

6.2.14 Alterar informações de acidente de trabalho

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às informações de acidente de trabalho.

6.2.15 Cancelar informações de acidente de trabalho

Registrar no sistema o cancelamento das informações de acidente de trabalho, tornando-a sem efeito.

6.2.16 Consultar setores de emergência

Visualizar os registros de leitos dos diversos setores da emergência com relação a sua ocupação, estado e disponibilidade. Permitir a visualização na tela, elaboração e impressão do censo hospitalar.

6.2.17 Solicitar exames

REGISTRAR NO SISTEMA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA UM DETERMINADO PACIENTE.

6.2.18 Alterar solicitação de exames

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à solicitação de exames para um determinado paciente.

6.2.19 Cancelar solicitação de exames

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de exame para o paciente, informando o motivo e dessa forma, tornando-a sem efeito.

6.2.20 Consultar laudo (resultado) de exame

Consultar no sistema o resultado do exame solicitado.

6.2.21 Solicitar medicamento ou material descartável

Registra no sistema a solicitação de medicamentos, kit's e/ou materiais descartáveis para uso com determinado paciente ou itens de uso geral para aplicação na unidade organizacional.

SECRETARIA GERAL / SES
GERÊNCIA DA
FLS Nº 4413
FUNC.

6.2.22 Alterar solicitação de medicamento ou material descartável

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento de campos em branco relativos à solicitação de medicamentos/materiais descartáveis e/ou kit's para um determinado paciente e/ou item de uso geral para aplicação na unidade organizacional.

6.2.23 Cancelar solicitação de medicamento/material descartável

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de medicamentos, materiais descartáveis, kit's e/ou itens de uso geral, tornando-a sem efeito.

6.2.24 Emissão de atestado médico

Emitir documento comprobatório de decisão de licença médica para fins de vínculo empregatício.

6.2.25 Emissão de Termo de Responsabilidade

Emitir documento definindo as regras de responsabilidade sobre a entrada do paciente na emergência.

7. MÓDULO: CENTRO CIRÚRGICO

7.1 OBJETIVO

Registrar e consultar no sistema todos os eventos ocorridos com os pacientes que deram entrada no centro cirúrgico da Unidade de Saúde, bem como o agendamento das salas e da equipe médica. Permiti também a reserva e utilização do centro cirúrgico sem a necessidade de internação (hospital dia).

7.2 FUNCIONALIDADES

7.2.1 Reservar sala do centro cirúrgico

Registrar no sistema a solicitação de sala do centro cirúrgico bem como os componentes da equipe médica para determinado paciente.

7.2.2 Alterar a reserva de centro cirúrgico

Alterar no sistema valores e/ou preencher campos ainda preenchidos relativos às informações da solicitação de reserva do centro cirúrgico.

7.2.3 Cancelar reserva do centro cirúrgico

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de reserva do centro cirúrgico, tornando-a sem efeito.

7.2.4 Confirmar reserva do centro cirúrgico

Registrar no sistema a confirmação da sala do centro cirúrgico e alocação da equipe médica, definido data, horário e especialidade do evento.

7.2.5 Alterar confirmação do centro cirúrgico

Alterar no sistema valores e/ou preencher campos ainda preenchidos relativos às informações da confirmação do centro cirúrgico.

4415
30

7.2.6 Cancelar a confirmação do centro cirúrgico

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação do centro cirúrgico, tornando-a sem efeito.

7.2.7 Consultar cadastro de paciente

Localizar um registro de paciente já cadastrado para visualização dos valores contidos em seus campos cadastrais.

Deve permitir a utilização da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento.

Permitir a seleção de conjuntos de registros de pacientes através de regras de seleção por vários critérios estabelecidos por valores de vários campos.

7.2.8 Cadastrar paciente

Registrar no sistema, os dados pessoais e demográficos do paciente, permitindo prever:

- Grande ênfase, de modo a evitar a multiplicidade de registros do mesmo paciente, servindo-se da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento;
- A adoção de tabelas de apoio e utilização de posicionamento alfabético ou numérico para a redução de erros de digitação;
- A utilização do Cartão Nacional de Saúde (quando houver leitora) ou apenas sua identificação (quando não houver leitora).

7.2.9 Entrada de paciente no centro cirúrgico

Registrar no sistema os dados referentes à entrada do paciente no centro cirúrgico.

7.2.10 Alterar entrada do paciente no centro cirúrgico

Alterar no sistema valores e/ou preencher campos ainda preenchidos relativos à entrada do paciente no centro cirúrgico.

7.2.11 Cancelar a entrada do paciente no centro cirúrgico

Registrar no sistema o cancelamento da entrada do paciente no centro cirúrgico, tornando-a sem efeito.

7.2.12 Saída do paciente do centro cirúrgico

Registrar no sistema a saída do paciente do centro cirúrgico.

7.2.13 Alterar a saída do paciente do centro cirúrgico

Alterar no sistema valores e/ou preencher campos ainda preenchidos relativos à saída do paciente do centro cirúrgico.

7.2.14 Cancelar a saída do paciente do centro cirúrgico

Registrar no sistema o cancelamento da saída do paciente do centro cirúrgico, tornando-a sem efeito.

7.2.15 Solicitar exame

REGISTRAR NO SISTEMA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA UM DETERMINADO PACIENTE.

7.2.16 Alterar solicitação de exame

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à solicitação de exames para um determinado paciente.

7.2.17 Cancelar solicitação de exame

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de exame, tornando-a sem efeito.

7.2.18 Consultar laudo (resultado) de exame

Consultar no sistema o resultado do exame solicitado.

7.2.19 Solicitar medicamento/material descartável

Registra no sistema a solicitação de medicamentos, kit's e/ou materiais descartáveis para uso com determinado paciente ou itens de uso geral para aplicação na unidade organizacional.

7.2.20 Alterar solicitação de medicamento/material descartável

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à solicitação de medicamentos/materiais descartáveis e/ou kit's para um determinado paciente e/ou item de uso geral para aplicação na unidade organizacional.

7.2.21 Cancelar solicitação de medicamento/material descartável

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de medicamentos, materiais descartáveis, kit's e/ou itens de uso geral, tornando-a sem efeito.

7.2.22 Informar dados do protocolo cirúrgico

Registrar a confirmação da equipe médica (e seus respectivos papéis) que de fato realizou a intervenção. Registrar todos os dados da intervenção principal.

7.2.23 Consultar histórico do paciente

Localizar/visualizar um conjunto de informações (registros) de um paciente já cadastrado (campos cadastrais, vetoriais e históricos). Na consulta poderá ser incluído se o paciente é/está internado ou egresso.

A visualização das informações poderá ser através da tela ou através de relatório impresso.

8. MÓDULO: LABORATÓRIO

8.1 OBJETIVO

Registrar e consultar no sistema todos os eventos relacionados com os exames desde a sua requisição até a entrega do laudo correspondente.

8.2 FUNCIONALIDADES

8.2.1 Inclusão de exame padrão

REGISTRAR NO SISTEMA A INCLUSÃO DE UM NOVO TIPO DE EXAME.

Os atributos do exame padrão são: código de exame, descrição do exame, descrição dos itens, sua seqüência e seus resultados pré-tabulados (por sexo, por idade, etc.), prazo mínimo de execução e texto livre para observações.

8.2.2 Excluir exame padrão

Registrar no sistema a exclusão de um tipo de exame ou por erro na inclusão ou pelo seu desuso ou desativação.

8.2.3 Alterar exame padrão

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos aos exames padrão.

8.2.4 Solicitar exames

Registrar no sistema a solicitação de exames para determinado paciente.

8.2.5 Alterar solicitação de exame

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às informações da solicitação de exame.

8.2.6 Cancelar solicitação de exame

Registrar no sistema o cancelamento da solicitação de exame, tornando-a sem efeito.

8.2.7 Atualizar situação de solicitação de exame

Registrar no sistema, todas as alterações de solicitação de exames.

8.2.8 Cancelar a última atualização do status de solicitação de exame

Registrar no sistema, o cancelamento da última informação de solicitação de exame, tornando-a sem efeito.

8.2.9 Informar laudo (resultado) do exame

Informar o laudo (resultado) do exame solicitado acompanhando de valores padrões (quando pertinente) ou quando laboratório de análise patológica: relatório microscópico, relatório macroscópico, diagnóstico, etc.

8.2.10 Alterar laudo (resultado) de exame

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às informações do laudo do exame.

8.2.11 Cancelar o laudo (resultado) do exame

Registrar no sistema, o cancelamento da emissão do laudo, tornando-o sem efeito.

8.2.12 Consultar situação da solicitação de exame

Consultar no sistema o status da solicitação de exame.

8.2.13 Consultar laudo (resultado) de exame

Consultar no sistema o laudo do exame solicitado.

8.2.14 Consultar o paciente

Localizar um conjunto de registros de pacientes já cadastrados para visualização das informações cadastrais, vetoriais e históricos.

8.2.15 Consultar histórico de paciente

Localizar/visualizar um conjunto de informações (registros) de um paciente já cadastrado (campos cadastrais, vetoriais e históricos). Na consulta poderá ser incluído se o paciente é/está internado ou egresso.

A visualização das informações poderá ser através da tela ou através de relatório impresso.

8.2.16 Consultar produção de exame

Visualizar diariamente, comparação, utilizando-se de data, tipo de exame, origem da requisição, pelo profissional requisitante, por sexo, por procedimento, por CID, por motivos da:

- Produção de hoje x produção de ontem;
- Produção acumulada do ano até hoje x produção acumulada do ano anterior no mesmo dia da data juliana;
- Produção acumulada no mês corrente até hoje x produção acumulada do mesmo mês no ano passado no mesmo dia da data juliana;
- Média diária do ano corrente até hoje x a média diária no ano passado no mesmo dia da data juliana.

A consulta permite ao usuário selecionar o campo de pesquisa.

8.2.17 Consultar pendências de requisições de exames

Calcular o espectro em um determinado instante, da demora da emissão de laudo do exame requisitado definido como o tempo em horas entre o instante da requisição e o instante da emissão do laudo, dividido por faixas (intervalos) de horas definidas pelo o usuário.

SES 4421 D

9. MÓDULO: FARMÁCIA

9.1 OBJETIVO

Administrar todos os itens de material de estoque: medicamentos, materiais descartáveis, kit's e itens de uso geral utilizados pela instituição seja com estrutura centralizada ou descentralizadas (satélites).

9.2 FUNCIONALIDADES

9.2.1 Incluir item de estoque

Registrar no sistema a inclusão de um novo item no estoque.

9.2.2 Excluir item de estoque

Registrar no sistema a exclusão de um item do estoque ou por erro de inclusão ou por caducidade.

9.2.3 Alterar item do estoque

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos aos itens do estoque.

9.2.4 Montar grupos de itens do estoque (kit's)

Registrar no sistema o relacionamento de itens do estoque e suas respectivas quantidades para a formação de conjuntos. Os kit's poderão ser requisitados como sendo um único item, porém, os itens que formam o conjunto (kit) poderão ser requisitados individualmente.

9.2.5 Alterar grupos de itens do estoque (kit's)

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos aos conjuntos de itens.

9.2.6 Requisitar item de estoque para aplicação direta

Registrar no sistema uma solicitação de material quer seja medicamento, material descartável, kit, quer seja item geral para aplicação direta em paciente ou para consumo interno do requisitante (item de uso geral). As requisições não atendidas deverão subsidiar o planejamento de compras.

9.2.7 Alterar a requisição de item do estoque para aplicação direta

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às requisições de medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral para aplicação direta.

9.2.8 Cancelar a requisição de item de estoque para aplicação direta

Registrar no sistema, o cancelamento da solicitação de itens de estoque para aplicação direta, tornando-a sem efeito.

9.2.9 Requisitar item de estoque para transferência de um almoxarifado para outro

Registrar no sistema uma solicitação de material quer seja medicamento, material descartável, kit, quer seja item geral para armazenamento em outro almoxarifado.

9.2.10 Alterar requisição de item de estoque para transferência de um almoxarifado para outro

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às requisições de medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral para transferência de um almoxarifado para outro.

9.2.11 Cancelar requisição de item de estoque para transferência de um almoxarifado para outro

Registrar no sistema, o cancelamento da requisição de medicamentos, descartáveis, kits ou item de uso geral para transferência de um almoxarifado para outro, tornando-a sem efeito.

9.2.12 Baixa de item de estoque por requisição para aplicação direta

Registrar no sistema a retirada (atendimento da solicitação) de unidades de material do estoque para aplicação direta

9.2.13 Alterar a baixa de item de estoque por requisição para aplicação direta

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às baixas de medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral para aplicação direta.

9.2.14 Cancelar a baixa de item de estoque por requisição para aplicação direta

Registrar no sistema, o cancelamento da requisição de medicamentos, descartáveis, kits ou item de uso geral para aplicação direta, tornando-a sem efeito.

9.2.15 Baixa de item do estoque por requisição para transferência de um almoxarifado para outro

Registrar no sistema a retirada de unidades de material do estoque para transferência de um almoxarifado para outro. O sistema registra a retirada de materiais de um almoxarifado e realiza a inclusão dos itens retirados no almoxarifado de destino.

