





PROPOSTA DE  
TRABALHO  
IGH

Proposta Técnica para gerenciamento, operacionalização e  
execução das ações e serviços de saúde na

# **Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás**

Fevereiro de 2018  
Instituto de Gestão e Humanização

SUMÁRIO	PAG.
<b>1. TÍTULO</b>	<b>5</b>
<b>2. PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL</b>	<b>5</b>
<b>2.1. A HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS</b>	<b>5</b>
<b>2.2. ESTRUTURA DA HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS</b>	<b>6</b>
<b>2.3. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO PROPOSTO</b>	<b>6</b>
2.3.1. Filosofia da Gestão / Organograma	9
2.3.2. Metodologia de Trabalho	15
<b>2.4. METAS DE PRODUÇÃO</b>	18
	20
<b>3. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO ASSISTENCIAL E INFRAESTRUTURA</b>	<b>21</b>
<b>3.1. GESTÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E FLUXOS OPERACIONAIS</b>	<b>21</b>
3.1.1. Recepção e Portaria	28
3.1.2. Vigilância e Segurança Patrimonial	38
3.1.3. Ambulatório	39
3.1.4. Laboratório de Análises Clínicas	41
3.1.5. Fluxos Operacionais nas áreas restritas, externas e internas	41
3.1.6. Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	44
3.1.7. Fluxo Unidirecional para Materiais esterilizados	45
3.1.8. Resíduos de Serviços de Saúde – RSS	62
3.1.9. Higienização de Serviços de Saúde	89
<b>3.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA/FINANCEIRA</b>	<b>89</b>
3.2.1. Regimento Interno do Serviço de Enfermagem	89
3.2.2. Regimento Interno do Corpo Clínico	114
3.2.3. Regimento Interno da Hemorede Pública de Goiás	125
3.2.4. Projeto de Tecnologia de Informação	136
3.2.5. Proposta de Logística de Suprimentos	141
<b>3.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS</b>	<b>148</b>
3.3.1. Rotinas administrativas para Faturamento	149
3.3.2. Rotinas para Administração Financeira	153
3.3.3. Rotinas do Setor de Contratos	160
3.3.4. Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio	163
3.3.5. Manual para o Transporte de Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados	183
<b>3.4. PROPOSTA DE INCREMENTO DE ATIVIDADES</b>	<b>186</b>
<b>4. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE</b>	<b>191</b>

<b>4.1. Qualidade Objetiva</b>	<b>192</b>
4.1.1. Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde - CCISS	192
4.1.2. Comissão de Captação de Doadores - CCD	208
4.1.3. Comissão de Avaliação de Prontuários	218
4.1.4. Comissão de Ética Médica - CEMed	227
4.1.5. Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde - CGRSS	237
4.1.6. Comissão de Farmacoterapia	247
4.1.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	258
4.1.8. Comissão de Gerenciamento e Prevenção de Risco - CGPR	266
<b>4.2. Qualidade Subjetiva</b>	<b>278</b>
4.2.1. Humanização no Atendimento (Acolhimento)	278
4.2.1.1. Notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e familiares	281
4.2.1.2. Visitas aos Pacientes do Leito/dia	284
4.2.2. Atendimento	287
4.2.2.1. Acomodação e conduta para os acompanhantes	287
4.2.2.2. Serviço de Atendimento ao Usuário	291
4.2.2.3. Pesquisa de Satisfação dos Usuários	292
4.2.2.4. Ouvidoria	294

*[Handwritten signatures and marks]*

<b>5. ITEM TÉCNICA</b>	<b>302</b>
5.1. Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar	302
5.1.1. Protocolo Assistencial de Atenção Médica para os Serviços de Hemoterapia	302
5.1.2. Protocolos Assistenciais de Atenção Médica para Ambulatórios e Enfermarias de Leito/dia	310
5.1.3. Protocolos de Enfermagem nas áreas de internação leito/dia, central de esterilização e laboratório	311
5.1.3.1. Na CME	311
5.1.3.2. No Laboratório	318
5.1.3.3. Na área de internação leito/dia	338
5.1.4. Protocolo de Enfermagem no Ambulatório	340
5.2. O Serviço Social	343
5.3. Equipe Multiprofissional	354
5.3.1. Serviço de Fisioterapia	354
5.3.2. Serviço de Nutrição e Dietética	361
5.3.3. Serviço de Psicologia	379
5.4. Administração Geral / Organograma	390
5.5. Aquisição de Materiais	390
5.6. Serviço de Farmácia	399
5.7. Almoxarifado	423
5.8. Contratação de Terceiros	423
5.9. Manutenção Predial e de Equipamentos	437
5.10. Arquivo de Prontuários Médicos	454
5.10.1. Fluxo para documentos administrativos	481
5.11. Indicadores de Desempenho de Qualidade	487
5.11.1. Setor de Estatística e Informação	489
5.11.2. Indicadores de Qualidade	489
<b>6. RECURSOS HUMANOS</b>	<b>494</b>
6.1. Contratação de Pessoal e Combate ao Absenteísmo	502
6.2. Pesquisa Periódica de Satisfação	502
6.3. Capacitação da Equipe Interdisciplinar	526
6.3.1. Centro de Documentação / Biblioteca	528
6.4. Política de Segurança no Trabalho	534
6.5. Registros e Controles de Pessoal	537
	548

*[Handwritten signatures and initials]*

## 1 - TÍTULO

Proposta Técnica para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, na **Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 03/2017 – SES/GO.

## 2 - PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL

### 2.1 – A Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás

A população beneficiada com o Hemocentro - HEMOGO e a Rede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás será todo o Estado de Goiás, com população estimada em 6.610.681 habitantes.

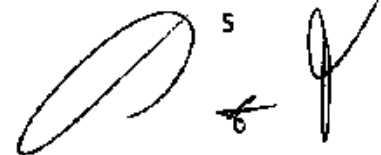
A HEMORREDE do Estado de Goiás é formada por um Hemocentro Coordenador com 02 Unidades de Coleta Móveis (Ônibus) com sede em Goiânia, 04 Hemocentros Regionais (Catalão, Ceres, Jataí e Rio Verde), 04 Unidades de Coleta e Transfusão- UCT (Formosa, Iporá, Porangatu, Quirinópolis).

#### Hemocentro Coordenador- HEMOGO

É referência Estadual para coagulopatias com demanda espontânea e devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual/ Municipal e atende pacientes portadores de doenças hematológicas de todo Estado de Goiás. É, também, responsável pela coordenação e implantação das políticas de sangue, hemoderivados e seus componentes e pela organização da Rede Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás - HEMORREDE.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia de Goiás (HEMOGO) foi criado em 09/06/1992, por meio do Decreto Estadual nº 3.800, nos moldes do Programa Nacional do Sangue/Ministério da Saúde (Pró-Sangue) e visa proporcionar condições que assegurem quantidade e qualidade do sangue, hemocomponentes e hemoderivados a serem transfundidos à população do Estado, quando assim necessitarem. Com sede inaugurada em 1988, onde está em funcionamento atualmente, possui área construída de 1.867,31m<sup>2</sup>, em terreno pertencente ao Governo do Estado de Goiás.

5  
6



O Hemocentro Coordenador conta com um Centro de Tratamento de Hemofilia - CTH, onde os pacientes recebem orientação e acompanhamento médico para obtenção de medicamento de uso domiciliar. Esse CTH conta com 08 (oito) leitos / dia para transfusão de hemocomponentes, medicações de alto custo, ferroterapia, entre outros. São os leitos:

CENTRO DE TRATAMENTO DE HEMOFILIA	
ENFERMARIA Leito / dia	03 leitos adulto feminino
	03 leitos adulto masculino
	02 leitos pediátrico

## 2.2 – Estrutura da Hemorrede Pública Estadual de Goiás

A HEMORREDE do Estado possui 04 Hemocentros Regionais (Ceres, Catalão, Jataí e Rio Verde):

### Hemocentro Regional de Ceres

Destina-se apenas à coleta de sangue, não possui nenhum ambulatório e não realiza transfusão sanguínea. A unidade não possui leitos de internações e observação e foi construída em 1995 pela Secretaria de Estado da Saúde, em terreno cedido pelo Município.

### Hemocentro Regional de Catalão

Foi inaugurado em 28 de março de 1998, para suprir a deficiência que havia nos bancos de sangue dos hospitais do município.

### Hemocentro Regional de Jataí

O Hemocentro Regional de Jataí foi inaugurado em 25 de setembro de 1992 e instalado nas dependências do antigo Hospital Regional. Nesta ocasião, o Hemocentro foi equipado para atender os serviços de coleta, processamento, transfusão e distribuição.

### Hemocentro Regional de Rio Verde

O Hemocentro Regional de Rio Verde foi construído pelo Governo de Goiás no início da década de 90 em terreno cedido pelo município.

Os serviços atenderão às políticas nacional e estadual de referência definidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, sendo:

**Assistência Hospitalar:** Prestada em regime de ~~hospital/dia~~, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão na unidade até sua alta, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento.

**Ambulatório:** Atendendo usuários egressos da instituição, demanda espontânea ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Municipal / Estadual para as especialidades, previamente definidas da instituição após pactuação com o Hemocentro Coordenador, no limite da capacidade operacional.

- No ambulatório funciona o Centro de Tratamento de Hemofilia- CTH.

**Serviço de Farmácia:** Setor responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, através do uso seguro e racional de medicamentos, correlatos e outros, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

**Serviço Nutrição e Dietética- SND:** O Serviço de Nutrição e Dietética é próprio e presta assistência nutricional, fornecendo refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde.

**Central de Material e Esterilização – CME:** Área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais utilizados em serviços de saúde. É nessa área que se realiza o controle, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

**Laboratório:** A área possui 1 Laboratório de Imuno-hematologia o qual realiza exames de imuno-hematologia do doador de sangue aos usuários atendidos e 1 Laboratório de Sorologia responsável pela realização de testes de triagem





laboratorial para doenças transmissíveis pelo sangue conforme legislação vigente, laboratório de hematologia e coagulação e laboratório de controle de qualidade, que realizarão procedimentos inerentes a assistência hemoterápica e hematológica de acordo com o perfil da unidade. Funcionará 24 hs em regime de plantão.

**Serviço de Fisioterapia:** Para atendimento a pacientes portadores de coagulopatias e outros. O tratamento fisioterápico consta de prevenção e reabilitação e objetiva tratar as lesões já instaladas e prevenir sequelas. Trabalha o sistema músculo-esquelético, desenvolvendo a capacidade física e funcional, permitindo a melhoria da qualidade de vida e a integração social do paciente.

**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT Interno:**

**Para o Hemocentro Coordenador:** Entende-se por Apoio Diagnóstico e Terapêutico a disponibilização de exames de hematologia, coagulação, sorologia e Imuno-hematologia aos doadores e pacientes internos, dentro do perfil estabelecido para a Unidade, não sendo aberto para pacientes regulados via Regulação Estadual/Municipal.

**Para os Hemocentros Regionais e UCT's:** Entende-se por Apoio Diagnóstico e Terapêutico a disponibilização de exames de Imuno-hematologia dos doadores e receptores, dentro do perfil estabelecido para a Unidade, não sendo aberto para pacientes regulados via Regulação Estadual/Municipal.