9.2.16 Alteração da baixa de item do estoque por requisição para transferência de um almoxarifado para outro

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às baixas de medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral para transferência de um almoxarifado para outro.

9.2.17 Cancelar a baixa de item do estoque por requisição para transferência de um almoxarifado para outro

Registrar no sistema, o cancelamento da requisição de medicamentos, descartáveis, kits ou item de uso geral para transferência de um almoxarifado para outro, tornando-a sem efeito.

9.2.18 Baixa de item do estoque por perda

Registrar no sistema a retirada (perda, vencimento) de unidades de material.

9.2.19 Alteração da baixa de item de estoque por perda

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos às baixas de medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral por perda.

9.2.20 Cancelar a baixa de item do estoque por perda

Registrar no sistema, o cancelamento da requisição de medicamentos, descartáveis, kits ou item de uso geral por perda, tornando-a sem efeito.

9.2.21 Reposição de item do estoque por compra

Registrar no sistema a inclusão de unidades de material, lançando todos os dados da Nota Fiscal (fornecedor, preços, quantidades, datas, descontos, formas de pagamento, etc.). Esse registro é exclusivo do almoxarifado central, que é o responsável pelo recebimento e conferência dos materiais (condições de entrega, quantidade e qualidade) comprados pela instituição.

9.2.22 Alteração da reposição de item do estoque por compra

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à reposição de medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral por compra.

9.2.23 Cancelar a reposição de item do estoque por compra

Registrar no sistema, o cancelamento da requisição de medicamentos, descartáveis, kits ou item de uso geral por compra, tornando-a sem efeito.

9.2.24 Reposição de item do estoque por doação

Registrar no sistema a inclusão de unidades de material, lançando todos os dados da Nota Fiscal de simples remessa (doador, valores, quantidades, datas, programa, etc.). Esse registro é exclusivo do almoxarifado central, que é o responsável pelo recebimento e conferência dos materiais (condições de entrega, quantidade e qualidade) doados para a instituição.

9.2.25 Alteração de item do estoque por doação

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à reposição de medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral por doação.

9.2.26 Cancelar a reposição de item do estoque por doação

Registrar no sistema, o cancelamento da reposição de medicamentos, descartáveis, kits ou item de uso geral por doação, tornando-a sem efeito.

9.2.27 Devolução de item do estoque

Registrar no sistema a inclusão de unidade de material por devolução (medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral requisitado) para aplicação direta.

9.2.28 Alteração da devolução de item do estoque

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à devolução de unidade de material (medicamentos, descartáveis, kits ou itens de uso geral) requisitado para aplicação direta.

9.2.29 Cancelar a devolução de item do estoque

Registrar no sistema, o cancelamento da devolução de unidade de material (medicamentos, descartáveis, kits ou item de uso geral) requisitado para aplicação direta, tornando-a sem efeito.

9.2.30 Consultar item de estoque

Localizar um conjunto de registros de itens de estoque, visualizando os valores contidos nos campos cadastrais, vetoriais e históricos.

Os valores cadastrais se referem ao código de item de material, descrição, unidade de compra, unidade estocagem, fator de conversão entre unidades de estocagem e de compra, lote, data da validade, fabricante, se medicamento controlado, princípio ativo, embalagem, forma de apresentação do medicamento, classificação do medicamento quanto à tarja, classificação por similaridade, tempo de

re-suprimento, estoque de segurança, previsão de demanda (mensal e anual), ponto de re-suprimento e outros parâmetros de suprimentos.

Os valores vetoriais se referem à situação do item do estoque em um determinado momento: quantidade, localização (almoxarifado, setor, estante, escaninho, etc.) e inventário de materiais.

Os valores históricos referem-se a:

- Cálculo do giro ou rotatividade (consumo/estoque médio, em um período definido);
- Medida do nível de atendimento (quantidade atendida/ quantidade requisitada em um período);
- Previsão de demanda com base em consumos e em requisições ocorridas em geral e por almoxarifados;
- Modelo horizontal (considerações de tendências) e modelos para análise de itens com consumo irregular ou sazonal;
- Consumo médio mensal e anual;
- Cálculo do tempo de re-suprimento;
- Estoque de segurança, considerando a variabilidade da previsão de demandas e do tempo de re-suprimento;
- Desvios (médio e absoluto) entre demandas reais e previstas;
- Lote econômico;
- Preço médio unitário;
- Curva ABC (valor de demanda, estoque e previsões).

10. MÓDULO: SAME

10.1 OBJETIVO

O SAME tem por finalidade zelar pela guarda, arquivamento, preservação de sigilo do conteúdo do prontuário médico, bem como elaborar a estatística administrativa e nosológica da Unidade de Saúde. Esse módulo é uma ferramenta de suporte para o SAME.

10.2 FUNCIONALIDADES

10.2.1 Consultar cadastro de paciente

Localizar um registro de paciente já cadastrado para visualização dos valores contidos em seus campos cadastrais.

Deve permitir a utilização da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento.

Permitir a seleção de conjuntos de registros de pacientes através de regras de seleção por vários critérios estabelecidos por valores de vários campos.

10.2.2 cadastrar paciente

Registrar no sistema, os dados pessoais e demográficos do paciente, permitindo prever:

- Grande ênfase, de modo a evitar a multiplicidade de registros do mesmo paciente, servindo-se da facilidade de localização do registro do paciente através de pesquisa fonética por nome do paciente e nome da mãe do paciente, subsidiada pela data de nascimento e tipo/número do documento;
- A adoção de tabelas de apoio e utilização de posicionamento alfabético ou numérico para a redução de erros de digitação;
- A utilização do Cartão Nacional de Saúde (quando houver leitora) ou apenas sua identificação (quando não houver leitora).

10.2.3 Localizar duplicidade de registro de paciente

Através da utilização de alguns atributos, podem ser localizados, registros de pacientes suspeitos de duplicidade.

Os atributos que devem ser utilizados para pesquisa:

- Primeiras 10 posições do nome do paciente;
- Primeiras 10 posições para o nome da mãe do paciente;
- Identificação do documento (tipo/número);
- Data de nascimento e
- Sexo.

Em condições de igualdade de pelo menos, três desses atributos, pesquisa na tela, se existe ou não duplicidade de registro do mesmo paciente.

Nos casos afirmativos, verificar a possibilidade de unir os históricos e seus prontuários.

Essa operação somente deve ser feita após a confirmação absoluta de tratar-se do mesmo paciente, quando então se deve registrar a união dos dois conjuntos de registro.

10.2.4 Eliminar duplicidade de registro de paciente

- Unir os registros históricos do paciente;
- Unificar as identificações de registro do paciente;
- Unir os prontuários;
- Unificar as identificações dos prontuários.

10.2.5 Verificar seqüência lógica de eventos

A partir de regras de seqüência de eventos, podem-se detectar erros ou omissões de registros de eventos.

Os eventos não registrados devem ser incluídos e os errados, corrigidos.

Exemplo: saída sem entrada. Laudos de exames sem requisição. Baixas de estoque sem requisição de medicamentos ou descartáveis. Entradas com períodos superiores a prazos pré-definidos denunciando a possível omissão da saída. Saídas anteriores à entrada (possível erro de data ou de identificação de paciente).

Dessa forma, os setores da Unidade de Saúde que estão cometendo falhas nos registros das informações podem ser detectados e melhor trabalhados na operacionalização do sistema.

10.2.6 Dar saída de prontuário

Informar a saída de um prontuário por conta da solicitação de um setor autorizado da Unidade de Saúde.

10.2.7 Alterar saída de prontuário

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à saída do prontuário do SAME.

10.2.8 Cancelar saída de prontuário

Registrar no sistema o cancelamento da saída do prontuário do SAME, tornando-a sem efeito.

10.2.9 Dar entrada de prontuário

Informar a entrada (retorno) de um prontuário por conta da solicitação do mesmo por um setor autorizado da Unidade de Saúde.

10.2.10 Alterar entrada de prontuário

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à entrada do prontuário no SAME.

10.2.11 Cancelar entrada de prontuário

Registrar no sistema o cancelamento da entrada do prontuário no SAME, tornando-a sem efeito.

10.2.12 Consultar prontuário

Por identificação do prontuário, por identificação do paciente, por tempo desde que deu saída, pelo setor requisitante.

10.2.13 Consultar histórico do paciente

Localizar/visualizar um conjunto de informações (registros) de um paciente já cadastrado (campos cadastrais, vetoriais e históricos). Na consulta poderá ser incluído se o paciente é/está internado ou egresso.

A visualização das informações poderá ser através da tela ou através de relatório impresso.

10.2.14 Informar identificação de prontuário

Informar identificação de protocolo para uma identificação de paciente.

10.2.15 Alterar identificação de prontuário

Efetuar no sistema as correções e/ou preenchimento dos campos em branco relativos à identificação de prontuário do SAME.

10.2.16 Cancelar identificação de prontuário

Registrar no sistema o cancelamento da identificação de um prontuário, tornando-a sem efeito.

10.2.17 Visualização, edição e impressão de indicadores

Visualizar valores de indicadores que exprimam quantidades ou porcentagens, pré-definidos, gerenciais e operacionais, a partir dos dados históricos ou vetoriais relativos a uma determinada periodicidade e relativos à Unidade de Saúde como um todo ou particularmente a setores individualizados.

Exemplos:

Indicadores de produção

- Tempo médio de permanência de pacientes;
- Taxa de internações advindas da emergência;
- Taxa de internações advindas por transferência de outra Unidade de Saúde;
- Total de internações efetuadas;
- Média de pacientes-dia;
- Taxa de ocupação hospitalar;
- Quantidade de leitos-extra disponibilizados.

Indicadores de qualidade

- Taxa de cirurgias supuradas realizadas;
- Tempo médio de espera para alocação no leito hospitalar;
- Taxa de reclamações recebidas pela Ouvidoria sobre os serviços assistenciais prestados nas enfermarias;
- Taxa de complicações ou intercorrências;
- Taxa de mortalidade geral do hospitalar.

Indicadores de produtividade

- Índice de leitos por médico;
- Índice de rotatividade do leito hospitalar;
- Taxa de internações realizadas por quantidade de médicos;
- Taxa de solicitação de exames de patologia clínica para pacientes internados;
- Taxa de solicitação de exames de radiologia clínica para pacientes internados;
- Taxa de solicitação de fisioterapia para pacientes internados.

Indicadores epidemiológicos

- Taxa de mortalidade específica;
- Taxa de complicações infecciosas bronco pulmonares;
- Taxa de complicações infecciosas do trato urinário;
- Taxa de septicemia.

Permitir o estabelecimento de metas para indicadores, assim como o estabelecimento de comparações entre valores reais e as metas em forma de tabela e gráficos.

Permitir a visualização dos gráficos relativos à evolução destes indicadores no tempo, assim como permitir a comparação gráfica dos indicadores no tempo.

10.2.18 Impressão de etiquetas

Imprimir etiquetas para prontuários, contendo identificação do paciente, nome do paciente, nome da mãe do paciente, data de nascimento, sexo e número do prontuário.

11. MÓDULO: FATURAMENTO

11.1 OBJETIVO

O módulo Faturamento tem por finalidade organizar os registros correspondentes, de forma a executar a cobrança pelos serviços prestados junto ao Ministério da Saúde.

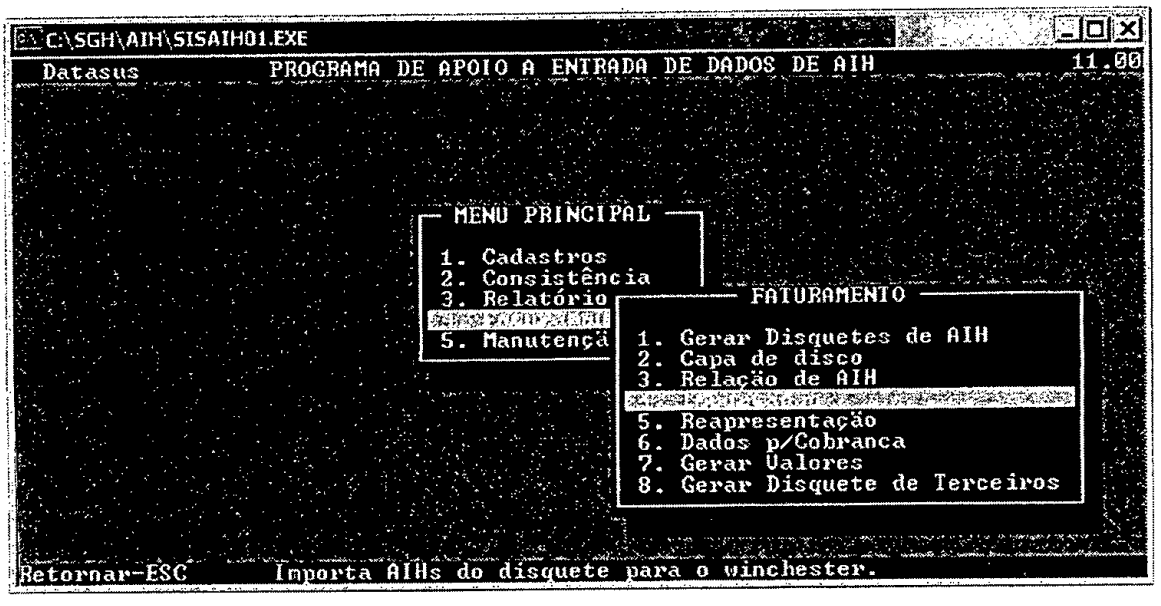
11.2 FUNCIONALIDADES

11.2.1 Gerar arquivo para importação de registros

A geração deste arquivo deve obedecer a layouts pré-definidos pelo MS/DATASUS e se referem as AIH's identificações 1, 3 ou 5 e identificação 4 (registro civil de recém-casados).

11.2.2 Importar arquivo

Através do "Programa de Apoio à entrada de dados de AIH" – do DATASUS, acionar a opção (como mostra a imagem abaixo) – Faturamento – Importação. Os passos seguintes ficam por conta deste programa.



Imprimir extrato de conta hospitalar. E emissão é obrigatória e o seu modelo é padronizado.

MODELO DE CONTA HOSPITALAR

4433

Esta conta hospitalar foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e suas contribuições sociais.

Identificação da AIH:
Identificação do prontuário:
Data de nascimento:
Período da internação:
Caráter da internação:
Clínica:
Procedimento realizado:
CPF médico responsável:
Motivo da saída:
Data da emissão do documento:

DESPESAS HOSPITALARES
Valor referente aos serviços hospitalares:
Valor referente aos serviços profissionais:
Valor referente ao SADT:
Valor total da internação:

_____
MÉDICO

12. TABELAS BÁSICAS DO SISTEMA

Nome da Tabela	Observações
CID	Códigos de identificação de doenças. Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10.ª revisão - OMS
CBO	Classificação de brasileira de ocupações. A CBO origina-se do cadastro brasileiro de ocupações do Ministério do Trabalho e da Classificação internacional uniforme de ocupações (CIUO) da Organização internacional do Trabalho.
CNAE	Cadastro Nacional de Atividades Econômicas. Mantida pela Secretaria da Receita Federal.
Município	Cadastro Nacional de Municípios Brasileiros. Mantida pelo IBGE.
CEP	Códigos de Endereçamento Postal. Mantida pelos Correios.
Feriado	Datas e feriados federais, estaduais e municipais do domicilio da Unidade de Saúde.
UF	Unidades da Federação
DDD	Códigos de DDD (telefonia)
Sexo	Códigos de sexo.
Estado Civil	Códigos de estado civil.
Escolaridade	Código de graus de escolaridade
Tipo de documento	Códigos de tipos de documentos apresentados pelos pacientes.
Vínculo com o sistema previdenciário	Código de vínculos com o sistema previdenciário.
Raça/cor	Códigos de raça e/ou cor.
Nacionalidade	Códigos dos países
Naturalidade	Códigos de naturalidade (UF)
Profissional	Profissionais da área da saúde
Especialidade profissional	Códigos de especialidades dos profissionais da saúde.
Usuário	Usuários do sistema e suas permissões
Clínica	Clínicas da unidade de internação
Enfermaria	Enfermarias da unidade de internação
Leito	Leitos da unidade de internação
Setor	Setores da emergência
Sala de cirurgia	Salas cirúrgicas do centro cirúrgico
Procedimento hospitalar	Procedimentos hospitalares – SIHSUS. Mantida pelo DATASUS
Motivo do atendimento	Códigos de motivos de atendimentos na emergência
Caráter da internação	Códigos de caráter da internação do paciente

	na Unidade de Saúde.
Forma de entrada	Códigos de forma de entrada na internação do paciente na Unidade de Saúde.
Estado de saúde	Códigos de estados de saúde do paciente na Unidade de Saúde.
Forma de saída	Códigos de forma de saída na saída do paciente da Unidade de Saúde.
Motivo de cancelamento de cirurgia	
Exame	Códigos de exames laboratoriais padrões e valores pré-definidos.
Item de estoque	Itens de material de estoque mantidos pela Unidade de Saúde.
Eventos	Códigos de eventos.
Paciente	Pacientes que mantém ou mantiveram relacionamento clínico com a Unidade de Saúde.
Histórico do paciente	Eventos ocorridos com pacientes durante seu contato com a Unidade de Saúde.
Requisição de exame	Eventos ocorridos com requisições de exames durante seu ciclo de vida.
Requisição de item de material de estoque	Eventos ocorridos com requisições de itens de material de estoque durante seu ciclo de vida.
Plano de saúde	Códigos de plano de saúde.
Carta Nacional de Saúde	Códigos de RIC (registro de identificação civil).
Estação	Códigos de estações de processamento que utilizam o sistema.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 4434

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



PRPOSTA DE PREÇO

Elaboração:

NEY BORGES VASQUES
IABAS

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de Instituição sem fins lucrativos para celebração de Contrato de Gestão objetivando **o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

CHAMAMENTO PÚBLICO nº 005/2011
PROPOSTA DE PREÇO

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA, inscrito no CNPJ nº 09.056.851/0001-20, sediada à Avenida Santa Luzia, nº 1136, Edf. Horto Empresarial, Sala 406, bairro Horto Florestal, Salvador, Bahia, CEP.: 41.295-050, através de seu Presidente, vem apresentar a proposta de preço para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi, pelo prazo de 12 (doze) meses, conforme Edital.

Conforme Edital e seus anexos do Chamamento Público nº 005/2011, a gestão a ser realizada deverá seguir os ditames legais, principalmente os procedimentos contidos nas normas do Ministério da Saúde e suas respectivas portarias, Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações posteriores e do Edital divulgado em 11 de outubro de 2011.

Assim, apresentamos a seguinte proposta de preço mensal para o período de 12 (doze) meses, a contar do prazo estipulado no Edital: **R$ 7.173.000,00 (sete milhões e cento e setenta e três mil reais)**.

Prazo
O prazo de validade da Proposta é de 120 (cento e vinte) dias.

Salvador/BA, 07 de Novembro de 2011.

09.056.851/0001-20
INSTITUTO MÉDICO CARDIOLOGICO DA BAHIA
Avenida Santa Luzia
Edfi Horto Empresarial Sala 406
Horto Florestal
Ins Estadual 018 598 324 EP
CEP 40 295-050
SALVADOR-BA

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA
JOÃO RICARDO DE CAMARGO SILVA
PRESIDENTE
RG nº 05025694-76 SSP/BA

ANEXO V

MODELO DE PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

Receitas e Despesas Operacionais

RECEITAS OPERACIONAIS	MES 1-ANO	MES 2-ANO	MES 3-ANO	MES 4-ANO	MES 5-ANO	MES 6-ANO	MES 7-ANO	MES 8-ANO	MES 9-ANO	MES 10-ANO	MES 11-ANO	MES12-ANO	TOTAL
Repasse Contrato de Gestão/Convênio (Fixo + Variável)	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 74.400.000,00
Repasse Programas Especiais/Eventuais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R$ -
Total (1)	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 6.200.000,00	R$ 74.400.000,00
SUS / Ambulatório	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 3.600.000,00
Total (2)	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 300.000,00	R$ 3.600.000,00
Resultado de Aplicação Financeira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R$ -
Reembolso de Despesas													R$ -
Obtenção de Recursos Externos à SES													R$ -
"Demais Receitas"(Convênios)	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 1.200.000,00
"Receitas Extras"													R$ -
Outras Receitas (DIH)	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 573.000,00	R$ 6.876.000,00
Total (3)	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 673.000,00	R$ 8.076.000,00
Total Geral das Receitas (1) + (2)+ (3)	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 7.173.000,00	R$ 86.076.000,00
DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 4.547.833,00	R$ 54.573.996,00
1.1. Ordenados	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 2.450.000,00	R$ 29.400.000,00
1.2. Encargos Sociais	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 1.568.000,00	R$ 18.816.000,00
1.3. Provisões (13º+Férias)	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 334.833,00	R$ 4.017.996,00
1.4. Benefícios	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 1.200.000,00
1.5. Outras Formas de Contratação (Ex. RPA)	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 1.140.000,00
2. Material/Medicamentos	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 950.000,00	R$ 11.400.000,00
2.1. Materiais Médico Hospitalar	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 550.000,00	R$ 6.600.000,00
2.2. Medicamentos	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 400.000,00	R$ 4.800.000,00
3. Materiais Diversos	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 218.000,00	R$ 2.616.000,00
3.1. Materiais de Higienização	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 15.000,00	R$ 180.000,00
3.2. Material/Gêneros Alimentícios	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 420.000,00
3.3. Materiais de Expediente	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
3.4. Combustível	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 21.000,00	R$ 252.000,00
3.5. GLP	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
3.6. Materiais de Manutenção	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 95.000,00	R$ 1.140.000,00
3.7. Outras Despesas com Materiais Diversos	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 20.000,00	R$ 240.000,00
4. Seguros/Impostos/Taxas	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 10.800,00	R$ 129.600,00
4.1. Seguros (Imóvel e Automóvel)	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
4.2 Impostos/Taxas (Ex.: IOF, Taxas Bancárias, ARPE, etc.)	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 800,00	R$ 9.600,00
5. Gerais	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 213.000,00	R$ 2.556.000,00
5.1 Telefonia	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 13.000,00	R$ 156.000,00
5.2 Água	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 65.000,00	R$ 780.000,00
5.3. Energia Elétrica	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 35.000,00	R$ 420.000,00
5.4 Outras Despesas Gerais	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 100.000,00	R$ 1.200.000,00
6. Depreciação													R$ 2.556.000,00
7. Prestação de Serviços Terceiros	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 1.200.000,00	R$ 23.200.000,00
7.1. Assistenciais	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 500.000,00	R$ 6.000.000,00
7.1.1. Pessoa Jurídica	R$ 390.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 490.000,00	R$ 5.780.000,00
7.1.2. Pessoa Física	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
7.1.3. Cooperativa	R$ 150.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 850.000,00	R$ 9.500.000,00
7.2. Administrativos	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 80.000,00	R$ 960.000,00
7.2.1. Pessoa Jurídica	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 60.000,00	R$ 720.000,00
7.2.2. Pessoa Física	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
7.2.3. Cooperativa													R$ -
Total Geral das Despesas	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 7.139.633,00	R$ 97.031.596,00
Deficit/Superávit	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 10.955.596,00
8. Investimentos	R$ 2.122.000,00	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 2.122.000,00
8.1. Equipamentos	R$ 1.242.000,00												R$ 1.242.000,00
8.2. Móveis e Utensílios	R$ 80.000,00												R$ 80.000,00
8.3. Obras e Construções	R$ 800.000,00												R$ 800.000,00
8.4. Veículos													R$ -
TOTAL	R$ 2.088.633,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 33.367,00	R$ 13.077.596,00

Proposta valida conforme Edital - 120 (cento e vinte) dias

Valor Total da Proposta: Sete milhões, cento e setenta e três mil reais.

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA
JOÃO RICARDO DE CAMARGO SILVA

Atendemos a todas as exigências do Edital.

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 4439

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de Instituição sem fins lucrativos para celebração de Contrato de Gestão objetivando **o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

DADOS COMPLEMENTARES PARA ASSINATURA DO CONTRATO

- Nome da Pessoa Jurídica: Instituto Médico Cardiológico da Bahia
- CNPJ: 09.056.851/0001-20
- Nome do representante legal: João Ricardo de Camargo Silva
- N.° de Identidade do Representante legal: 05025694-76
- Órgão Emissor: SSP/BA
- CPF:780.317.965-72
- Endereço Completo da Pessoa Jurídica:Avenida Santa Luzia, n° 1136, bairro Horto Florestal, Edf.Horto Empresarial Sala 406, CEP n° 41.295-050, Salvador-Bahia.
- Endereço da Pessoa Física, Representante Legal:Residente e domiciliado na Travessa Bartholomeu de Gusmão, nº 52,Aptº 104,CEP.: 41.950-310 – Salvador – Bahia.

Salvador/BA, 07 de Novembro de 2011.

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA
JOÃO RICARDO DE CAMARGO SILVA
PRESIDENTE
RG n° 05025694-76 SSP/BA

09.056.851/0001-20
INSTITUTO MÉDICO CARDIOLOGICO DA BAHIA
Avenida Santa Luzia
Edfi Horto Empresarial Sala 406
Horto Florestal
Ins Estadual 018 598 324 EP
CEP 40 295-050
SALVADOR-BA

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 4440

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de Instituição sem fins lucrativos para celebração de Contrato de Gestão objetivando **o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

CADASTRO BANCÁRIO

FAVORECIDO: INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

ENDEREÇO: Av. Santa Luzia, nº 1136, Sala 406, Edf. Horto Florestal, CEP.: 40.295-050, Salvador / Bahia.

CNPJ nº: 09.056.851/0001-20

Banco: Do Brasil / **Agência nº**: 3.385-5 / **Conta Corrente nº**: 27.543-3

Praça de Pagamento: Salvador / Bahia

Telefone: (71) 3406-1888

Salvador/BA, 07 de novembro de 2011.