**Para as Agências Transfusionais:** Entende-se por Apoio Diagnóstico e Terapêutico a disponibilização de exames de Imunohematologia dos receptores, não sendo aberto para pacientes regulados via Regulação Estadual / Municipal dentro do perfil estabelecido para a Unidade.

**Ensino e Pesquisa:** A certificação do MEC/MS é reconhecida nacionalmente como um quesito de excelência em qualidade da instituição de saúde, à semelhança dos certificados de acreditação hospitalar. É de fundamental importância a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nas unidades da SES. A Unidade deverá desenvolver atividades de Ensino e Pesquisa em parceria com instituições de ensino profissionalizante e de ensino superior, oferecendo campos de prática para estágios de graduação, pós-

graduação, cursos profissionalizantes e tecnólogos para escolas técnicas conveniadas com a SES. Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da atenção a saúde oferecida aos usuários do SUS. A Unidade será responsável por manter atualizada a biblioteca e por disponibilizar a realização de pesquisas pelos estudantes/acadêmicos/residentes. Para o desenvolvimento dessas atividades, a unidade deverá se adequar às exigências do Ministério da Educação - MEC para as devidas certificações.

**Residência Médica e Multiprofissional:** O Programa de Residência Médica - PRM é reconhecido pelo MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. A Unidade deverá funcionar como um cenário de práticas para Residências Médica e Multiprofissional desenvolvidas pela SES.

### 2.3 – Caracterização do Modelo Gerencial Proposto

A Unidade é uma organização que desenvolve um papel fundamental na vida das pessoas. Sua clientela é formada por clientes internos, colaboradores, fornecedores e a clientela externa composta pelos usuários do sistema de saúde. Sua função não é apenas restaurativa, ou seja, diagnósticos, tratamento, reabilitação e cuidados de emergência, mas também preventiva, além do ensino e da pesquisa.

Num ambiente cada vez mais competitivo, marcado por transformações sociais e tecnológicas, torna-se necessário rever a gestão hospitalar. O Ministério da Saúde (MS) aponta que os estabelecimentos da saúde pública são gerenciados de maneira ineficientes e ineficazes, acarretando problemas administrativos e financeiros de toda ordem e que interferem na qualidade dos serviços prestados à população. A ausência de planejamento das ações e do seu adequado gerenciamento acarreta, entre outras distorções, o desperdício dos recursos técnicos, humanos, físicos e financeiros das unidades hospitalares, levando à deterioração crescente da rede de hospitais e ambulatórios.

Assim sendo, verificou-se ser necessária uma mudança na gestão pública, tendo início então em 1995 a Reforma Gerencial da Administração Pública visando a modernização, de forma a atender de modo eficiente e democrático às demandas da sociedade, sobretudo na área social. O principal documento da reforma gerencial é o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que estabelece diretrizes para implantação de uma administração pública gerencial.

9  
t  
R  
Y

Nesse contexto, foram considerados fundamentais todos os conceitos e ferramentas institucionais da Gestão pela Qualidade com a finalidade de internalizar os princípios da administração para o cidadão, orientada para resultados. Assim, em se tratando de reforma administrativa, o principal marco de renovação seria a proposta de implementar um novo "paradigma" de organização administrativa, a saber, a Administração Pública Gerencial, que vem introduzir a perspectiva do desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações estatais.

Analisando os impactos e mesmo o grau de novidades e ruptura com o modelo de gestão burocrático até então e ainda impregnado na Administração Pública, a proposta gerencial visualizada como alternativa reformadora é composta por duas bases essenciais: em suma, afirma-se que a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins). Segundo Paulo Modesto, em seu artigo "Reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil", o objetivo econômico da reforma consiste em diminuir o déficit público, ampliar a poupança pública e a capacidade financeira do Estado de concentrar recursos em área em que é indispensável a sua intervenção direta. Já o objetivo social consiste em aumentar a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, atendendo melhor, o cidadão a um custo menor. Já o objetivo político consiste na ampliação da participação da cidadania na gestão da coisa pública, estimulando a ação social comunitária.

A reforma representa o direcionamento prático da saída da intervenção direta estatal do setor de serviços não exclusivos de maneira a transferir para a sociedade organizada (a saber, organizações públicas não estatais e privadas sem fins lucrativos) a prestação de serviços como saúde. Assim, o terceiro setor (sociedade), atuando ao lado do primeiro (estado) e do segundo (mercado), vem tendo um papel cada vez mais significativo no amadurecimento da sociedade brasileira.

Diante das atuais mudanças e tendências do Estado brasileiro, as organizações sociais vêm se propagando e assumindo relevantes serviços sociais em parcerias estabelecidas com o Estado, através do contrato de gestão.

Diante do objetivo da administração atual da Secretaria de Estado da Saúde / Governo de Goiás, de estimular e preparar o setor público para a melhoria da

M  
\*

qualidade da gestão, o **Instituto de Gestão e Humanização – IGH**, entende ser importante participar desse movimento quando o referido órgão busca observar os princípios e diretrizes da qualidade e enfatizar a participação e o envolvimento de todos na busca da melhoria contínua, visando a satisfação dos clientes internos e externos das unidades hospitalares que integram a Rede Estadual da Saúde. Baseado nisso e consciente da sua responsabilidade enquanto **Organização Social (OS)** e:

- Considerando o fortalecimento e articulação de todas as iniciativas de humanização já existentes na **Hemorrede Pública Estadual de Goiás**, no contexto da integralidade e parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania;
- Considerando que o acesso e acolhimento são elementos essenciais para que possa incidir sobre o estado da saúde do indivíduo e da coletividade, favorecendo a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada;

O **Instituto de Gestão e Humanização – IGH** apresenta sua proposta de trabalho para uma atuação integrada de cooperação técnica, visando o alcance de uma gestão eficiente e eficaz, utilizando os meios necessários para o gerenciamento de ações para a reestruturação dos serviços e melhoria contínua da qualidade da assistência prestada. Para isso assume como responsabilidades:

1. Disponibilizar Recursos Humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados, obedecendo às normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;
2. Manter um responsável técnico (médico), com registro no respectivo conselho de classe e exclusivo para a unidade de saúde referente neste contrato;
3. Assegurar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas,

- possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002), ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Contrato de Gestão;
4. Implantar rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos;
  5. Adotar o Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários;
  6. Disponibilizar serviços de informática com sistema para gestão que contemplem no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº.1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde acessar via Internet (WEB) e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá, ao IGH, a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios ao Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde;
  7. Desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE;
  8. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

9. Dispor de um Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, bem como manter o Núcleo de Engenharia Clínica, para o bom desempenho dos equipamentos;
10. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva, de forma contínua, nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido;
11. Implantar o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes da Portaria GM nº.2.529 de 23/11/2004;
12. Manter as Comissões exigidas conforme determinadas neste edital, e instituir outras conforme prática dos padrões de qualidade definidos pelo IGH;
13. Atender as legislações e normas sanitárias próprias e específicas para o funcionamento de serviços de saúde.

Além disso, o IGH se propõe a implantar e/ou implementar ações de acordo com os seguintes objetivos:

- Buscar a melhoria contínua da qualidade da gestão e o atendimento aos critérios de excelência: liderança, estratégias, foco no cliente, informação e análise, gestão de pessoas, gestão de processos e resultado da organização;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS, através de uma política de humanização do atendimento;
- Otimizar o uso da capacidade instalada;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- Valorizar os trabalhadores envolvidos no processo, fortalecendo sua motivação e o crescimento profissional;

- Promover a excelência em atendimento visando à satisfação dos clientes no âmbito interno e externo;
- Ser um instrumento para fortalecimento da gestão da Secretaria de Estado da Saúde /Governo de Goiás;
- Implantar Sistema de Comunicação Visual atendendo às regulamentações expressas pela SES, até o 2º mês assistencial;
- Adotar de sistema informatizado de gestão, de acordo com o padrão utilizado pela SES;
- Manter sistema informatizado para acompanhamento das metas pactuadas. O quantitativo de todas as metas propostas, sejam qualitativas ou quantitativas, deverão estar disponíveis em plataforma informatizada, de forma transparente, até o 2º mês assistencial;
- Garantir requisitos das habilitações existentes e a busca das habilitações possíveis ao perfil da unidade junto ao Ministério da Saúde – MS;
- Buscar eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Estado de Goiás, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central Estadual de Regulação, preservando a missão da Secretaria de Estado da Saúde.

O modelo de gestão a ser implantado na **HEMORREDE Pública Estadual de Goiás** pelo **IGH** procurará manter a missão e a visão da organização, entendendo que essa concepção deve nortear estratégias e ações que deverão ser levadas à efeito na nova experiência gerencial da unidade e respeitando o trabalho e a luta da direção atual e de todos os servidores que, em situações muitas vezes não muito favoráveis, possibilitaram o seu funcionamento e afirmaram o seu papel enquanto unidade de referência até o momento.

Este Roteiro para Elaboração de Trabalho descreve os itens solicitados para comprovação da Qualificação Técnica do **IGH** para a organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da **HEMORREDE Pública Estadual de Goiás**, em atenção ao Edital nº 003/2017 – SES/GO. Porém, didaticamente, esses aspectos foram distribuídos no corpo da nossa proposta

visando uma organização dos conteúdos de forma mais sistematizada e objetivando, também, facilitar a compreensão e avaliação da mesma.

### 2.3.1-Filosofia da Gestão / Organograma

A filosofia de gestão proposta pelo Instituto de Gestão e Humanização – IGH para a **HEMORREDE Pública Estadual de Golás** busca assegurar uma assistência à saúde pública, gratuita e de qualidade, a todos os cidadãos-usuários que busquem atendimento na unidade. Esta proposta preconiza a assistência como dimensão central da gestão, colocando o paciente no foco do cuidado, por meio de um atendimento humanizado, integral, realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, guiado por um projeto terapêutico personalizado. O modelo proposto preconiza os seguintes princípios: Autonomia do paciente e de seus familiares frente às decisões clínicas, resguardando a segurança clínica e respeitando as diferenças religiosas, culturas, de raça e de gênero; Capacitação, treinamento e valorização dos profissionais como estratégias para se obter adesão aos projetos de mudança necessários para aumentar a qualificação da assistência; Visão sistêmica e trabalho em equipe buscando estabelecer relações positivas baseadas no respeito mútuo e preza por interações consistentes, permanentes e fluidas entre todos os participantes, sejam profissionais das equipes técnica, médica ou administrativa, e usuários.

Para alcançar os princípios propostos pelo modelo gerencial e assistencial, o IGH terá como objetivos:

#### a) Geral:



- Prestar assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo as necessidades programadas de assistência à saúde, através do gerenciamento eficiente e eficaz da logística dos recursos materiais, financeiros, de informações e de pessoal, além da manutenção predial e de equipamentos e a gestão da qualidade em saúde.