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA
JOÃO RICARDO DE CAMARGO SILVA
PRESIDENTE
RG nº 05025694-76 SSP/BA

09.056.851/0001-20
INSTITUTO MÉDICO CARDIOLOGICO DA BAHIA
Avenida Santa Luzia
Edfi Horto Empresarial Sala 406
Horto Florestal
Ins Estadual: 018 [illegible] 324 EP
CEP 40.295-050
SALVADOR-BA

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 4441

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de Instituição sem fins lucrativos para celebração de Contrato de Gestão objetivando **o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA, inscrito no CNPJ n° 09.056.851/0001-20, sediada àAvenida Santa Luzia, n° 1136, bairro Horto Florestal, Edf. Horto Empresarial Sala 406, CEP n° 41.295-050, Salvador-Bahia, declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexiste fatos impeditivos para sua habilitação no instrumento de chamamento público n° 005/2011, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.///////

Salvador/BA, 07 de Novembro de 2011.

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA
JOÃO RICARDO DE CAMARGO SILVA
PRESIDENTE
RG n° 05025694-76 SSP/BA

09.056.851/0001-20
INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA
Avenida Santa Luzia
Edfi Horto Empresarial Sala 406
Horto Florestal
Ins. Estadual 018 598 324 EP
CEP 40 295-050
SALVADOR-BA

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS

SES 4442

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG conforme **Chamamento Público n.° 005/2011**



ITEM TÉCNICA
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

ESTRUTURA DA DIREÇÃO

Elaboração:

Instituto Médico Cardiológico da Bahia

INSTITUTO MEDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

4443

APRESENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

1. Cargo: **DIRETOR GERAL**

Nome: **FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR**

CPF: **191.012.443-53**

Cursos de Formação Acadêmica - Curso(s) Superior(es) Reconhecido(s) pelo MEC:

Curso: **ADMINISTRAÇAO DE EMPRESAS**

Instituição: **UNIVERSIDADE DE FORTALEZA**

Período: 1980/1983

Curso Período: **CIENCIAS ECONOMICAS**

Instituição: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

Período: 1980/1983

Cursos de Pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horária mínima de 360 horas), Reconhecido pelo MEC:

Curso: **ESPECIALIZAÇAO EM ADM. HOSPITALAR**

Instituição: **UNIAO SOCIAL CAMILIANA**

Período: 1983/1984

Carga Horária: 488h/a

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

4444

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos) / Experiência profissional na Administração Pública (anos) / Exercício de atividade profissional de nível superior em emprego/cargos/especialidades ou de gestão:

HOSPITAL GERAL DE CRATEUS/CE

Período: 1983 a 1987

Função: DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Responsável: Reestruturação e modernização da unidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEUS/CE

Período: 1986 a 1987

Função: Secretaria de Governo

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE – Fortaleza/CE

Período: 1988 a 1992

Função: DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

HOSPITAL SANTA CLARA – Distrito Industrial de Maracanaú/CE

Período: 1991 a 1992

Função: DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Responsável: Implantação do Hospital no Distrito Industrial

INSTITUTO MEDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

4445

HOSPITAL E CASA DE SAUDE SÃO RAIMUNDO – Fortaleza/CE

Período: 1993 a 2001

Responsável: Reestruturação e Modernização do Hospital

INSTITUTO DO CANCER DO CEARÁ

Período: 1997 a 2009

Função: Diretor de Suporte Corporativo

Responsável: Implantação do Hospital do Câncer do Ceará

Implantação de Planejamento Estratégico e Gestão por Indicadores

Secretaria de Saúde e Ação Social de Maracanaú

Período: 2003 a 2006

Sistema HAP VIDA Saúde

Período: 2009 1 2011

Responsável: Rede de Hospitais e Unidades de Diagnostico (27 Hospitais e 50 unidades de diagnósticos)

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

RECONHECIDA PELA PORTARIA MINISTERIAL Nº 350 DE 12/08/83 — D.O.U. DE 18/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

O Reitor da **UNIVERSIDADE DE FORTALEZA**, no uso de suas atribuïções, tendo em vista a conclusão do

Curso de **ADMINISTRAÇÃO** no dia 06 de janeiro de 1984,

confere o título de **BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS**

a **FRANCISCO SALES DE MACÊDO JÚNIOR**

de nacionalidade brasileira natural de Ceará

nascido(a) em 07 de fevereiro de 1962 identidade nº 104393-80 expedida pelo(a) SSP-CE

e outorga-lhe o presente **DIPLOMA** para que possa gozar dos direitos e prerrogativas legais.

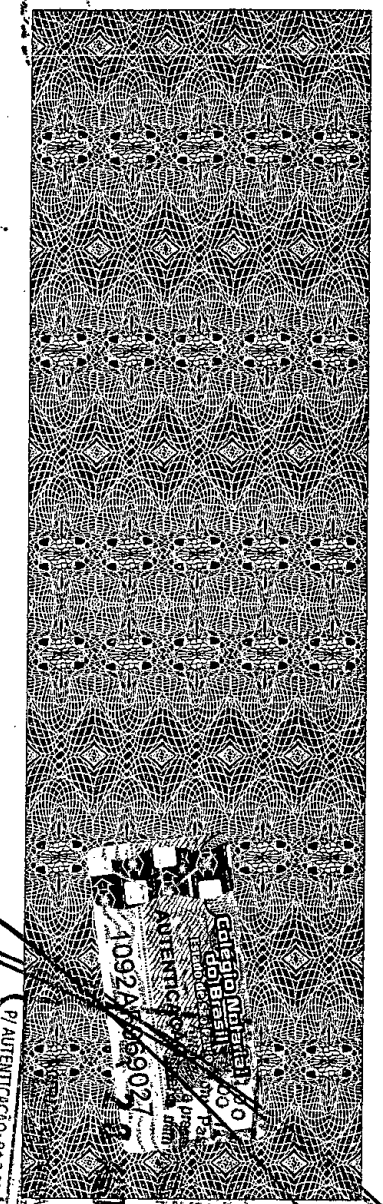
Fortaleza, 23 de agosto de 1984

REITOR

DIRETOR DO CENTRO

DIPLOMADO

712/84-01



PROF. CARLOS ALBERTO BATISTA M. DE SOUZA
REITOR

PROF. JOSÉ MARIA MARTINS MEN[illegible]
DIRETOR

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA

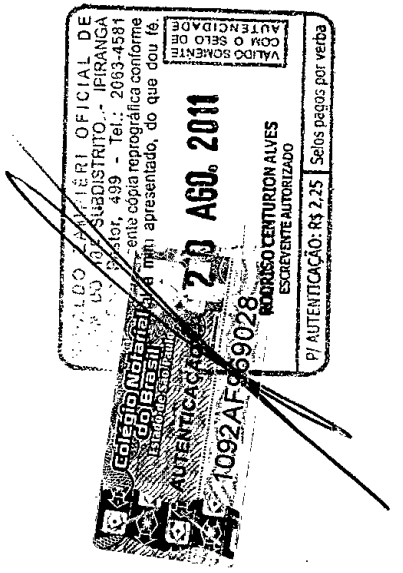
Diploma registrado sob n.º 8714
Livro GCI-11 Fls 328 Processo 23656/84
por delegação de competência do Ministério da Educação e Cultura nos termos da Portaria MEC/DAU nº 71/77 de 25/10/77.
SRD 31 / outubro / 1984

RAIMUNDO GOMES DE LIMA
Chefe da SRD
Chefe da Seção de Registro de Diplomas

Visto

Diretor da DEG

José Rui de Aquino
Diretor do Departamento de Ensino de Graduação



000682

CEDAS

Centro São Camilo de Desenvolvimento
em Administração da Saúde

U.S.C. - União Social Camiliana

Faculdade de Ciências da Saúde São Camilo

CERTIFICADO

Certificamos que FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR

frequentou com aproveitamento o Curso de **Especialização em Administração Hospitalar**

realizado pelas entidades acima, no período de Outubro de 1982 à Julho de 1983, com 650 horas/aula.

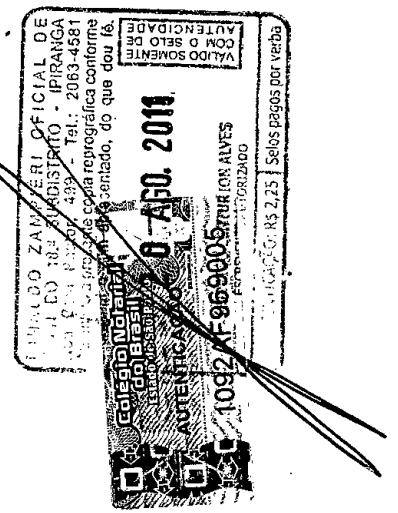
São Paulo, 1º de Março de 1984

AUGUSTO A. MEZZOMO
Diretor da U.S.C. e da Faculdade

JOÃO C. MEZOMO
Diretor Executivo do CEDAS

IRACEMA F.B. MEZOMO
Coordenadora

DISCIPLINAS	NOTAS
Teoria Geral da Administração	8,0
Administração de Recursos Humanos	8,0
Fundamentos da Administração Hospitalar	8,0
Arquitetura Hospitalar	8,0
Administração do Serviço de Enfermagem	8,0
Administração do Centro Cirúrgico	8,0
Administração do Serviço do Prontuário do Paciente	8,5
Administração de Materiais e Almoxarifado	8,5
Administração do Serviço de Nutrição e Dietética	9,0
Serviço de Processamento de Roupa	8,0
Contabilidade Geral	9,5
Custos Hospitalares	9,0
Administração Financeira	7,5
Monografia	7,0
Saúde Pública	7,5



CURSO: Especial/82

Registrado sob o Nº. 61

Do Livro Nº. 1 fls. 2

São Paulo, 1º de Março de 1983.

Coordenação Geral – CEDES –

4448

Nacionalidade
BRASILEIRO
Naturalidade
CRATEUS-CE
Data de Nascimento
07/02/1964
RG
1043933
Órgão Expedidor
SSP/CE
Expedição do RG
06/03/1985
CPF
191.012.443-53
Filiação
FRANCISCO SALES DE MACEDO
SONIA BURGOS DE MACEDO
Diplomado por
UNIFOR
Registro MEC Nº
8714
Identidade de profissão regulamentada de ADMINISTRADOR, habilitado na forma da alínea
Art. 2º da Lei 4.769 de 09/09/65.
Fortaleza, 20/07/2009
Local e Data de Expedição
Presidente do CRA
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - LEI 6.206/75
CRA/CE Nº 01748
Nome
FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR
Data de Nascimento
05/02/1985
Assinatura do Portador
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Administração
Conselho Regional de Administração
1º VIA
AUTENTICADO
1092AE9688996
1º OFICIAL DE
SUBDISTRITO - IPIRANGA
Pastor, 499 - Tel.: 2063-4581
presente cópia reprográfica conforme
a mim apresentado, do que dou fé.
20 AGO. 2011
RODRIGO CENTURION ALVES
ESCREVENTE AUTORIZADO
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
AUTENTICAÇÃO: R$ 2,25
Selos pagos por verba

f. 1359 V

JEH

HOSPITAL MUNICIPAL
DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA

SES
4449

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de prova, a quem interessar, que **Francisco Sales Macedo Júnior,** trabalhou nesta Prefeitura, no período de 01/02/2003 a 01/10/2004, lotado no Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda exercendo o cargo de Secretário Municipal de Gestão Hospitalar, com carga horária de 40 horas semanais.

Maracanaú, 19 de Agosto de 2011

João Cândido de Souza Borges
Diretor Geral

Colégio Mallet do Brasil
AUTENTICAÇÃO ... OFICIAL DE ... - IPIRANGA
Rua ... Pastor, 299 ... Tel.: 2063-4581
Autenticação: 1992AF968978 ... fica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 20 AGO. 2011
RODRIGO CENTURION ALVES
ESCREVENTE AUTORIZADO
P/ AUTENTICAÇÃO: R$ 2,25 | Selos pagos por verba
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Rua: João de Alencar, S/N – Centro Maracanaú/Ce – CEP 61900-150
Fone: 3521 5529 Fax: 3521 5586

1393

Declaração

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. Francisco Sales de Macedo Junior, executa de forma plenamente satisfatória, desde 15/08/2009, as atividades relativas ao cargo de Superintendente de Rede Preferencial.

Os processo sobre os quais o mesmo é responsável contemplam:

- Gestão de vinte hospitais de baixa, média e alta complexidade, nos estados de Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernanbuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão, Pará e Amazonas.
- Gestão de 12(doze) Pronto – Atendimentos com emergência

Fortaleza/CE, 01 de Agosto de 2011.

Adriana Amorim Monteiro

Gestão de gente e Processos

INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ

SES
4451

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR, portador da CTPS 076562, série 0003, foi funcionário desta instituição CNPJ Nº. 072655150001-62, no período de 01/05/1998 a 14/08/2009 exercendo a função de DIRETOR DE SUPORTE CORPORATIVO.

Fortaleza, 19 de agosto de 2011.