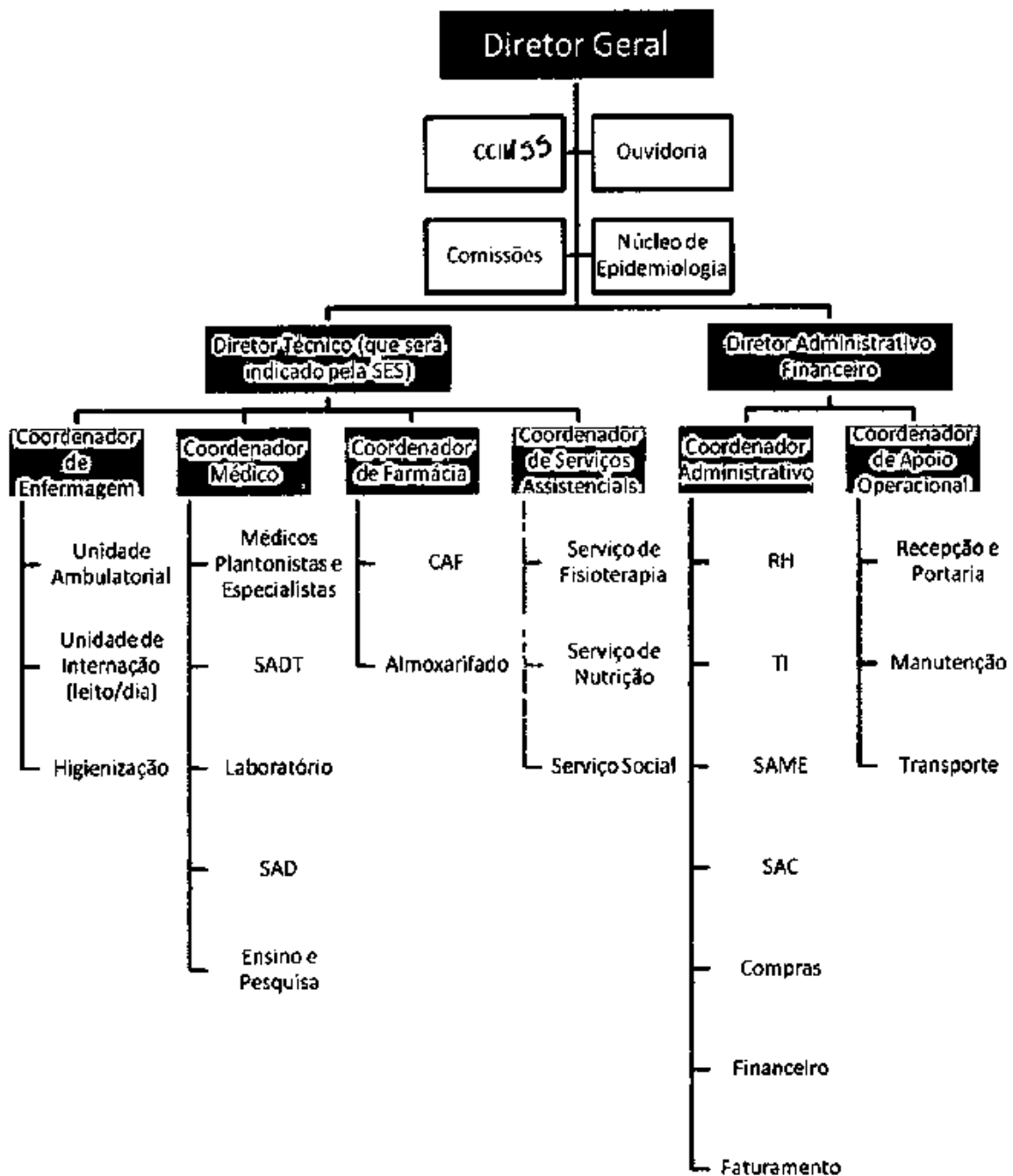
**b) Específicos:**

- Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, seguindo as diretrizes do SUS e garantindo as boas práticas e a segurança na atenção.
- Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública;
- Ampliar a capacidade decisória dos gestores dos diversos serviços que compõem a unidade de saúde;
- Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderem os resultados alcançados face às metas pactuadas;
- Atender a demanda por atendimento médico ambulatorial, de internação ~~hospitalar~~ em regime de leito / dia, por serviço de apoio em diagnose e terapia (SADT), além dos serviços de logística em assistência.
- Garantir a humanização da assistência, através de boas práticas de atenção, direito a acompanhante e ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais, utilizando um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana dentro dos princípios, dos objetivos e das diretrizes, no âmbito do SUS.

A estrutura administrativa da **HEMORREDE Pública Estadual de Goiás** descrita no organograma apresentado abaixo, foi organizada com o intuito de distribuir as responsabilidades, organizar os fluxos administrativos e assistenciais dentro da unidade e otimizar os recursos humanos e materiais.

**Proposta de Organograma da HEMORREDE Pública Estadual de Goiás**







### 2.3.2 - Metodologia de Trabalho

O modelo GERENCIAL adotado pelo IGH para a gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde para a Hemorrede Pública Estadual de Goiás, buscará a modernidade, a eficiência e a economia no gerenciamento dos recursos. Na busca pela qualidade técnica o IGH irá adotar um sistema de metas e indicadores de desempenho para aferir, sistematicamente, o padrão da qualidade dos serviços prestados nas dimensões de qualidade, custo, atendimento e segurança. Para a gestão dos serviços, o IGH contará com uma infraestrutura administrativa bem planejada, visando a garantia da qualidade do trabalho desenvolvido nas áreas assistenciais, para isso contará com o apoio de todos os setores, integrados através das comissões multiprofissionais, envolvidos no planejamento, definição de metas e métodos de melhoria dos resultados a serem alcançados. A Gestão de Recursos Humanos do IGH será uma ferramenta calçada sob os pilares administrativos de Planejar, Organizar, Dirigir e Controlar, promovendo a responsabilidade das tarefas relacionadas com a valorização do colaborador, elevando a sua motivação e compromisso com os serviços prestados à população. Quanto a articulação com a rede de serviços, o IGH desenvolverá ações integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da rede de atenção à saúde para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Visando o desenvolvimento e modernização da oferta dos serviços oferecidos pela Hemorrede Pública Estadual de Goiás, o IGH implantará modelo de gestão modernizada, para prestar assistência aos usuários do SUS, atendendo as necessidades programadas de assistência à saúde, através do gerenciamento eficiente e eficaz da logística dos recursos materiais, financeiros, de informações e de pessoal, além da manutenção predial e de equipamentos e a gestão da qualidade em saúde, assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde e garantindo as boas práticas e a segurança na assistência. Devendo, ainda, garantir a humanização da assistência, através de boas práticas de atenção, a saúde, direito a acompanhante e ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais, utilizando um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora,

resolutiva e humana dentro dos princípios, dos objetivos e das diretrizes, no âmbito do SUS.

Para o controle das Metas de Produção, o IGH se compromete a encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Hemorrede Pública Estadual de Goiás, as mesmas serão encaminhadas por meio eletrônico (disco gravado/ "CD" e/ou correio eletrônico para endereço específico) e por meio impresso com o devido ofício. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através de formulários padronizados pelo Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e através dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais. As metas de produção e os indicadores descritos nessa proposta terão apuração mensal, com envio de relatórios trimestralmente, que poderá, a seu critério, estabelecer outros indicadores para monitoramento dos serviços prestados na Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

## 2.4 – Metas de Produção

QUADRO DE METAS
<b>GRUPO 1 – INTERNAÇÃO (Leitos/dia)</b>
1.1. Clínica Hematológica 1.1.1. No primeiro ano de contrato de gestão – 1.218 Internações (sendo elas gradativas) 1.1.2. A partir do segundo ano de contrato – 116 internações/mês, totalizando 1.392 internações/ano
<b>GRUPO 2 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL</b>
2.1. Atendimento Ambulatorial 2.2.1. Consultas Médicas No primeiro ano de contrato de gestão – 6.300 / ano (sendo as metas gradativas até o sexto mês) A partir do segundo ano de contrato de gestão – 600 / mês totalizando 7.200 / ano 2.2.2. Consultas Não Médicas No Primeiro ano de contrato de gestão – 10.500 / ano (sendo as metas gradativas até o sexto mês) A partir do segundo ano de contrato de gestão – 1.000 / mês totalizando 12.000 / ano
<b>GRUPO 3 – ASSISTÊNCIA LABORATORIAL E HEMOTERÁPICA</b>
3.1. Procedimentos laboratoriais e hemoterápicos 3.1.1. No primeiro ano de contrato de gestão – 446.205 procedimentos / ano (sendo as metas gradativas até o sexto mês) 3.1.2. A partir do segundo ano de contrato de gestão – 42.496 procedimentos / mês totalizando 509.952 procedimentos / ano

### **3 - IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO ASSISTENCIAL E INFRAESTRUTURA**

#### **3.1 - Gestão de Atividades Assistenciais e Fluxos Operacionais**

##### **3.1.1 - RECEPÇÃO E PORTARIA**

A Recepção e Portaria na **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** é a unidade de serviço responsável pelo controle dos acessos, circulação e acolhimento dos usuários da unidade sejam clientes, acompanhantes, doadores, visitantes, fornecedores e até mesmo colaboradores.

A condição de bom funcionamento deste serviço é que define a primeira impressão quanto à imagem da instituição, desde que, as pessoas que vão a uma unidade de assistência a saúde quase sempre estão fragilizadas diante um problema de saúde, seu, ou de familiar, amigo ou dependente, premido por dificuldades que influem no seu emocional.

A impressão do usuário quando interagindo na unidade para atender as suas necessidades, sentindo-se ou não apoiado pela estrutura funcional da recepção é que se reproduz como a imagem idealizada da instituição na comunidade.

É fundamental compreender que atender o usuário não se resume apenas a tratá-lo bem, com cortesia, mas acrescentar benefícios aos serviços, objetivando superar as suas expectativas, com a oferta de informações corretas, completas, atualizadas e compreensíveis, de modo que sirvam de referência para que todos falem "a mesma língua" e haja a satisfação das necessidades do usuário.

A implantação de um serviço de Recepção e Portaria orientado para a prestação de serviços aos usuários implica em comprometimento da instituição, a começar por aqueles que determinam os rumos e as estratégias maiores da instituição. Nesse contexto, é necessária a compreensão de como atender ao cliente da unidade evitando privilégios e prerrogativas não previstas na Lei, acolhendo-o com respeito e dignidade, sem discriminação, atento ao atendimento preferencial para idosos, gestantes, pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, como àquelas acompanhadas por crianças de colo.

#### **Competências do Serviço de Recepção e Portaria:**

- Informar aos usuários de relação à instituição, missão valores e serviços;
- Direcionar os clientes para os consultórios e serviços de forma humanizada;

- Assegurar o ordenamento na recepção priorizando no atendimento às gestantes, pessoas deficientes e crianças.
- Fazer articulação entre clientes, profissionais e serviços;

**Procedimentos Gerais da Recepcionista:**

- Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina da unidade;
- Conferir a listagem de clientes para verificar a enfermaria e o leito/dia de cada um deles;
- Identificar o visitante / acompanhante:
  - o No caso de visita normal anotar os dados de todos os visitantes, para cada cliente internado no "Controle de Visitas Normais".
- Após a identificação do visitante, entregar o crachá correspondente à sua categoria (visitante ou acompanhante);
- Encaminhar os visitantes aos porteiros / vigilantes, para liberação da entrada;
- Após o horário de visitas verificar se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção;
- Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados pelo enfermeiro responsável da unidade. Caso falte algum crachá, comunicar imediatamente ao Serviços Social.