Instituto do Câncer do Ceará
Iana Dinis
IANA DINIS
Gerente de Recursos Humanos

Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1092AF968986
ZAMBERI OFICIAL DE DISTRITO - IPIRANGA
Diretor, 199 - Tel.: 2063-4581
cópia reprográfica conforme apresentado, do que dou fé.
São Paulo 20 AGO. 2011
RODRIGO CENTURION ALVES
ESCREVENTE AUTORIZADO
P/ AUTENTICAÇÃO: R$ 2,25 | Selos pagos por verba
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

R. Papi Júnior, 1222 – Rodolfo Teófilo
Fone: (85) 3288.4400 | Fax: (85) 3281.2865
CEP: 60.430-230 – Fortaleza/CE

HOSPITAL DO CÂNCER

ECO ONCOLOGIA

1792

INSTITUTO DO CANCER DO CEARA

4452

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de prova e a quem interessar possa que o Sr. FRANCISCO SALES DE MACEDO JUNIOR, portador da CTPS 076562, série 0003, foi funcionário desta instituição inscrito no CNPJ Nº 072655150001-62 exercendo a função de Diretor Geral, executando suas atividades com empenho e dedicação no período de 01/05/1998 a 14/08/2009.

Atestamos ainda que a unidade supracitada possui 160 leitos.

Fortaleza/CE, 10 de Agosto de 2011.

Iana Dinis

Iana Dinis

Gerente de Recursos Humanos

R. Papi Júnior, 1222 – Rodolfo Teófilo
Fone: (85) 3288.4400 | Fax: (85) 3281.2865
CEP: 60.430-230 – Fortaleza/CE

HOSPITAL DO CÂNCER · CASA VIDA · ECO ONCOLOGIA

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

APRESENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

1. Cargo **DIRETORA ADMINISTRATIVA**

Nome: **WILMA NEY LOPES SILVA**

CPF: 910.022.857-66

Cursos de Formação Acadêmica - Curso(s) Superior(es) Reconhecido(s) pelo MEC:

Curso: **SERVICO SOCIAL**

Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

Período: 1996/2000

Cursos de Pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horária mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC:

Curso: **ESPECIALIZAÇAO EM ADM. HOSPITALAR E GESTÁO DE QUALIDADE EM SISTEMA DE SAUDE.**

Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

Período: 2002/2003

Carga Horária: 488h/a

Curso: **CAPACITAÇAO PARA AVALIADORES DE SISTEMAS DE QUALIDADE**

Instituição: **IQG – Instituto QUALISA**

Período: 2010

Carga Horária: 160h/a

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

Cursos de Pós-graduação (Mestrado), reconhecido pelo MEC:

Curso/Programa: **MESTRADO – PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PUBLICAS**

Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

Período: 2005/2006

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos):

HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ

Função: DIRETORA DE PLANEJAMENTO AVALIAÇAO E CONTROLE

Período: 2001 A 2004

Função: DIRETORA DE QUALIDADE DO INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARA

Período: 2006/2010

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA

Função: DIRETORA ADMINISTRATIVA.

Período: 2011

ESTADO DO CEARÁ

Universidade Estadual do Ceará

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS

O Reitor da UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, nos termos da legislação vigente, e tendo em vista a conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, confere o título de

MESTRE

Área de Concentração: Políticas Públicas

a

Wilma Ney Lopes da Silva

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todas as prerrogativas legais.

Fortaleza, 05 de maio de 2006

Reitor

Diretor do Centro ou Faculdade

Wilma Ney Lopes da Silva

Diplomado

AMERICAN BANK NOTE LTDA

Reconhecido, pelo Parecer nº 1096/2003
de 17/12/03 do Conselho de Educação
do Ceará, publicado no D. O. E. em 31/12/03

Secretaria de Ciência e Tecnologia
Universidade Estadual do Ceará
Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

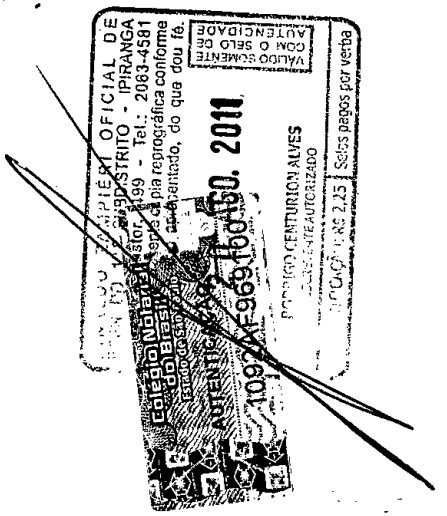
Nome do Diplomado:
WILMA NEY LOPES DA SILVA

Filiação:
EGIDIO PINHEIRO DA SILVA E BIBIANA LOPES DA SILVA

Nacionalidade		Estado	
BRASILEIRA		CEARÁ	
Nascimento	**Identidade**	**Órgão Expedidor**	
02/04/1974	91002285766	SSP/CE	
Conclusão do Curso	**Nº do Registro**	**Livro**	**Folha**
10/01/2006	902	04	050
Processo	**Data**	**Responsável**	
020/2006 - PROPGPq	18/04/2006		

Diretor do Departamento de Ensino de Pós-Graduação "Stricto Sensu"

Pro-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
001376

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que **WILMA-NEY LOPES BASTOS** concluiu o Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO DA QUALIDADE EM SISTEMA DE SAÚDE nos termos da legislação vigente, após cumprir todas as exigências de freqüência e aproveitamento nas disciplinas e a aprovação de Monografia.

Fortaleza(Ce.), 16 de fevereiro de 2006

Diretor do Centro de Estudos Sociais Aplicados

Coordenador do Curso

Wilma-Ney Lopes Bastos
Wilma-Ney Lopes Bastos
Aluno(a)

ESTEVALDO ZAMPERLINI OFICIAL DE
SUBDISTRITO - IPIRANGA
Tel.: 2063-4581
Selos pagos por verba
AUTENTICADO
20 AGO. 2011
1092AF969029

CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E GESTÃO DA QUALIDADE EM SISTEMAS DE SAÚDE

ALUNO(A): **WILMA-NEY LOPES BASTOS** DATA DE ADMISSÃO: OUTUBRO/2003

Aprovado pela Resolução nº 2152/99 de 13 de setembro de 1999 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UECE e Regulamentado pela Resolução nº 01/01 de 03/04/01 do CES/CNE.

DISCIPLINAS	Carga Horária	Período	Freqüência %	Avaliação 0 a 10,0	Professor(a)	Titulação
- SEMINÁRIO DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	08	Out/2003	100	Satisf.	Lydia Maria Pinto Brito	Ms.
- O MODELO ASSISTENCIAL BRASILEIRO E OS SISTEMAS DE SAÚDE	15	Out/2003	100	10,0	Vera Maria Câmara Coelho	Ms.
- GESTÃO CONTEMPORÂNEA	15	Out/2003	100	9,0	Rosila C. de Albuquerque	Dra.
- EPIDEMIOLOGIA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL	45	Nov/2003	92	8,0	Arnaldo Ribeiro Costa Lima Silvia Bonfim	Ms. Ms.
- GESTÃO INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	15	Dez/2003	100	9,6	Jocileide Sales Campos	Ms.
- A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	30	Fev/2004	83	8,0	Francisca Moreira Parente	Ms.
- METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA I	30	Mar/2004	88	10,0	Maria do Socorro F. Osterne	LD.
- PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA	60	Abr/2004	81	9,0	Arnaldo Ribeiro Costa Lima	Ms.
- GESTÃO DE LOGÍSTICA	30	Jun/2004	100	10,0	Fernando Lopes de S. da Cunha	Ms.
- GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA	30	Jul/2004	100	8,3	Edilson Barros Pessoa	Esp.
- GESTÃO DE PESSOAS	30	Ago/2004	100	9,0	Francisco Cesar de M. Borges	Ms.
- ATENÇÃO HOSPITALAR HUMANIZADA	15	Out/2004	100	9,0	José Jackson Coelho Sampaio	Dr.
- GESTÃO OPERATIVA DOS HOSPITAIS	15	Out/2004	100	9,0	Ana Lúcia Araújo Nocrato	Esp.
- GESTÃO DA QUALIDADE DE ATENÇÃO HOSPITALAR	30	Nov/2004	100	10,0	Ana Lúcia Araújo Nocrato	Esp.
- METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA II	15	Nov/2004	100	10,0	Maria do Socorro F. Osterne	LD.
- TÓPICOS ESPECIAIS	15	Dez/2004	100	10,0	Professores Convidados	
					ORIENTADOR(A):	
MONOGRAFIA: AVALIAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR.	90	–	–	Satisf.	Maria das Graças B. Peixoto	Ms.

Carga Horária: 488 h/a

Conclusão das Disciplinas: 17/DEZ/2004

Apresentação da Monografia: 22/AGO/2005

Emissão do Certificado: 16/FEV/2006

Márcia Calheiros Chaves Silva

Assessor do Núcleo de Ensino de Pós-Graduação Lato Sensu

Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

Registrado sob Nº 475-03

Livro: 05 Fls. 20

Data: 24-03-06 Ass: Aluísio

1092AF969030
S. Paulo
20 AGO. 2011
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

ESTADO DO CEARÁ

CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Escola de Saúde Pública do Ceará
PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES

Credenciada como Instituição de Ensino Superior - IES, Parecer Nº422/2004, de 27.04.2004,
e Credenciada para Ministrar Cursos Profissionais, Parecer Nº 694/2002, de 21/10/2002,
expedidos pela Câmara da Educação Superior e Profissional do Conselho de Educação do Ceará - CEC

Certificamos que

WILMA NEY LOPES BASTOS

concluiu com aproveitamento o

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE,
realizado no período de 17 de fevereiro de 2003 a 04 de junho de 2004,
com carga horária total de 460 horas.

Fortaleza, 30 de janeiro de 2007

Gilson Holanda Almeida
Diretor da Área de Gestão em Saúde e Gestão de Pessoas - ESP-CE

Anamaria Cavalcante e Silva
Superintendente



SÉRIE B
Nº 17332

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ-ESP-CE **CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

O Curso cumpre as Disposições da **RESOLUÇÃO** do Conselho Nacional de Educação – CES - Nº 01, de 03/04/2001

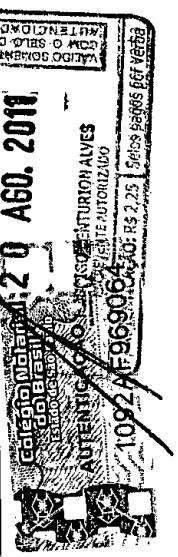
ALUNO: WILMA NEY LOPES DA SILVA **INICIO: FEVEREIRO/2003**

MÓDULOS	C.H.	PERÍODO	FREQ (%)	AVALIAÇÃO	DOCENTES	TÍTULO
MÓDULO I: GESTÃO E LIDERANÇA	30	17 a 21/02/03	100	9,00	Manoel Messias de Sousa	Livre Docente
MÓDULO II: SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE	30	17 a 21/03/03	100	9,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO III: ECONOMIA DA SAÚDE	30	05 a 09/05/03	100	7,00	Marcelo Gurgel Carlos da Silva	Doutor
MÓDULO IV: GESTÃO ESTRATÉGICA	30	02 a 06/06/03	100	10,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO V: GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	30	07 a 11/07/03	100	8,50	Vera Lúcia de Almeida	Doutora
MÓDULO VI: GERENCIAMENTO, ORGANIZAÇÕES E MUDANÇAS	30	04 a 08/08/03	100	8,00	Alejandra González Rosseti	PhD
MÓDULO VII: PESQUISA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	30	03 a 07/09/03	100	9,00	Paulo César de Almeida	Doutor
MÓDULO VIII: GESTÃO DE PESSOAS	30	06 a 10/10/03	100	9,00	David Brocklehurst	PhD
MÓDULO IX: GESTAO DA ATENÇÃO EM SAÚDE	30	01 a 05/12/03	100	9,50	Anamaria Cavalcante e Silva Gilson Holanda Almeida Jocileide Sales Campos	Doutor Mestre Mestre
MÓDULO X: GERENCIAMENTO, RECURSOS E TECNOLOGIA EM SAÚDE	30	02 a 06/02/04	100	9,00	Rifat Atun	PhD
MÓDULO XI: SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	30	12 a 16/04/04	100	8,00	Adryana Estácio Trummer	Especialista
MÓDULO XII: GESTÃO CLÍNICA	30	31/05/04 a 04/06/04	100	9,00	Eugênio Vilaça Mendes	Doutor
MONOGRAFIA: Internação Domiciliar e Humanização: A Experiência de um Hospital de Referência	100h	-	100	SATISFATÓRIO	**ORIENTADOR(A):** Paulo César de Almeida	Doutor
TOTAL	**460h**	**-**	100	**8,75**		

REGISTRO DA UNIDADE DE ESCRITURAÇÃO ESCOLAR - UNESC/ESP: REGISTRADO SOB O Nº 17.332 **FOLHA Nº 408 LIVRO Nº 02 DATA: 30/01/2007**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Ana Lucia [illegible]
Supervisora da UNESC/ESP
Escola de Saúde Pública



CERTIFICADO

Conferido a

WILMA-NEY LOPES DA SILVA

pela participação no curso de "Capacitação para Avaliadores do Sistema de Gestão da Qualidade para Acreditação em Instituições de Saúde" realizado nos dias 26 e 27 de março de 2.010 em São Paulo - SP, com carga horária de 16 (dezesseis) horas.

São Paulo, 27 de março de 2.010.