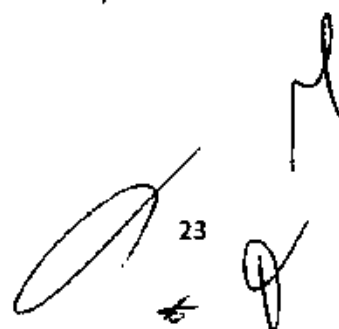
**Procedimentos Gerais dos Agentes de Portaria:**

- Somente permitir a entrada de visitantes / acompanhantes nas dependências da unidade, quando devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente - observar que o crachá esta posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente; Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que esta sendo visitado;
- Para visitação, todos os visitantes deverão passar pela portaria, exceto portadores de necessidades especiais e com impedimento de ordem física, aos quais o espaço seja insuficiente para ter acesso ao local desejado;

22

- Informar aos visitantes que a unidade não se responsabilizará pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências das unidades;
- Indicar a localização da enfermaria a ser visitada;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem, portando a via do "documento autorizativo";
- Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;
- Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção;
- Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia;
- Não permitir a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;
- Impedir a saída de qualquer cliente internado quer sozinho, com o visitante ou acompanhante. O cliente somente poderá sair do leito / enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários;
- Elaborar relatório de ocorrências, caso existam, e qualquer irregularidade durante o horário de visita comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata.;
- Receber correspondências e outros documentos fazendo o devido protocolo de recebimento e providenciando encaminhamento;
- Coibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhado às instalações, sem que este esteja devida e previamente autorizado pela Unidade de Saúde Assistencial;
- Controlar o número permitido de visitantes por paciente internado em leito/dia;
- Assumir o posto, devidamente uniformizados, e com aparência pessoal adequada;

23  
5





- Comunicar imediatamente á Unidade Assistencial, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, da Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros interesses;
- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao estabelecimento Assistencial;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando á manutenção das condições de segurança;
- Colaborar nas ocorrências de ordem policial por fatos ocorridos dentro das instalações da unidade facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como bens particulares de empregados ou de terceiros;
- Comunicar á segurança a existência de aglomerações de pessoas junto ao posto;
- Repassar para os colegas que estão assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações.

**Perfil desejado para a contratação de Agentes de Recepção e Portaria:**

- Experiência na área de Saúde, ensino médio completo, possuir boa comunicação oral, carisma, simpatia, leitura fluente, habilidade para lidar com pessoas, agilidade, flexibilidade, raciocínio rápido, capacidade de organização e disciplina.

24  
\*

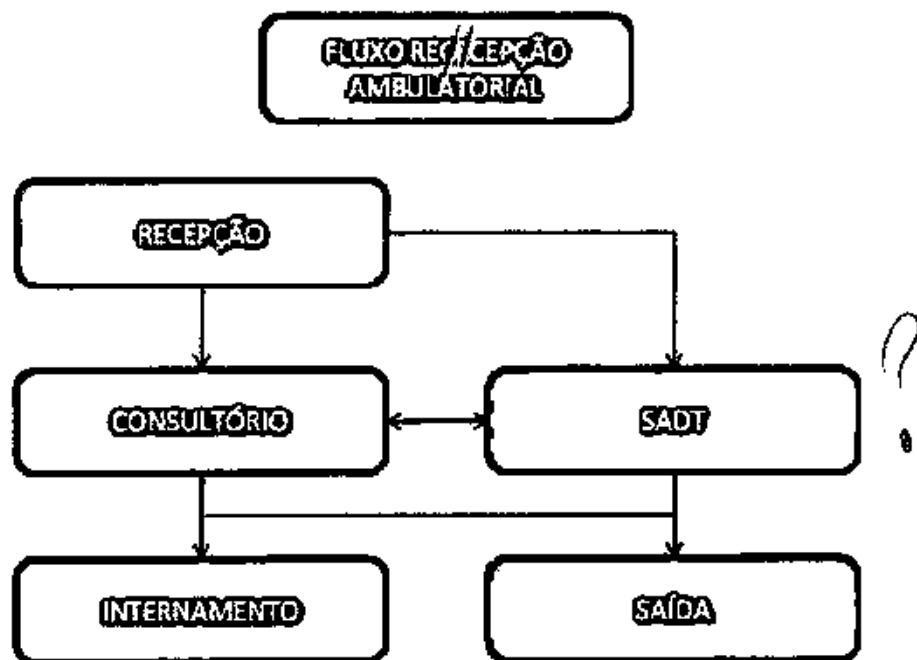
**Definição dos postos:**

Os postos de Recepção e Portaria caracterizam-se por serem locais de acesso de colaboradores, prestadores de serviço, pacientes, acompanhantes, fornecedores e visitantes em geral. O número de postos, seu horário de funcionamento e o número de pessoas que ocuparão cada posto serão previamente definidos pela Unidade de Serviço e submetido à aprovação do Gerente da Área.

**Recursos Materiais e Técnicos:**

O Serviço de Recepção e Portaria, para atender as funções a que se destina, deverá dispor de área física, recursos materiais e tecnológicos, sinalização de segurança, entre outros específicos, para os diversos setores e postos de trabalho de recepção e portaria. Incluem-se os uniformes e equipamentos de proteção – EPI(s) que serão definidos e incorporados a prática de cada um dos colaboradores, com as devidas orientações e capacitações necessárias.

**Fluxos de Atendimento:**



Handwritten signatures and initials are present at the bottom right of the page, along with the number 25.


**Movimentação de Correspondências e Documentos Interna:**




Ainda se caracteriza como parte da recepção e portaria as atividades de registro e movimentação de correspondências e documentos interna e externamente, mediante a utilização de sistema para a gestão e controle de informações mínimas como remetente, destinatário, data, prioridade e assunto.

No desenvolvimento dessa atividade observa-se a seleção, cadastro, reprodução, arquivamento, distribuição interna e externa de documentos, correspondências, encomendas, execução de serviços externos, serviços de correios devidamente registrados e autorizados.

- Documentos recebidos de origem externa: o setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam à unidade e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificado o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados: data recebimento; destinatário; remetente; assinatura do recebedor.
- Documentos recebidos de origem interna: os documentos de origem interna seguirão fluxo próprio e específico de cada serviço.

O Serviço de Recepção e Portaria deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

	<b>Hemorrede Pública de Golás</b>  <b>Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Recepção e Portaria
		POP: (RP + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

  
  
 27  


### 3.1.2 - VIGILÂNCIA E SEGURANÇA PATRIMONIAL

Diariamente os meios de comunicação divulgam notícias sobre eventos que de maneira direta ou indireta causam danos às organizações de saúde e as pessoas que nela se encontram. Podemos citar alguns tipos de ocorrências de segurança como furto, roubo, agressão, acidentes, incêndio, sabotagem, assim como suicídio e evasão de pacientes, entre muitos outros.

O planejamento do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** terá como alicerce uma forte política de segurança, amplamente divulgada no âmbito de seus colaboradores, parceiros e clientes, de tal forma que não haja dúvidas quanto à forma de pensar e agir dessa organização. Essa política norteará toda a atuação do departamento de segurança, cuja missão é cumpri-la e assegurar que seja cumprida por todos. Este planejamento possibilitará ainda a redução de gastos com contratos de seguro, reposição de bens não cobertos pelo contrato de gestão e despesas com reparos prediais ou de equipamentos danificados e também não segurados. O simples fato de identificar e eliminar uma fonte de perdas, já propicia uma redução de custos.

Na Hemorrede Pública de Goiás o vigilante patrimonial será o profissional que executa os procedimentos de controle de acesso e de pronta resposta nos casos onde se faz necessário, sempre com uma postura alerta e atitude firme, mas sem truculência e principalmente de maneira comprometida com os princípios básicos de humanização e hospitalidade. Este profissional será acima de tudo um prevencionista e, portanto deverá inspecionar permanentemente o ambiente sob a sua vigilância, identificando perigos reais ou potenciais que possam causar danos às pessoas ou a organização. No aspecto da segurança patrimonial, os serviços serão integralmente terceirizados, o que não excluirá a necessidade de um preposto da instituição para cuidar das contratações e fiscalização dos serviços. Essa supervisão será exercida pelo gestor dos serviços de manutenção.

### **Competências do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial:**

- Desenvolver ações visando a instalação e manutenção de requisitos de vigilância e segurança patrimonial para manter a ordem e zelar pela segurança dos bens de todo o patrimônio da Hemorrede Pública de Goiás;
- Participar sempre dos processos decisórios da organização, opinando tecnicamente sobre os impactos dos projetos internos sobre a segurança e o gerenciamento de riscos na organização. Suas recomendações certamente reduzirão as chances de insucesso desses projetos, evitando gastos e conflitos desnecessários, assim como o retrabalho e perda de tempo de profissionais;
- Capacitar colaboradores e parceiros, obtendo com isso uma efetiva redução na taxa de ocorrências ao conscientizar as pessoas a proverem também a sua própria segurança e dos bens da empresa;
- Colaborar na prevenção e proteção de profissionais contra a violência no seu local de trabalho, treinando colaboradores da área assistencial a identificar os sinais de alerta de uma potencial agressão, possibilitando afastar-se do perigo antes que lhe cause danos;
- Participar de projetos de arquitetura das unidades de saúde visando oferecer informações que favoreçam os fluxos hospitalares relacionados a vigilância e segurança patrimonial.

### **SERVIÇO DE VIGILÂNCIA**

#### **TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA**

A prestação dos serviços de vigilância, nos postos fixados pela contratante, envolve a alocação, pela contratada, de profissionais devidamente habilitados, apresentando a respectiva Carteira Nacional de Vigilantes, nos termos da Lei nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis nºs 8863, de 28.03.94 e 9017, de 30.03.95, regulamentada pelos Decretos nºs 89.056, de 24.11.83, e 1592, de 10.08.95, bem como Portaria DPF nº 992, de 25.10.95 alterada pela Portaria nº. 387/2006 -

DG/DPF, de 28.08.06 e Portaria DPF nº 891, de 12.08.99, e modificações posteriores.

**Objeto:** A prestação de serviço de vigilância e segurança patrimonial será executada pela contratada nas dependências da Hemorrede Pública de Goiás.

**Descrição dos Serviços:**

1. A prestação dos serviços de vigilância e segurança patrimonial, nos postos fixados pela administração da Hemorrede Pública de Goiás, envolve a alocação, pela contratada, de mão-de-obra capacitada para:
  - Comunicar imediatamente à administração, bem como ao responsável pelo posto, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
  - Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da delegacia de polícia do município, do corpo de bombeiros, dos responsáveis pela administração da instalação e outros de interesse, indicados para o melhor desempenho das atividades;
  - Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas imediações do posto, adotando as medidas de segurança conforme orientação recebida da administração, bem como às que considerar oportunas;
  - Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
  - Repassar para os vigilantes que estarão assumindo os postos, quando da troca de turnos, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações e suas imediações;
  - Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações da Hemorrede Pública de Goiás, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
  - Controlar rigorosamente a entrada e saída de pessoas durante o expediente de trabalho, feriados e finais de semana, anotando em documento próprio os registros;
  - Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pela diretoria da unidade;

- Proibir a aglomeração de pessoas junto ao posto, atuando no caso de desobediência;
  - Proibir todo e qualquer tipo de atividade comercial junto ao posto e imediações, que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações;
  - Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, de bens de colaboradores, parceiros ou terceirizados;
  - Executar rondas diárias conforme a orientação recebida da diretoria verificando as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da tranquilidade;
  - Assumir diariamente o posto, devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados, limpos e com aparência pessoal adequada;
  - Manter os vigilantes em seus respectivos postos, não devendo se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros;
  - Registrar e controlar, as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços.
2. A programação dos serviços será feita periodicamente pela Administração e deverão ser cumpridos, pela contratada, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos colaboradores e das pessoas em geral.

**Responsabilidade da Contratada:**

1. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
2. Comprovar a formação técnica específica da mão-de-obra oferecida, através de certificado de curso de formação de vigilantes, expedidos por Instituições devidamente habilitadas e reconhecidas;
3. Comprovar obediência à periodicidade legalmente estabelecida, quanto ao curso de reciclagem;
4. Implantar, imediatamente após o recebimento da autorização de início dos serviços, a mão de obra nos respectivos postos e nos horários fixados na escala de serviço elaborada pela administração, informando, em tempo hábil, qualquer



- motivo impeditivo ou que a impossibilite de assumir o posto conforme o estabelecido;
5. Designar por escrito, no ato do recebimento da autorização de serviços, preposto(s) que tenham poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste contrato
  6. Fornecer livro de ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida, conforme a seguir descrito e com o disposto no respectivo acordo, convenção ou dissídio coletivo de trabalho:
    - Uniforme masculino: calça, camisa de mangas compridas e curtas, cinto, sapatos, meias, quepe com emblema, jaqueta de frio ou japona, capa de chuva, crachá, cinto com coldre e baleiro, distintivo tipo broche, apito, cordão de apito, lanterna 3 pilhas grandes, pilhas para lanterna;
    - A contratada não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
  7. Propiciar aos vigilantes as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes:
    - Equipamentos de proteção individual adequados às tarefas que executam e às condições climáticas;
    - Equipamentos e materiais tais como equipamentos de intercomunicação, lanternas e pilhas, livros de capa dura numerados tipograficamente, para registro de ocorrências;
  8. Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos postos nos regimes contratados, obedecidas às disposições da legislação trabalhista vigente, uniformizados e portando crachá com foto recente;
  9. Apresentar atestado de antecedentes civil e criminal de toda mão-de-obra oferecida para atuar nas instalações da unidade;
  10. Efetuar a reposição da mão-de-obra nos postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
  11. Manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;

12. Atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra, qualificada ou entendida como inadequada para a prestação dos serviços;
13. Instruir ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da administração, inclusive quanto ao cumprimento das normas internas e de segurança e medicina do trabalho;
14. Relatar à administração toda e qualquer irregularidade observada nos postos das instalações onde houver prestação dos serviços;
15. Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus empregados acidentados ou com mal súbito;
16. Manter controle de frequência e pontualidade de seus vigilantes sob o contrato;
17. Apresentar quando solicitado os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
18. Fornecer vale refeição aos seus empregados envolvidos na prestação dos serviços, conforme, estabelecidos quando previsto em convenção coletiva de trabalho;
19. Fornecer, quando previsto, as armas, munições e respectivos acessórios ao vigilante no momento da implantação dos postos;
20. Apresentar à contratante a relação de armas e cópias xerográficas autenticadas dos respectivos "Registro de Arma" e "Porte de Arma", que serão utilizadas no cumprimento do contrato;
21. A arma deverá ser utilizada somente em legítima defesa própria ou de terceiros e na salvaguarda do patrimônio da Contratante, depois de esgotados todos os outros meios para a solução de eventual problema;
22. Indicar um supervisor para realizar semanalmente, em conjunto com a contratante, o acompanhamento técnico das atividades, visando à qualidade da prestação dos serviços;
23. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à contratante ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização da contratante em seu acompanhamento;

**Responsabilidades da Contratante:**

1. Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela contratada;
2. Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
3. Indicar, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução contratual.
4. Expedir autorização de serviços, com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis da data de início da execução dos mesmos;
5. Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços aprovadas;
6. Indicar instalações sanitárias para utilização dos vigilantes;
7. Indicar vestiários com armários guarda-roupas para utilização dos vigilantes.

**Fiscalização dos Serviços:**

1. Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos designados.
2. Os supervisores da contratada deverão, obrigatoriamente, inspecionar os postos no mínimo 01 (uma) vez por semana, em dias e períodos (diurno 07h/15h e noturno 15h/23h) alternados.
3. A fiscalização da administração da Hemorrede Pública de Goiás não permitirá que a mão-de-obra execute tarefas em desacordo com as preestabelecidas.
4. A fiscalização da administração da Hemorrede Pública de Goiás terá livre acesso aos locais de trabalho da mão-de-obra da contratada, podendo entre outras ações:
  - Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de colaboradores da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embarçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
  - Executar mensalmente a medição dos serviços pela área mensal contratual, descontando-se do valor devido, o equivalente à indisponibilidade dos

serviços contratados e por motivos imputáveis à contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.


**Atribuições dos Vigilantes:**

- Efetuar a passagem do plantão;
- Permanecer no posto durante todo o plantão;
- Assumir o posto, devidamente uniformizado, e com aparência pessoal adequada;
- Controlar a entrada e saída de materiais e bens patrimoniais;
- Controlar a entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;
- Controlar a entrada e saída de veículos, colaboradores e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semanas na conformidade do que venha a ser estabelecido pela contratante;
- Fiscalizar a entrada e saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de empregados autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- Fiscalizar a entrada e saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios da Contratante;
- Executar a(s) ronda(s) diária(s) conforme a orientação recebida da Contratante, verificando todas as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da ordem nas instalações;
- Efetuar testes periódicos dos equipamentos de prevenção e combate a incêndio;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;
- Prestar informações ao público sempre de maneira cortês e educada;
- Participar de cursos e treinamentos disponibilizados pela empresa contratada e pela Hemorrede Pública de Goiás;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter a ordem geral.



**Normas Administrativas:**

- A fiscalização da Contratante terá livre acesso aos locais de execução do serviço; Especificações Técnicas;
- A CONTRATANTE exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, também;
- Realizar a supervisão das atividades desenvolvidas pela CONTRATADA, efetivando avaliação periódica.
- O Quadro de pessoal do Serviço de Segurança será constituído por vigilantes, com regime de trabalho de 12 horas diárias, em plantões diurno e noturno;
- Os gastos com armamento e equipamentos de segurança necessários ao serviço, inclusive, uniformes, ocorrerá as expensas da contratada;
- A contratada deverá cumprir a programação dos serviços feita periodicamente pela contratante, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos empregados e das pessoas em geral que se façam presentes.
- As ações dos vigilantes devem se restringir aos limites das instalações da contratante e nas circunscritas à sua área de atuação estabelecida pela legislação específica;
- Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, cabendo à contratada otimizar a gestão de seus recursos, quer humanos quer materiais, com vistas à qualidade dos serviços à satisfação da contratante.
- A contratada responsabilizar-se-á integralmente pelos serviços contratados, cumprindo evidentemente, as disposições legais que interfiram em sua execução.
- O Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Vigilância e Segurança Patrimonial
		POP: (VSP + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /

**ROTINAS OPERACIONAIS**

Objetivo:

Indicações:

Fatores de Risco:

Técnica / Rotina:

Procedimento em caso de não conformidade:

Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

### 3.1.3 - AMBULATÓRIO

A Constituição brasileira consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição também estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização e mando único em cada esfera.

O Sistema Único de Saúde deve ser capaz de promover e otimizar o atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar à população, por meio de assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população, prestado pela rede pública e contratada/conveniada. Assim, o Ambulatório da Hemorrede Pública Estadual de Goiás será um dos instrumentos de implementação do Sistema Único de Saúde. O atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial inclui a prevenção, tratamento e vigilância à saúde da comunidade de forma programada e continuada. O Ambulatório da Hemorrede Pública Estadual de Goiás deverá atender aos usuários egressos da instituição ou encaminhados de forma referenciada, por meio da Central de Regulação Estadual para as especialidades previamente definidas, respeitando o limite da capacidade operacional do Ambulatório.

O Atendimento Ambulatorial aqui especificado refere-se ao Hemocentro Coordenador- Goiânia e aos 4 Hemocentros Regionais.

Horário de funcionamento:

Hemocentro Coordenador – HEMOGO e Hemocentros Regionais = das 07h às 19h de segunda a sexta-feira .

O atendimento ambulatorial compreende: primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos) e procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas.

- a) Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do usuário a um profissional de determinada especialidade, por uma determinada patologia.

- b) Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que refere ao atendimento médico quanto ao não médico.
- c) As demais consultas deste cliente (retorno) serão consideradas consultas subsequentes, mesmo que atendido por outro profissional que não o inicial, desde que dentro da mesma especialidade.

**Nota:** As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas, conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

### 3.1.4 - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

O laboratório de análises clínicas da **Hemorrede Pública Estadual de Golás** visa segurança do pessoal, proteção da amostra, precisão dos resultados, eficiência no fluxo de trabalho, assim como a proteção do meio ambiente e dos riscos provenientes das atividades realizadas no seu interior, e está em condições de atender exames à pacientes oriundos da internação leito/dia e ambulatório em atendimento.