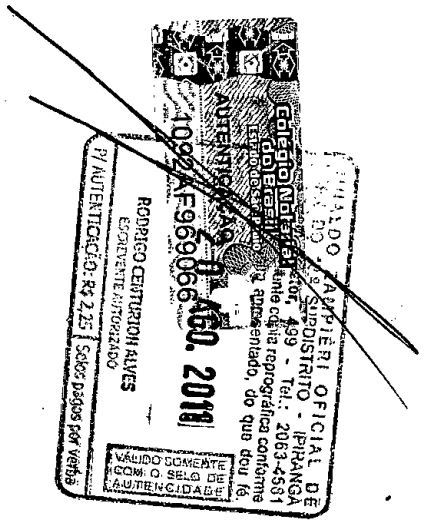
CHIEF EXECUTIVE OFFICER
IQG - HEALTH SERVICES ACCREDITATION

IQG
HEALTH SERVICES ACCREDITATION

ACCREDITATION CANADA

ONA
Organização Nacional de Acreditação

PROTECTING 5M million lives FROM HARM



Instituto Qualisa de Gestão

R- Nelson Gama de Oliveira, 311 – 10º andar
www. iqg.com.br / iqg @ iqg.com.br

Certificado Registrado sob nº 61930 folha (s) 141

do livro de Registro nº 04

São Paulo, 20 de março de 2010

Roberta Caudeta

Assinatura

HOSPITAL MUNICIPAL
DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA

4459

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de prova, a quem interessar, que **Wilma Ney Lopes da Silva,** trabalhou nesta Prefeitura, no período de 01/02/2003 a 31/12/2004, lotada no Setor de Planejamento, Avaliação e Controle do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda, exercendo o cargo de Diretora, com carga horária de 40 horas semanais.

Maracanaú, 19 de Agosto de 2011

João Cândido de Souza Borges
Diretor Geral

RONALDO ZAMPIERI OFICIAL DE REGº DO 18.º SUBDISTRITO - IPIRANGA
Rua Dom Pastor, 499 - Tel.: 2063-6881
Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
S. Paulo, 20 AGO. 2011
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Colégio Notarial do Brasil
Seção de São Paulo
AUTENTICAÇÃO
1092AF968999

Rua: João de Alencar, S/N – Centro Maracanaú/Ce – CEP 61900-150
Fone: 3521 5529 Fax: 3521 5586

INSTITUTO MEDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

SES 4460

APRESENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

1. Cargo: **DIRETOR TÉCNICO**

Nome: **AMANDO MENDES SOARES**

CPF: **145.879.804-44**

Cursos de Formação Acadêmica - Curso(s) Superior(es) Reconhecido(s) pelo MEC:

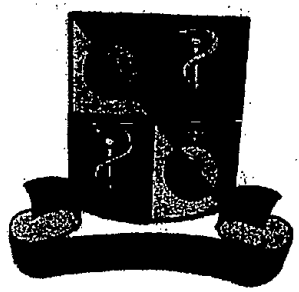
Curso: **MEDICINA**

Instituição: **ESCOLA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA**

Período: 1977 a 1983

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos) / Experiência profissional na Administração Pública (anos) / Exercício de atividade profissional de nível superior em emprego/cargos/especialidades ou de gestão:

DIRETOR MEDICO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDUARDO RIBEIRO BAHIANA – Madre de Deus/BA



FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

1ºTABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 25 de Agosto de 2011.
Em Testª da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

EU, PROFESSOR DOUTOR ORLANDO DE CASTRO LIMA, DIRETOR DA ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, TENDO EM VISTA A CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA, EM 03 DE DEZEMBRO DE 1983, CONFIRO O TÍTULO DE MÉDICO A

AMANDO MENDES SOARES

FILHO DE MESSIAS SOARES DE SOUSA E AMANDA MENDES SOARES, NASCIDO A 29 DE ABRIL DE 1956, NATURAL DE SÃO JOSÉ DO PEIXE, ESTADO DO PIAUÍ, E OUTORGO-LHE O PRESENTE DIPLOMA, A FIM DE QUE POSSA GOZAR DE TODOS OS DIREITOS E PRERROGATIVAS LEGAIS.

Salvador, 03 de dezembro de 1983.

Lourdes Hummel - Secretário

Orlando de Castro Lima - Diretor

PREFEITURA
SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

SES
4462
FLS
0

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que a Empresa **GESTMED GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA**, CNPJ/MF. Nº 03.262.479/0001-22, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o nº **7.558**, o administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob nº **4.276 – 5ª Região** e a odontóloga **ALESSANDRA DE SIERVI MATTOS** inscrita no **CROBA** n.º **5.428,** executou ações preventivas e curativas em saúde, nelas incluídas o atendimento de Urgência e Emergência e Treinamento de Recursos Humanos, Co-Gestão e Operacionalização das referidas ações, durante as Festas Populares de Salvador 2003/2004, inclusive Carnaval 2004, conforme contrato de prestação de serviços nº 058/2003. Período de execução do contrato **dezembro/2003 à abril/2004**, pelo valor global de R$ 2.140.000,00(Dois Milhões Cento e Quarenta Mil Reais).

1. **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS NAS FESTAS POPULARES E NO CARNAVAL 2004.**

Os serviços foram executados em etapas (festas populares e carnaval), contemplando a implantação de **23** unidades de saúde, sendo **12 unidades** em festas populares e **11 unidades** no carnaval. Executando nestas unidades todas as ações preventivas e curativas, contemplando o atendimento de urgências e emergências, disponibilizando em cada unidade, médicos, enfermeiros, assistente Social, auxiliares de enfermagem, odontólogos, farmacêuticos, auxiliares administrativos e motoristas. Executou-se também em cada unidade das festas populares e em todo circuito do carnaval, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Zoonoses, contemplando o fornecimento de toda equipe para a fiscalização, controle e apuração das atividades, bem como treinamento e capacitação dos recursos humanos alocados nos serviços, mantendo um efetivo médio na parte de assistência nos meses de 05.12.2003 à 26.02.2004, de 418 médicos, 30 odontólogos, 52 enfermeiras, 302 Auxiliares de enfermagem, 286 auxiliares administrativos, , 252 motoristas, proporcionando uma média de 5.800 atendimentos / mês de casos clínicos e cirúrgico e 443 casos de atendimento traumo odontológicos. Já na prevenção, manteve-se um efetivo médio nos meses de 05.12.2003 à 26.02.2004, de 119 médicos, 34 enfermeiras, 34 biólogos, 51 assistentes sociais, 52 veterinários, 52 nutricionistas, 177 Auxiliares de enfermagem, 147 auxiliares administrativos,123 agentes de saúde e 44 proporcionando uma média de 3.900 atendimentos / mês.

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
10508528419

Tabelionato de Notas
Dr. Brito de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8988

25/AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Carvalhante de Assunção
Escrevente

SES
1467

2. PRINCIPAIS QUANTIDADES E SERVIÇOS

FESTAS POPULARES – PREVENÇÃO

IMPLANTAÇÃO E OPERAÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS NM
CONCEIÇÃO DA PRAIA	24	41
REVEILLON	14	20
BOA VIAGEM	18	31
LAPINHA	16	27
BONFIM	18	29
FAROL FOLIA	19	17
RIBEIRA	19	30
SÃO LÁZARO	13	20
YEMANJÁ	16	26
BL PARCEIRIA	17	29
ITAPOAN	21	35
PRÉ-CARNAVAL	39	122
TOTAL	**234**	**427**

CARNAVAL – PREVENÇÃO

	MÓDULO	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	
		NU	NM
CARNAVAL	I	60	80
	II	60	80
	III	60	80
	IV	60	80
	V	60	80
	VI	60	80
	VII	60	80
	VIII	60	80
	IX	60	86
	X	60	86
	COORD	93	120
	COORD	94	120
TOTAL		**787**	**1052**

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Corregedoria Geral da Justiça Selo de Autenticidade AUTENTICAÇÃO 1050B528418
Cartório de Notas de Abreu nº 157 Setor Oeste Goiânia - Goiás Fone: (62) 3215 8998
25 AGO 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

PREFEITURA
SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Setor de Autenticação
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
105085284
25 Ago. 2011
Tabelionato de Notas
Rua José de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Antal Carvalcante de Assunção
Escrevente

FESTAS POPULARES – ASSISTÊNCIA

IMPLANTAÇÃO E OPERAÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS N.U.	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS
CONCEIÇÃO DA PRAIA	32	61	71
REVEILLON	36	96	160
BOA VIAGEM	16	31	254
LAPINHA	26	82	345
BONFIM	24	47	24
FAROL FOLIA	21	47	71
RIBEIRA	8	21	27
SÃO LÁZARO	24	39	126
YEMANJÁ	24	48	164
BL PARCEIRIA	80	156	1.322
ITAPOAN	23	79	363
PRÉ-CARNAVAL	32	63	38
TOTAL	**346**	**770**	**2.965**

CARNAVAL – ASSISTÊNCIA

	MÓDULO	ASSITÊNCIA		ATENDIMENTOS		
		NU	NM	CIRURGIA	CLÍNICA	ORTO
CARNAVAL	I	99	145	2.313	12.122	443
	II	99	145			
	III	99	145			
	IV	99	145			
	V	99	145			
	VI	99	145			
	VII	99	145			
	VIII	99	145			
	IX	99	145			
	X	99	145			
	COORD	110	145			
	COORD	110	145			
TOTAL		**1.210**	**1.740**	**2.313**	**12.122**	**443**

PREFEITURA
SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

SES 4465

LEGENDA:
NU = NÍVEL UNIVERSITÁRIO
NM = NÍVEL MÉDIO

Informamos que os atendimentos foram executados de maneira plenamente satisfatória observando o padrão de qualidade técnico exigida, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.

Salvador/Ba., 11 de Maio de 2004

PMS-SMS-SECRETARIA SAÚDE
ALDELY ROCHA DIAS
SECRETÁRIA DE SAÚDE

JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
DIRETOR COMERCIAL
CRA Nº 4.276 – 5º Região

ALESSANDRA DE SIERVI MATTOS
ODONTOLÓGA
CRO N.º 5.428

AMANDO MENDES SOARES
MÉDICO-ADM.HOSPITALAR
CREMEB Nº 7.558

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8093

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
1050B528417

28 AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA

SES 4466

Sr. Presidente Solicito Registro de Comprovação de Aptidão das atividades abaixo especificadas:	**01 RCA N.** 375/2005 04/11/2005 Assinatura do Funcionário

CONTRATADO

02	**Nome do Profissional Responsável** ANNA EMÍLIA DE CONI MOURA ABUD		
03	**Titulo Profissional** Administradora	04	**N. Registro no CRA** 6667- BA
05	**Nome da Empresa Contratada ou do Profissional** KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA		
07	**N. Registro no CRA** 1272	08	**Telefone** 71 3341-7441
09	**Endereço do Profissional Responsável** Av. Vasco da Gama, Nº 309 – Federação – Salvador /BA	10	**Telefone** 71 3341-7441

CONTRATANTE

11	**Nome do Contratante** **COMPANHIA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO ESTADO DA BAHIA - PRODEB**		
12	**CPF ou CGC** 13.579.586/0001-32	13	**Telefone** 71 3115-7611
14	**Endereço para Correspondência da Contratante** Av. 4, 410 – Centro Administrativo da Bahia		

DESCRIÇÃO

15 Descrição dos Serviços

Ações preventivas e de pronto atendimento mediante os serviços de 02 (dois) médicos e 01 (um) técnico de segurança do trabalho, incluindo planejamento e elaboração do PCMSO –Prog. de Controle Médico de Saúde Ocupacional, fornecimento de informações para o PPP- Perfil Profissiográfico Previdenciário e para o LTCA- Laudo Técnico das Condições Ambientais, bem como o acompanhamento do PPRA – Programa Preventivo de Riscos Ambientais.

16	**Valor do Serviço** R$ 14.374,24 / mês	17	**Data de Contratação do Serviço** 22/07/2003

ASSINATURA

18 **Assinaturas**

Salvador, 03 de novembro de 2005
Local e Data

Requerente

De Acordo: _____
Adm. Responsável Técnico

Autorizo o RCA: _____
ADM Sandra Cirne Aspera Portela
Gerente Executiva CRA-BA 1.504

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade AUTENTICAÇÃO 10508528416

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998
29 AGO 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

kuatro saúde

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade Corregedoria Geral da Justiça AUTENTICAÇÃO 1050B528424
2º Tabelionato de Notas de Abreu nº 157 Setor Oeste Goiânia - Goiás Fone: (62) 3215-8998
25 AGO 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé Artal Catalcante de Assunção Escrevente
SES 4467

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL DA BAHIA - ISIBA**, CNPJ/MF. Nº 7.254.323/0001-50, associação civil, sem fins lucrativos, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o nº **7.558**, e pelo seu presidente, administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob nº **4.276 – 5ª Região**, executou desde 07 de dezembro de 2.005 até a presente data, a Implantação, Organização, Administração e Gerenciamento dos Serviços do Hospital Municipal Célia Almeida Lima, localizado no município de São Francisco do Conde, composto de 67 (Sessenta e Sete) leitos para atendimento de Urgência e Emergência.