**Horário de Funcionamento:** O Laboratório da Unidade funcionará 24hs, em regime de plantão.

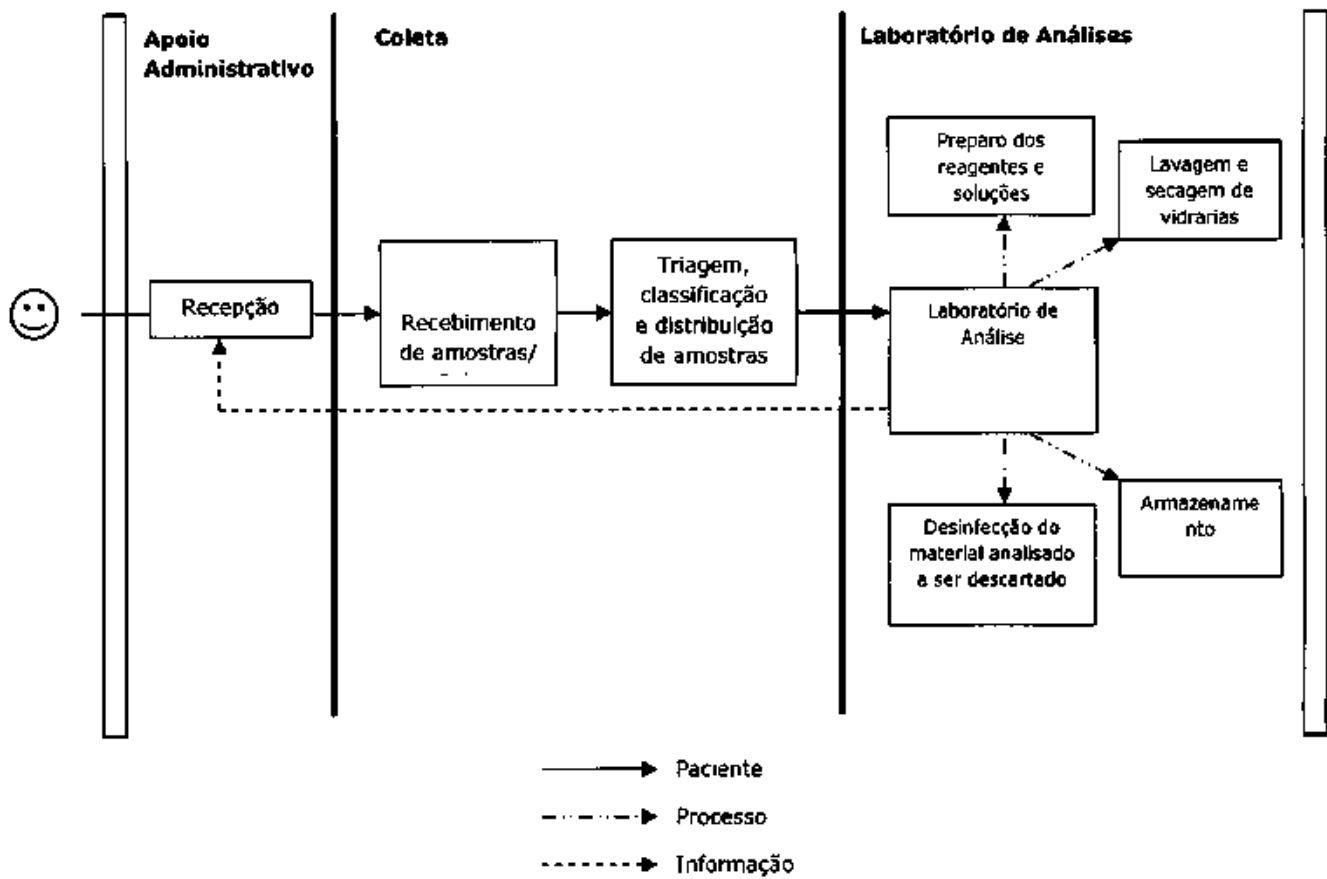
#### **Fluxo de Trabalho:**

O fluxo básico de trabalho do laboratório conforme ANVISA/ MS RDC n.º 50/2002 e ANVISA/ RDC n.º 302/2005 será:

1. Receber ou realizar a coleta de material;
2. Fazer análise e procedimentos laboratoriais de substâncias ou materiais biológicos com finalidade diagnóstica e de pesquisa;
3. Fazer o preparo de reagentes/soluções;
4. Fazer a desinfecção do material analisado a ser descartado;
5. Fazer a lavagem e preparo do material utilizado;
6. Emitir laudo das análises realizadas em duas vias.



**Fluxo do Atendimento do Laboratório de Análises Clínicas:**



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

### **3.1.5 – Fluxos Operacionais nas áreas restritas, externas e internas**

#### **Áreas Internas Críticas:**

São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência) e/ou maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior possibilidade de infecções.

São áreas restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e a pacientes sob tratamento.

#### **Áreas Internas Não Críticas:**

São áreas onde não há risco de transmissão de infecção, que, em princípio são: Diretoria, Departamento Financeiro, Coordenação de Ensino e Pesquisa, Departamento Pessoal, Recepções, Serviços de Apoio, Setores Administrativos em geral.

#### **Áreas Externas:**

O fluxo nas áreas externas da unidade será monitorado e orientado pelo pessoal de portaria e vigilância, com acesso via rádio e/ou telefone para a polícia local, em caso de necessidade.

### **3.1.6 – Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos**

#### **Documentos Administrativos:**

##### **Documentos recebidos de Origem Externa:**

No que diz respeito aos documentos recebidos de origem externa, utilizaremos o sistema de Registro de Protocolo Geral. O setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam à Instituição e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificando o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados:

- Data Recebimento;
- Destinatário;
- Remetente;
- Data de Entrega e
- Assinatura do Recebedor.

### **Documentos recebidos de Origem Interna:**

Os documentos de origem interna que irão tramitar internamente na Unidade devem seguir o procedimento de registro de protocolo, sendo este, Protocolo de Documentos Setorial. Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Livro de Registro de Protocolo de Documentos.

### **Documentos de Pacientes:**

Com relação aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das informações e documentos pertinentes ao paciente e todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos enquanto clientes e usuários das Instituições de Saúde. Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na instituição.

### **Documentos Assistenciais:**

As informações para o funcionamento dos processos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME serão providas por diversos setores da unidade, entre eles:

- a) Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o sistema paciente de informações sobre os usuários de nossos serviços;
- b) Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- c) Enfermarias: informações constantes sobre a movimentação de pacientes;
- d) Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- e) Profissionais de saúde: através das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições,
- f) Serviços especializados (Laboratório, Farmácia, Nutrição, etc.): através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

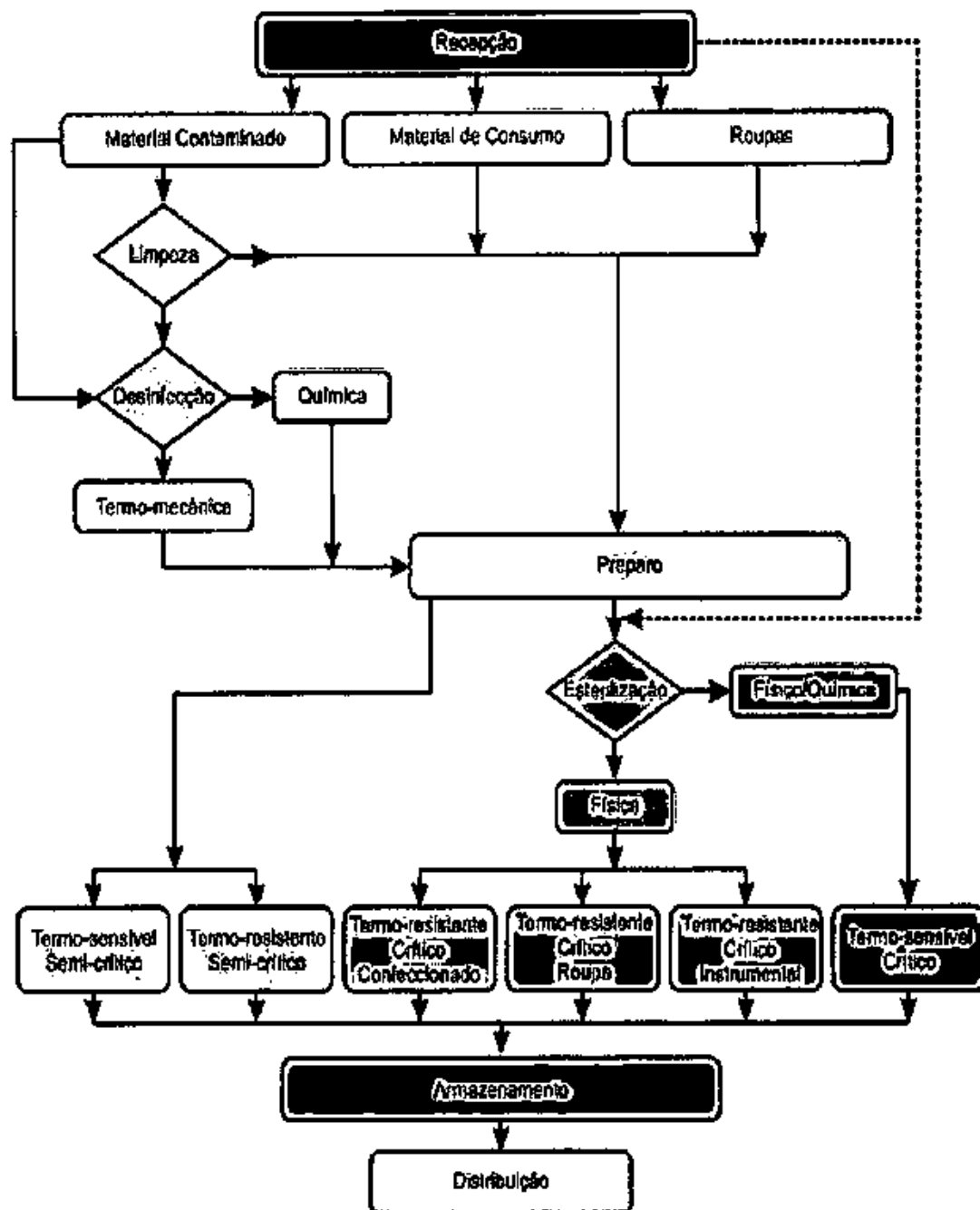
**O fluxo de documentos no ambulatório seguirá a seguinte rotina:**

- O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.
- Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.
- Quando um prontuário for retirado das prateleiras será colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhado.

**O fluxo de documentos no internamento leito/dia seguirá a seguinte rotina:**

- Quando indicado internamento em regime leito/dia, a Central de Internação da Hemorrede Pública Estadual de Goiás deverá proceder a abertura do Prontuário.
- O prontuário pode tramitar por vários setores até o fim do tratamento do paciente, quando então é enviado para o setor de fatura, que irá levantar os gastos do tratamento e o devolverá ao arquivo.
- Os profissionais da equipe de saúde que necessitarem consultar algum prontuário deverão preencher uma ficha de solicitação de prontuário. A consulta deve ser feita na própria Unidade e fica proibida a circulação do prontuário fora da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.
- No caso do atendimento do usuário nos serviços ambulatoriais sem o prontuário, existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

**3.1.7 - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS**



- O controle de processos para esterilização adequada de materiais de uso Hospitalar e ambulatorial deverá ser garantido por meio da implantação de fluxo unidirecional para materiais no setor de Central de Material e Esterilização – CME da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, cumprindo as orientações e

exigências para o funcionamento desse setor, que representará um elo entre todas as áreas de atendimento no serviço.

- Com o funcionamento desse fluxo será propiciado o não cruzamento de área suja com área limpa, evitando assim que os materiais estéreis se misturem com os não estéreis. O fluxo deve ser obrigatoriamente unidirecional, ou seja, não deve haver cruzamento de área suja com área limpa.
- A CME funcionará 12 horas para atender às necessidades da Unidade.
- O material estéril utilizado nas unidades de internamento serão entregues nos seguintes horários: 7:00 horas às 9:00 horas, 14:00 horas às 16:00 horas, devendo os funcionários estarem munidos com protocolos no CME.

### **3.1.8 - RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – RSS**

Os resíduos de serviços de saúde tem requerido especial atenção dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destino inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema assume lugar de destaque entre as políticas públicas e na legislação brasileira, tendo como foco principal a sustentabilidade ambiental e a manutenção da saúde e da vida. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA têm assumido a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos dos serviços de saúde, com o objetivo de preservar a meio ambiente, para garantir a sua sustentabilidade ambiental. Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Considerando os princípios do Instituto de Gestão Humanizada – IGH, que adota ações responsáveis na área da saúde como a melhor maneira de melhorar a realidade brasileira, essa proposta assume o compromisso social e ambiental de contribuir com a administração pública nesta empreitada, através da adoção de um modelo de gestão responsável no que diz respeito ao controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.