O Hospital administrado opera em regime de 24 (vinte e quatro) horas, com efetivo médio de **260 funcionários** e realiza as seguintes atividades:

A <u>Nível ambulatorial</u> atendimento nas especialidades de Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia Ortopédica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Geriatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia Pediatria, Ginecologia, Pré-Natal, Oftalmologia, Dermatologia, Mastologia, Imunologia, Nutrição e Dietética (SND), Fisioterapia, Patologia Clínica e Odontologia.

A <u>Nível de Internação</u> atendimento nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Endocrinologia.

A <u>Nível de Urgência e Emergência</u> atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Pequenas Cirurgias Emergenciais, Obstetrícia, Ortopedia, Traumatologia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Anestesia e Odontologia.

A Nível de Serviços de Apoio Diagnóstico, atendimento de: Endoscopia Digestiva, Radiologia (RX), Ultra-Sonografia, Patologia Clínica (Laboratório), ECG, Fisioterapia, Nutrição e Dietética.

A Nível de Serviços Diversos, a Operação de Lavanderia Hospitalar, para atendimento da unidade, contemplando uma média mensal de **7.000 Kg/ mês** de rouparia para lavagem. Operação do refeitório, que contempla a alimentação de todos os funcionários da unidade, além de fornecimento de toda a dieta dos pacientes e proporciona um atendimento médio mensal de **9.600 refeições/dieta mensal,** a unidade assegura assistência gratuita e satisfatória à população em todas as especialidades / procedimentos, nas quantidades média / mensal, conforme abaixo descrito, tudo de acordo com o contrato de prestação de serviços, pelo prazo de 02 (dois) anos, contados a partir de 07 de dezembro de 2.005, pelo valor global de R$ 16.988.855,02 (dezesseis milhões, novecentos e oitenta e oito mil, oitocentos e cinqüenta e cinco reais e dois centavos), podendo ser renovado por até mais 03 (três) anos.

DISCRIMINAÇÃO	MÉDIA MENSAL
Atendimento Ambulatorial	2.395
Procedimentos Ambulatoriais	5.413
Atendimento de Emergência	12.877
Procedimentos de Emergência	31.642
Serviços de Apoio Diagnóstico	22.967
Procedimentos Cirúrgicos	512
Internamento Hospitalar	385
TOTAL DE PROCEDIMENTOS E ATENDIMENTOS	**76.191**

TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 22 de Agosto de 2011.
Em Test.º
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

CREMEB
ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade Corregedoria Geral da Justiça AUTENTICAÇÃO 1050B526527
2º Tabelionato de Notas Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste Goiânia - Goiás Fone: (62) 3215-8998
25 AGO 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé Artal Catalcante de Assunção Escrevente

kuatro saúde

SES 4468 PROTOCOLO

Classificação Hospitalar:

Porte III (de acordo com a portaria nº 2224/02 – GM/MS)

Informamos ainda, que os atendimentos foram executados de maneira plenamente satisfatória observando o padrão de qualidade técnico exigida, nada havendo que desabone a idoneidade e desempenho da empresa.

Salvador/Ba., 08 de março de 2006.

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.

SÉRGIO RICARDO DE MOURA MATTOS
RESPONSÁVEL LEGAL

INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL ISI-BA

JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO
DIRETOR PRESIDENTE

AMANDO MENDES SOARES
DIRETOR TÉCNICO

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade Corregedoria Geral da Justiça AUTENTICAÇÃO 1050B528423

Tabelionato de Notas
João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

25 AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artur Cavalcante de Assunção
Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Certifico para fins do art. 30, da lei 8.666/93 que o Atestado (Declaração) nesta(s) folha(s) nº 40 ,refere-se ao RCA nº 1953 ,de 16/10/06 (Registro de Comprovação de Aptidão para Desempenho de Atividades em Medicina) , efetuado neste Conselho, em nome da empresa Instituto de Saúde Integral ISI

Registro nº 3590 , a qual tem como Responsável Técnico, o médico Armando Mendes Soares CRM nº 7558

Salvador, 16 de outubro de 2006

Lenilza Santos da Silva
Funcionário

Visto:
Presidente do CREMEB

SES 4469

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BAHIA

À

KUATRO GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.
At: Sr. Sérgio Ricardo de Moura Mattos - Diretor

REF: CONTRATO – CONCORRÊNCIA Nº 004/2005

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARCIAL DE SERVIÇOS

Atendendo ao quanto nos foi solicitado, através de vossa correspondência datada de 05/12/2005, autorizamos pelo presente instrumento, esta empresa sub-empreitar, parcialmente, para o Instituto de Saúde Integral - ISI, a execução dos serviços constantes no contrato em epígrafe, conforme condições estipuladas no Contrato de Prestação de Serviços.

São Francisco do Conde, 07 de dezembro de 2005.

Dario Alves Rêgo
Prefeito Municipal

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

ESTADO DE GOIÁS – Poder Judiciário – Selo de Autenticidade – Corregedoria Geral da Justiça – AUTENTICAÇÃO 1050B52842

25 AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Ital Cavalcante de Assunção
Escrevente

kuatro saúde

4470

ATESTADO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e a quem possa interessar, que o **INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL DA BAHIA - ISIBA**, CNPJ/MF. Nº 7.254.323/0001-50, associação civil, sem fins lucrativos, representada tecnicamente pelo médico **AMANDO MENDES SOARES**, inscrito no **CREMEB** sob o nº **7.558**, e pelo seu presidente, administrador de empresas **JOSÉ DA SILVA MATTOS NETO**, inscrito no **CRA/BA** sob nº **4.276 – 5ª Região**, executou desde 07 de dezembro de 2.005 até a presente data, a Implantação, Organização, Administração e Gerenciamento dos Serviços do Hospital Municipal Célia Almeida Lima, localizado no município de São Francisco do Conde, composto de 67 (Sessenta e Sete) leitos para atendimento de Urgência e Emergência.

O Hospital administrado opera em regime de 24 (vinte e quatro) horas, com efetivo médio de **260 funcionários** e realiza as seguintes atividades:

A <u>Nível ambulatorial</u> atendimento nas especialidades de Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia Ortopédica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Geriatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia Pediatria, Ginecologia, Pré-Natal, Oftalmologia, Dermatologia, Mastologia, Imunologia, Nutrição e Dietética (SND), Fisioterapia, Patologia Clínica e Odontologia.

A <u>Nível de Internação</u> atendimento nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica e Endocrinologia.

A <u>Nível de Urgência e Emergência</u> atendimento nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Pequenas Cirurgias Emergenciais, Obstetrícia, Ortopedia, Traumatologia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Anestesia e Odontologia.

A Nível de Serviços de Apoio Diagnóstico, atendimento de: Endoscopia Digestiva, Radiologia (RX), Ultra-Sonografia, Patologia Clínica (Laboratório), ECG, Fisioterapia, Nutrição e Dietética.

A Nível de Serviços Diversos, a Operação de Lavanderia Hospitalar, para atendimento da unidade, contemplando uma média mensal de **7.000 Kg/ mês** de rouparia para lavagem. Operação do refeitório, que contempla a alimentação de todos os funcionários da unidade, além de fornecimento de toda a dieta dos pacientes e proporciona um atendimento médio mensal de **9.600 refeições/dieta mensal,** a unidade assegura assistência gratuita e satisfatória à população em todas as especialidades / procedimentos, nas quantidades média / mensal, conforme abaixo descrito, tudo de acordo com o contrato de prestação de serviços, pelo prazo de 02 (dois) anos, contados a partir de 07 de dezembro de 2.005, pelo valor global de R$ 16.988.855,02 (dezesseis milhões, novecentos e oitenta e oito mil, oitocentos e cinqüenta e cinco reais e dois centavos), podendo ser renovado por até mais 03 (três) anos.

DISCRIMINAÇÃO	MÉDIA MENSAL
Atendimento Ambulatorial	2.395
Procedimentos Ambulatoriais	5.413
Atendimento de Emergência	12.877
Procedimentos de Emergência	31.642
Serviços de Apoio Diagnóstico	22.967
Procedimentos Cirúrgicos	512
Internamento Hospitalar	385
TOTAL DE PROCEDIMENTOS E ATENDIMENTOS	**76.191**

12º Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Eu fiz e dou fé.
Salvador, 11 de Abril de 2011
GILIARI BARRAL DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE ESCREVENTE SUBSTITUI O TITULAR

Cartório de Notas
Av. Anhanguera nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
10508528423

25 ABR. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

CREMEB

Av. Vasco da Gama [illegible] CEP: 40.230-731
Fone: (71) 2103-[illegible] kuatrosaude@ig.com.br

MADRE DE DEUS

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MADRE DE DEUS
SESAU - Secretaria de Saúde

SES 4471

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto, para os devidos fins de comprovação de experiência, que a **Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Castro Alves, CNPJ 13.222.773/0001-64**, situada na Rua Rafael Jambeiro, 64 – Centro – castro Alves – BA, e responsável técnico o médico Dr. **Amando Mendes Soares, CRM - BA 7558, CPF 145.879.805-44**, presta serviços de organização e gerenciamento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas/ dia, 07 (sete) dias por semana, com assistência universal e gratuita à população no Hospital Dr. Eduardo Bahiana Ribeiro, no Município de Madre de Deus - Bahia, desde 15 de abril de 2010, utilizando modelo de gestão por resultados , gerenciando com base em metas indicadores de produção, qualidade e custos implementando políticas de humanização e gestão pela qualidade total. Durante a gestão da Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Castro Alves, o Hospital Municipal Dr. Eduardo Bahiana Ribeiro alcança níveis significativos de satisfação dos usuários, não existindo nada que desabone a sua conduta e reputação.

De acordo com a Portaria GM/MS 2224, de 05/12/2002 as características do Hospital Municipal Dr. Eduardo Bahiana Ribeiro, são compatíveis com Porte II (média complexidade), totalizando 31 (cinqüenta e dois) leitos, destes, 01 (um) de isolamento, cadastrados no CNES sob o número 3289826.

Madre de Deus, 19 de Maio de 2011.

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade Corregedoria Geral da Justiça AUTENTICAÇÃO 10508528446

2º Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

25 AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Carvalcante de Assunção
Escrevente

Dr. Giorlando Guimarães Santos
Secretário Municipal de Saúde

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade Corregedoria Geral da Justiça AUTENTICAÇÃO 10508526532

25 AGO. 2011

Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Carvalcante de Assunção
Escrevente

TABELIONATO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 22 de Agosto de 2011.
Em Testº da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

42 / 138

INSTITUTO MEDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

APRESENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

1. Cargo: **DIRETOR DE ENSINO E PESQUISA**

Nome: **NELSON DE CARVALHO ASSIS BARROS**

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior (es) reconhecido(s) pelo MEC

Curso: **MEDICINA**

Instituição: **FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERDIDADE DA BAHIA**

Período: 1949 A 1955

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos) / Experiência profissional na Administração Pública (anos) / Exercício de atividade profissional de nível superior em emprego/cargos/especialidades ou de gestão:

SECRETARIO ESTADUAL DE SAUDE DO ESTADO DA BAHIA

DIRETOR TÉCNICO E ADMINISTRATIVO DO HOSPITAL INFANTIL CHR / UFBA

PROFESSOR TITULAR E EMÉRITO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFBA

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

GOVERNO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 005/2011
TIPO: MELHOR TÉCNICA

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA Dr. Alberto Rassi – HGG**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.

CURRICULUM VITAE DO DR. NELSON DE CARVALHO ASSIS BARROS

Fonte: Internet – site da Sociedade Brasileira de Pediatria

Traços biográficos: Nasceu em 16/03/1929, na cidade de Salvador, Bahia. Filho de Francisco de Assis Barros e Georgina Marques de Carvalho.

Professor assistente de física, aprovado em concurso de títulos e provas, em outubro de 1951.

Diplomou se em Medicina em 1955, tendo sido interno de Pediatria da Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, serviço do professor Hosannah de Oliveira.

Trabalhou como Pediatra do Hospital São Jorge vinculado ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários.

Em 1967 foi Coordenador da Residência em Pediatria no HUPES.

Em 1968, após obter uma bolsa de estudos por títulos foi para o *New York Hospital, Cornell Medical Center*, serviço do Prof. McCrory, retornando em 1969 às atividades na FAMEB-UFBA.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia foi aprovado em 1972 como Professor Assistente, através de provas de título.

Na Faculdade de Medicina de Goiás, em 1973, conquistou a Livre Docência em Pediatria referendada pelos Professores: Jonas Ayube e Antônio Pimenta (UFGO), Eduardo Marcondes (USP), Antonio Márcio Lisboa (UNB) e Rodolfo dos Santos Teixeira (UFBA).

Em 1974, alcançou a titularidade na FAMEB/UFBA, chancelada pelos professores: Azarias de Andrade Carvalho, Eduardo Marcondes e Fernando Figueira (UFPE), além dos baianos, José Adeodato de Souza Filho e Alicio Peltier de Queiroz.

4474

Em 1985, assumiu a Titularidade de Pediatria na Escola Baiana de Medicina.

Membro da Academia de Medicina da Bahia.

Na condição de professor titular, conseguiu desdobrar a cátedra em quatro: Pediatria Preventiva e Social, Neonatologia, Pediatria Clínica e Saúde da Adolescência. Exerceu as seguintes funções: Chefia do Departamento de Pediatria, Coordenador do Mestrado Materno-Infantil, representante da FAMEB na Câmara de Pós-graduação e Pesquisa, membro do Colegiado de Cursos, membro do Colegiado da Residência Médica em Pediatria, membro de inúmeras Bancas examinadoras de vários concursos na Bahia e em diversos Estados.

Em 1983 foi nomeado Secretário da Saúde do Estado da Bahia e o exerceu até 1986.

Em1990 implantou o serviço de Pediatria do Hospital São Rafael (Salvador), sendo o Chefe até 2007.

Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria, ocupando a cadeira de número seis, cujo Patrono é o renomado Joaquim Martagão Gesteira.

Na SBP foi vice–presidente, membro de Departamentos. Assessor de algumas diretorias, compôs a Comissão Científica de alguns congressos e presidiu o Congresso Brasileiro em 1993, realizado em Salvador-Ba.

Honrarias e Sociedades Médicas:

Professor Emérito da FAMEB-UFBA, 2005; Membro da ABP, desde 1997; Membro da AcadMediBa, desde 1985; Membro da SBP, desde 1961; Membro da AMB, desde 1959; Membro da SoBaPe, desde 1988; Medalha da SBP em 1982; Comenda do Governo do Estado da Bahia, em 1986; Medalha Santos Dumont, 1985; Presidente do Congresso Brasileiro de Pediatria, 1993; Placas do Cremeb e da ABM, 2005; Orador oficial indicado pela SBP, na solenidade em comemoração do centenário de nascimento do Prof. Pedro de Alcântara – Faculdade de Medicina da USP; Orador oficial indicado pela Família na solenidade de comemoração do centenário de nascimento do Prof. Hosannah de Oliveira – Reitoria – UFBA.

4475
P

REPÚBLICA DOS ESTA

UNIVERSIDA

FACULDAD

EM NOME DO GOVÊRNO DA REPÚ

Eu, Dr. Rodrigo Bulcão d'Argolo Ferrão, Director da FA

tendo presente os termos de aprovação nos exames das ma

de Carvalho Assis Barros, natural de Salvador, Estado d

Francisco de Assis Barros e D. Georgina Marques de Carvalh

virtude da autorização que me confere o Regimento Interno

MÉDICO, a fim de que possa exercer sua profissão nos Esta

cedidos pelas Leis da República.

Bahia, 15 de Dezem

O Reitor da Universidade,

O Director da F

Rodrigo Bulcão d

O Secretário da

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

M. S. — D. N. S.
SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA
VISTO
DIRETOR

DOS UNIDOS DO BRASIL

DE DA BAHIA

DE MEDICINA

ICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL:

CULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DA BAHIA,
érias do curso de Medicina, prestados pelo Sr. *Nelson*
Bahia, nascido em 16 de Março de 1929, filho do Bel.
e terminados em 10 de Dezembro de 1955, em
esta Faculdade, mandei passar-lhe êste **DIPLOMA DE**
os Unidos do Brasil, com os direitos e prerrogativas con-

10 de 1955

O Médico,

Nelson de Carvalho Assis Barreto

aculdade,

Faculdade,

PAP. UNIVERSAL

4474

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA MATERNIDADE TSYLLA BALBINO

SESAB
CRH / COCARE
CONFERE COM ORIGINAL
EM 10 / 11 / 2004
CONTAGEM - CADASTRO

Salvador, 08 de novembro de 2004

ATESTADO

Ivone Borges Machado
COORDENADORA - COCARE
CAD. 19.300209-2

Para os devidos fins, atesto que Dr. NELSON DE CARVALHO ASSIS BARROS – Cremeb – 0894, cadastro 61616, foi designado chefe do Setor de Neonatologia desta Maternidade, ano 1970 onde permaneceu até o dia 23/03/83

Atenciosamente,

Maria José Souza Silva
Diretora

Maria José Souza Silva
Diretora MTB
Cad: 319255-5

CONFERE COM ORIGINAL
EM 26/04/2005

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que lhe foi apresentado. Reconheço
Salvador, BA, 26 de MARÇO de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ARRUDA - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

13.937.131/0004-94
INSC. EST. 70745597
Secretaria de Saúde do Est. da Bahia
SESAB
Maternidade Tsylla Balbino
Ladeira de Quintas, s/n - Bx. Quintas
CEP 40 320-140
SALVADOR

ESTADO DE GOIÁS
Poder Judiciário
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICAÇÃO
1050B52849

2º Tabelionato de Notas
Av. Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8098
25 AGO. 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Gabinete do Reitor

4477

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de direito, que **Nelson de Carvalho Assis Barros**, Professor Titular e Emérito da Faculdade de Medicina da UFBA, exerceu o cargo de Diretor Técnico e Administrativo do Hospital Infantil – CHR/UFBA, durante o período de março de 1991 a fevereiro de 1992, quando se exonerou a pedido.

O mencionado Hospital, hoje **Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira**, contava com noventa leitos assim distribuídos: dez leitos na Emergência (oito de observação e dois de isolamento), setenta e cinco nas enfermarias para pesquisa na Unidade Metabólica.

Além destas unidades possuía também *"Raios X" "Farmácia", "Lactário", "Serviço de Nutrição"* e *"Posto de Coleta* no *Laboratório Central"*.

Hoje o referido Hospital integra o **Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos** da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 10 de julho de 2009.

Naomar Monteiro de Almeida Filho
Reitor

TABELIONATO DO 6º OFÍCIO DE NOTAS
Confere com o original a mim apresentado
Salvador, 23 de Agosto de 2011.
Em Testº da Verdade.
ANTONIO JORGE LEAL DE SANTANA - ESCREVEN

Palácio da Reitoria da UFBA — Rua Augusto Viana, s/n — Canela — CEP 40110-909 — Salvador — Bahia — Brasil
Tel.: (71) 3283-7031 — Fax: (71) 3283-7027 — gabinete@ufba.br — http://www.ufba.br

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

4498

salvador BA.

ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
Corregedoria Geral da Justiça
AUTENTICADO
1050B528447
25 AGO. 2011
Cartório de Notas
Rua [illegible] nº 157 Setor Oeste
[illegible]nia - Goiás
Fone: (62) 3215-8998
Confere com a fotocópia
apresentada dou fé
Anal Cavalcante de Assunção
Escrevente

PORTARIA Nº062

O Diretor do HPES da UFBA. no uso de suas atribuições legais:

RESOLVE: designar DR. NELSON DE CARVALHO BARROS,como chefe do serviço de Pediatria deste hospital.

Registre-se,publique-se e arquive-se

Salvador, 06 de setembro de 1977

Prof. Rodrigo Argollo Ferrão

Diretor do HPES

12o.Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que lhe foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 31 de MARÇO de 2011
GILVAN GUEDES DE ARAÚJO - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

INSTITUTO MÉDICO CARDIOLÓGICO DA BAHIA

4479

APRESENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

1. Cargo: **DIRETOR FINANCEIRO**

Nome: **ROGÉRIO GUARINIELLO**

CPF: **125.789.738-14**

Cursos de Formação Acadêmica - Curso(s) Superior(es) Reconhecido(s) pelo MEC:

Curso: **ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E DE SISTEMAS DE SAÚDE**

Instituição: **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO DA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS**

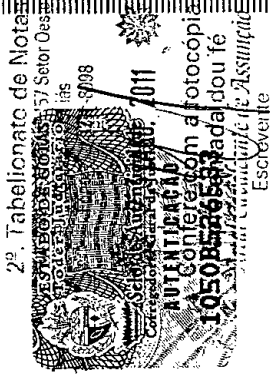
Período: 2002

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades (anos) / Experiência profissional na Administração Pública (anos) / Exercício de atividade profissional de nível superior em emprego/cargos/especialidades ou de gestão:

DIRETOR ADMINISTRATIVO DO HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE, EM FORTALEZA

DIRETOR ADMINISTRATIVO DO HOSPITAL TERESA DE LISIEUX, EM SALVADOR





Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe.
Salvador, [illegible] de 2011
GILVAN GUSMÃO DE MOURA - ESCREVENTE
TESTE CARIMBO SUBSTITUA O SELO

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

Escola de Administração de Empresas de São Paulo

O Diretor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E DE SISTEMAS DE SAÚDE,

realizado em convênio com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 540 horas, em junho de 2002, outorga a

Rogerio Guariniello

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 11 de outubro de 1969, RG. 18.785.200-5

o presente Certificado.

São Paulo, 31 de julho de 2003

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

Fernando de Souza Meirelles
Diretor

José Manoel de Camargo Teixeira
Superintendente do HCFMUSP
Coordenador do CEAHS

SECRETARIA ESCOLAR DO CEAHS

Certificado registrado no Livro n.º ..... 02 .....

Folha n.º ... 02 ..... N.º de Ordem .. 1565 ....

do PROAHSA (Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

Em .. 20 .. de .... novembro .... de .. 2003 ...

..... Secretaria Escolar

2º Tabelionato de Notas
Anat Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

1º Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3218-8998

AUTENTICAÇÃO
1050B52845
Confere com a fotocópia apresentada dou fé.
25 MAIO 2011
Anat Cavalcante de Assunção
Escrevente

1.2º.Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que lhe foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 7 de MARÇO de 2011
GILVAN GUSMÃO DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

4481

2

ANTONIO PRUDENTE

12o. Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 4 de novembro de 2011.
GILVAN DOS SANTOS - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO

Fortaleza, 03 de novembro de 2011

DECLARAÇÃO

O Sr. Rogério Guariniello, portador do CPF. 125.789.738-14 é o Diretor Administrativo do Hospital Antonio Prudente, em Fortaleza.

Hospital Geral com 250 leitos, unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediatrica e Neonatal, Internação, amplo Centro Cirúrgico e Emergência Adulto, Ortopédica, Ginecológica e Pediátrica.

Atestamos ainda que a unidade citada realiza serviços de atenção a pacientes crônicos – home care.

Declaro a quem interessar possa, que encontro-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Francisco Sales de Macedo Júnior

Superidentende de Rede Preferencial HAPVIDA

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação

Universidade Federal da Bahia

Diploma

O Reitor da Universidade Federal da Bahia,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão em 16 de dezembro do 1989,
do curso de Medicina, confere o título de

Médico

a

Maria Paula Magalhães Sousa

brasileira, natural do estado da Bahia, nascida a 9 de maio de 1964,
filha de Luiz Nepomuceno de Souza e Celeste de Ávila Magalhães de Souza
e outorga-lhe o presente Diploma
a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Salvador, 16 de dezembro de 1989

Maria Paula Magalhães Sousa
Diplomado
RG 1.605.041 SSP-BA

Albino Eduardo Machado Novaes
Coordenador do Curso

Maria Celeste Reis de Melo
Diretora da Secretaria Geral de Cursos

José Rogerio da Costa Vargens
Reitor

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Registro nº. 3.738 livro 01-D fls. 317.

referente ao curso de Medicina II

.....

.....

.....

reconhecido pelo Decreto nº 2.865

D.O.U. de 14.07.1934

Salvador, 22 de janeiro de 1990.

Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

.....

JOSÉ ROGERIO DA COSTA VARGENS
REITOR

Conselho Regional de Medicina do
Estado da Bahia
O presente diploma de medico
corresponde à inscrição n. 9901
Carteira n. 9901 deste Conselho, ora registrado
Salvador, BA, 19/01/1990

Presidente

Secretário

APOSTILA

O nome correto dos genitores da Diplomada é Luiz Nepomuceno de Sousa e Celeste de Ávila Magalhães de Sousa conforme documento apresentado.

Em 05.01.1990

UFBA - SUPERINTENDÊNCIA ACADÊMICA
SECRETARIA GERAL DOS CURSOS

Helena Maria da Silva Dias
Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

0005

4485

Governo do Estado da Bahia
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Recursos Humanos da Saúde
Diretoria de Administração de Recursos Humanos
Coordenação de Gestão de Processos de Pessoal

DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins, que a Sra. **MARIA PAULA MAGALHÃES SOUSA,** inscrita no CPF nº. 31759599549 e PIS/PASEP 124.29933.28 6, filha de Luiz Nepomuceno de Sousa e Celeste de Ávila Magalhães Sousa, pertence ao Quadro de Pessoal Estatutário desta Secretaria, conforme dados funcionais abaixo:

Matrícula	**19.275994-7**
Admissão	12/11/1994
Cargo	Médico
Carga Horária	120:00 horas mensais
Regime	Estatutário, contribuindo para o FUNPREV.
Situação atual	Em atividade no CICAN - Oncologia.

Em, 27 de Julho de 2009.

Ednilce Domingas dos Santos
Coordenadora da Cocare

2º. Tabelionato de Notas
Rua João de Abreu nº 157 Setor Oeste
Goiânia - Goiás
Fone: (62) 3215-8990
15 AGO. 2011
Confere com a fotocópia apresentada dou fé
Ital Cavalcante de Assunção
Escrevente

ESTADO DE GOIÁS Poder Judiciário Selo de Autenticidade Corregedoria Geral da Justiça AUTENTICAÇÃO 10S0B528413

12o.Ofício de Notas - Salvador/BA
Confere com o original que lhe foi apresentado. Dou fé.
Salvador, 26 de Março de 2011
GILVAN CASADO DE ABREU - ESCREVENTE
ESTE CARIMBO SUBSTITUI O SELO