Assim, o gerenciamento dos RSS da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás**, será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

### **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS**

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS da Hemorrede Pública Estadual de Goiás constará de instruções e rotinas escritas que obedecerão a critérios técnicos e sanitários, contemplando, assim, os aspectos de minimização na geração, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, e será um documento integrante do processo de licenciamento ambiental da Organização. O PGRSS será elaborado em conjunto pelos responsáveis pelo serviço de higienização, profissionais responsáveis pelas unidades assistenciais, CCISS - Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, Segurança do Trabalho, e Representantes dos serviços de apoio geradores de resíduos, contemplando todos os grupos de resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C e D), e atenderá integralmente ao roteiro da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, RDC 306 ANVISA 2004 e CONAMA 358/2005.

#### **Objetivo Geral:**

- Descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.
- Atender as disposições contidas na legislação vigente, de acordo com a especificidade de cada serviço da Hemorrede Pública Estadual de Goiás;

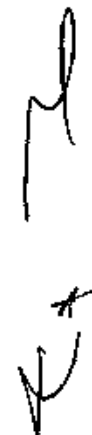
- Atender as orientações e regulamentações estaduais, municipais no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- Adotar as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores;
- Estabelecer as rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço;
- Descrever em protocolos operacionais as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes;
- Estabelecer ações referentes aos processos de prevenção da saúde do trabalhador;
- Registrar as informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos;
- Desenvolver e implantar programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de resíduos, os setores de higienização e limpeza, a CCISS e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

#### **Atribuição e Responsabilidade:**

- Será da responsabilidade da Unidade o gerenciamento dos resíduos obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana, através de um planejamento e implementação do processo, sob a responsabilidade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS, que será criado sob a orientação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- A Responsabilidade Técnica do PGRSS deverá ser assumida pelo enfermeiro responsável pelo Serviço de Higienização, que será o Coordenador Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação Certificado de Responsabilidade Técnica;
- Atendendo a legislação vigente, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral que norteará a periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas. Os membros da citada equipe serão:



1. Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Higienização;
  2. Farmacêutico Responsável pelo Serviço de Farmácia;
  3. Médico do Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
  4. Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
  5. Representante da CIPA;
  6. Representante do Laboratório.
- Caberá ao Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS a elaboração do Plano de Gerenciamento dos Resíduos – PGRSS, o qual deverá ser apresentado ao Diretor Geral até o terceiro mês após assinatura do contrato de gestão.
- O PGRSS deverá atender aos seguintes tópicos:
1. Nome do estabelecimento
  2. Responsável pelo estabelecimento
  3. Caracterização do estabelecimento
  4. Planta do estabelecimento
  5. Comissão Responsável pelo PGRSS
  6. Fluxograma
  7. Manejo
  8. Segregação e identificação
  9. Acondicionamento
  10. Coleta
  11. Armazenamento temporário
  12. Tratamento
  13. Armazenamento externo
  14. Coleta e transporte externos
  15. Disposição final
  16. Cronograma de implantação
  17. Estudo: Hospital x resíduos gerados x quantidade
  18. Avaliação e controle: construção de indicadores
  19. Mapa de resíduos, incluindo o fluxo percorrido pelo resíduo
  20. Rotinas de emergência
  21. Cronograma de treinamento dos funcionários



### Definições e Conceitos:

- **Resíduos:** Os resíduos serão recolhidos conforme legislação vigente e o estabelecido no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Hemorrede Pública Estadual de Goiás e demais exigências legais nos termos da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde. O recolhimento dos resíduos de serviços de saúde observará as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT e legislação regente.
- **Manejo:** O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final.
- **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.
- **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 deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT (Anexo 2), além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.
  - o 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 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 O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.
  - o O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTEANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.
- **Manuseio e 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 deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.
- **Coleta Interna I:** Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Cada unidade deverá especificar o horário e dias da remoção do RSS. Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este regulamento técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

- **Abrigo Interno:** Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.
- **Coleta Interna II:** Consiste na remoção dos containers da sala de utilidade para o abrigo externo é realizado Conforme a necessidade do serviço. Ao término da coleta os recipientes são lavados com água e detergente e desinfetado com hipoclorito de sódio a 1% na área externa próximo ao abrigo externo.
- **Abrigo Externo:** Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.
- **Coleta Externa e Tratamento:** Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.
- **Embalagem:** Embalar o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR

9191 – Devem constar em saco individualmente, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei 6360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto; Trocar o saco plástico (embalagem) por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade. Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pela Contratante; e proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

**Classificação dos RSS (conforme RDC 306 e CONAMA 358):**

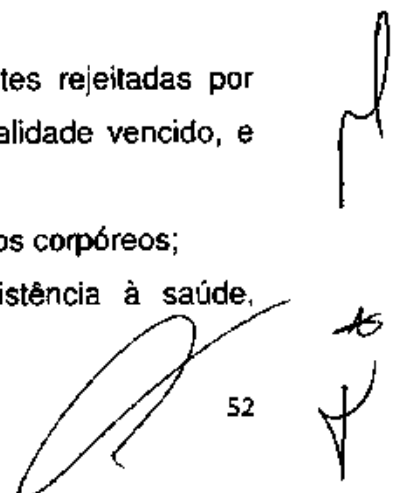
Os resíduos serão tratados atendendo os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração e fluxos são de responsabilidade da Unidade Assistencial.

**Grupo A:**

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

**Grupo A1: Resíduos que necessitam de tratamento específico como:**

- Culturas e estoques de microrganismos;
- Descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados;
- Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;
- 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.



**Conduta:**

- Acondicionar para tratamento em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos.

**Tratamento:**

- Processo que garanta Nível III de Inativação Microbiana e desestruturação das características físicas;
- Acondicionamento para descarte: sacos brancos leitosos.

**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 anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

**Grupo A3:**

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

**Conduta:**

- Acondicionar em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos identificados com o símbolo de risco biológico e a inscrição "Peça Anatômica / Produto de Fecundação" e encaminhar ao necrotério.
- Comunicar o SCIH para preenchimento do formulário de autorização para encaminhamento adequado.

**Grupo A4: Resíduos que não necessitam de tratamento:**

- 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;
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica;
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

**Conduta:**

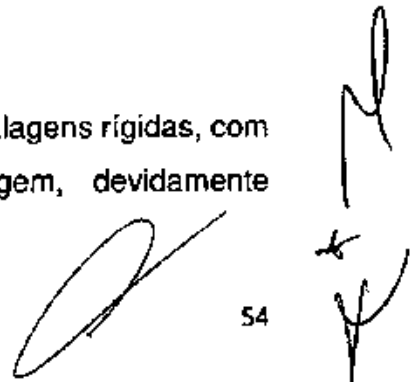
- Acondicionamento para descarte sem necessidade de tratamento: lixeiras brancas identificadas com o símbolo de risco biológico revestidas com sacos brancos leitosos.

**Grupo B:**

- Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente como os antimicrobianos, hormônios sintéticos, quimioterápicos e materiais descartáveis por eles contaminados.
- Medicamentos vencidos, contaminados, interditados, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo.
- Objetos perfuro cortantes contaminados com quimioterápico ou outro produto químico perigoso;
- Mercúrio e outros resíduos de metais pesados. Saneantes e domissanitários;
- Líquidos reveladores e fixadores de filmes (centro de imagem);
- Efluentes de equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;
- Quaisquer resíduos do grupo D, com risco de estarem contaminados por agente químico.

**Conduta:**

- Os resíduos do grupo B devem ser acondicionados em embalagens rígidas, com tampa rosqueada ou na própria embalagem de origem, devidamente



identificadas com o símbolo de substância química e a identificação da substância nelas contidas.

**Grupo C:**

- Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radio nuclídeos e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista;
- São enquadrados neste grupo, todos os resíduos dos grupos A, B e D contaminados com radio nuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.

**Conduta:**

- Estes resíduos quando gerados, devem ser identificados com o símbolo internacional de substância radioativa e separados de acordo com a natureza física do material, do elemento radioativo presente e o tempo de decaimento necessário para atingir o limite de eliminação, de acordo com a NE 605 da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).
- Devido as suas características de periculosidade, é aconselhável que os resíduos sejam manejados por pessoal capacitado.

**Grupo D:**

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente. Suas características são similares às dos resíduos domiciliares.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos;
- Peças descartáveis de vestuário;
- Resto alimentar de pacientes;
- Material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises – punção;
- Equipo de soro e outros similares não classificados como A1 ou A4;
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;
- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;
- Resto alimentar de refeitório;
- Resíduos provenientes das áreas administrativas;
- Resíduos de varrição, flores, podas de jardins.

**Conduta:**



- Os resíduos do grupo D não recicláveis e/ou orgânicos devem ser acondicionados nas lixeiras cinza devidamente identificadas, revestidas com sacos de lixo preto ou cinza.
- Os resíduos recicláveis devem ser acondicionados nas lixeiras coloridas, identificadas.

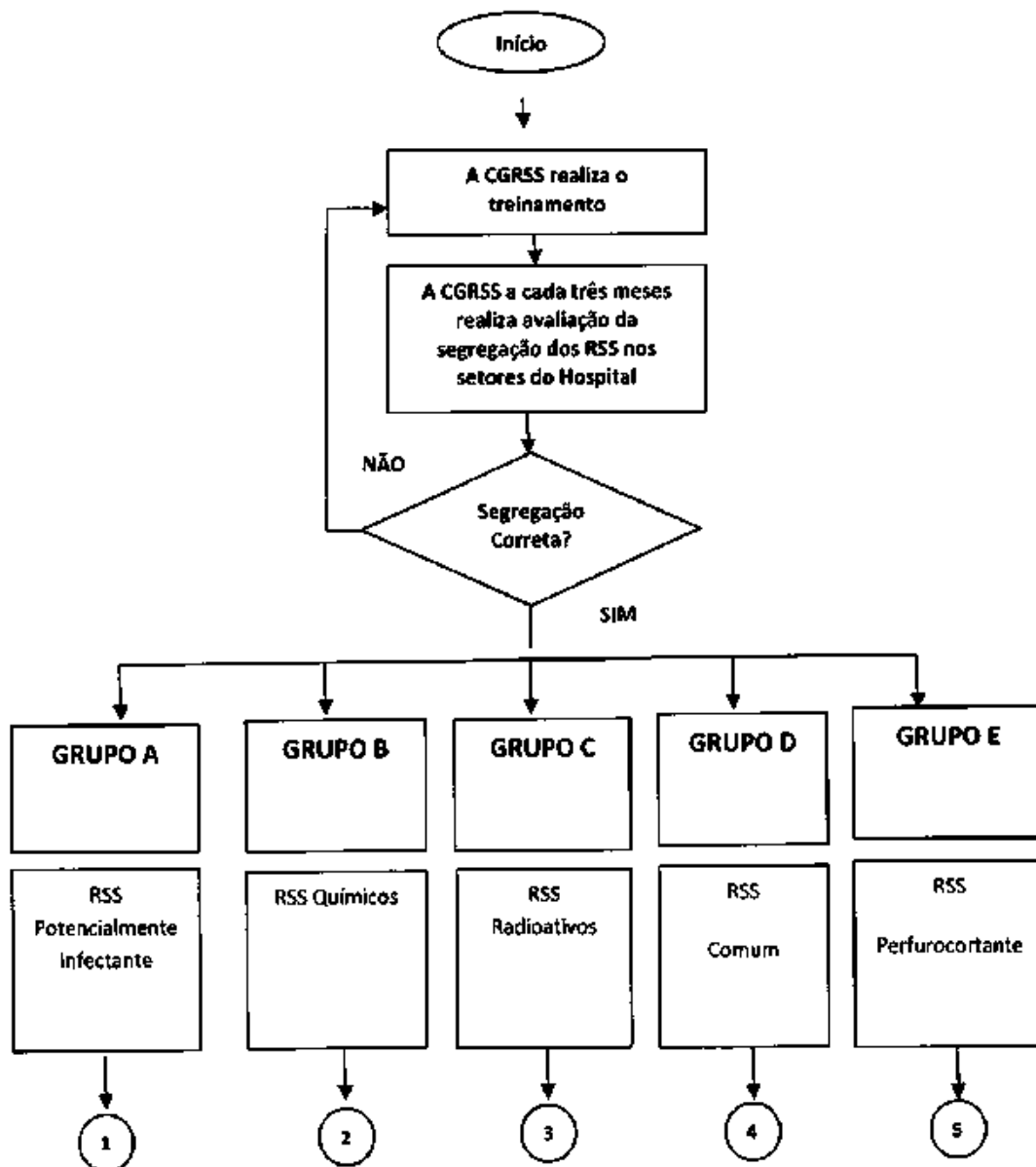
**Grupo E:** São os materiais perfuro cortantes ou escarificantes:

- Objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar;
- Lâminas de barbear, agulhas, escalpes brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, tubos capilares, lancetas, ampolas de vidro, micropipetas, lâminas e laminulas, espátulas;
- Todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos, de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

**Conduta:**

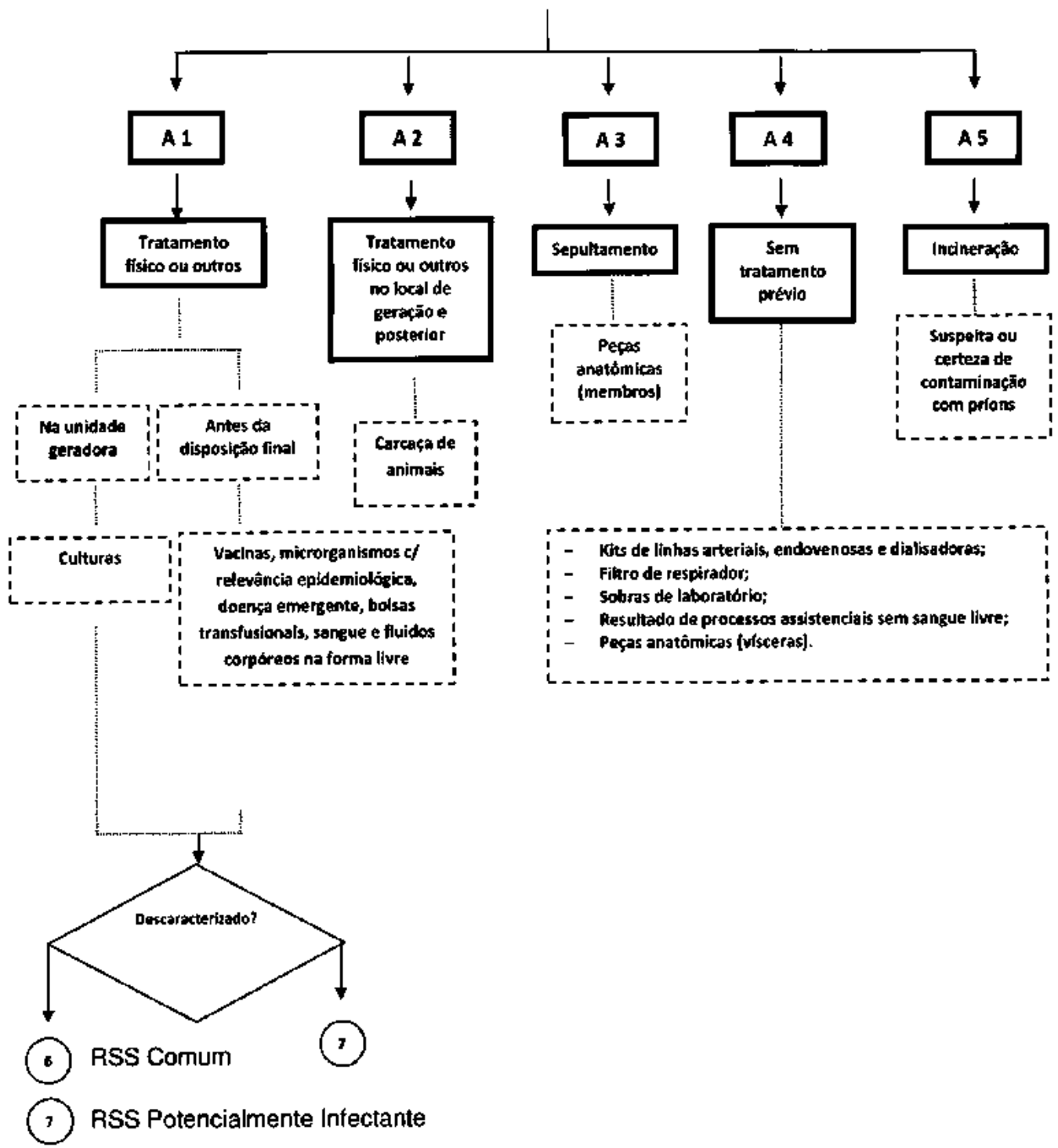
- Devem ser descartados separadamente em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento;
- Os perfuro cortantes, uma vez colocados em seus recipientes, não devem ser removidos por razão alguma;
- É importante observar o limite máximo permitido para o preenchimento de cada recipiente, para evitar acidentes;
- As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente" (ANVISA, 2004).

Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde



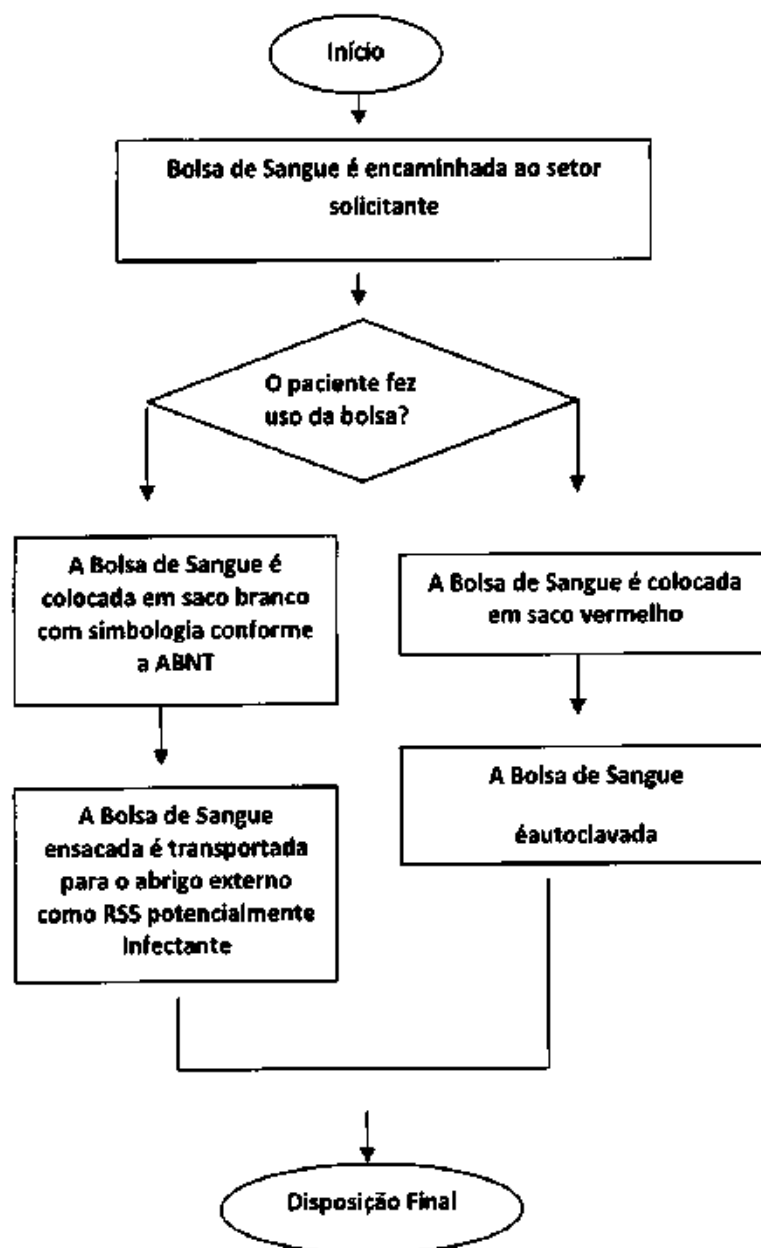
Legenda: CGRSS – Comissão de Gerenciamento de Resíduo Sólido de Saúde

**FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS POTENCIALMENTE INFECTANTE**



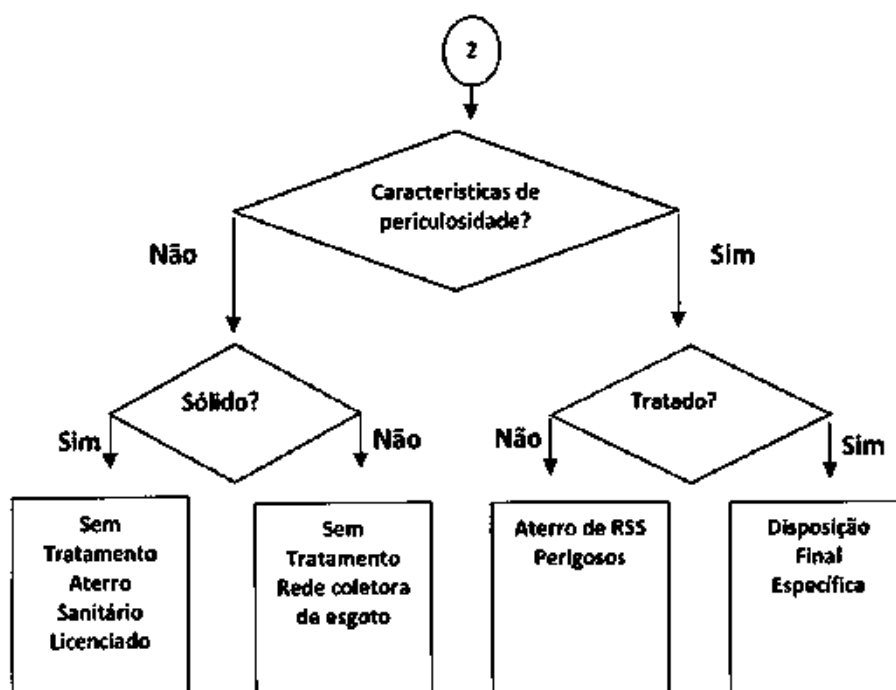
*[Handwritten signatures and marks]*

### FLUXOGRAMA DE DESCARTE DE BOLSAS DE HEMODERIVADOS



*[Handwritten signature]*  
16  
*[Handwritten signature]*

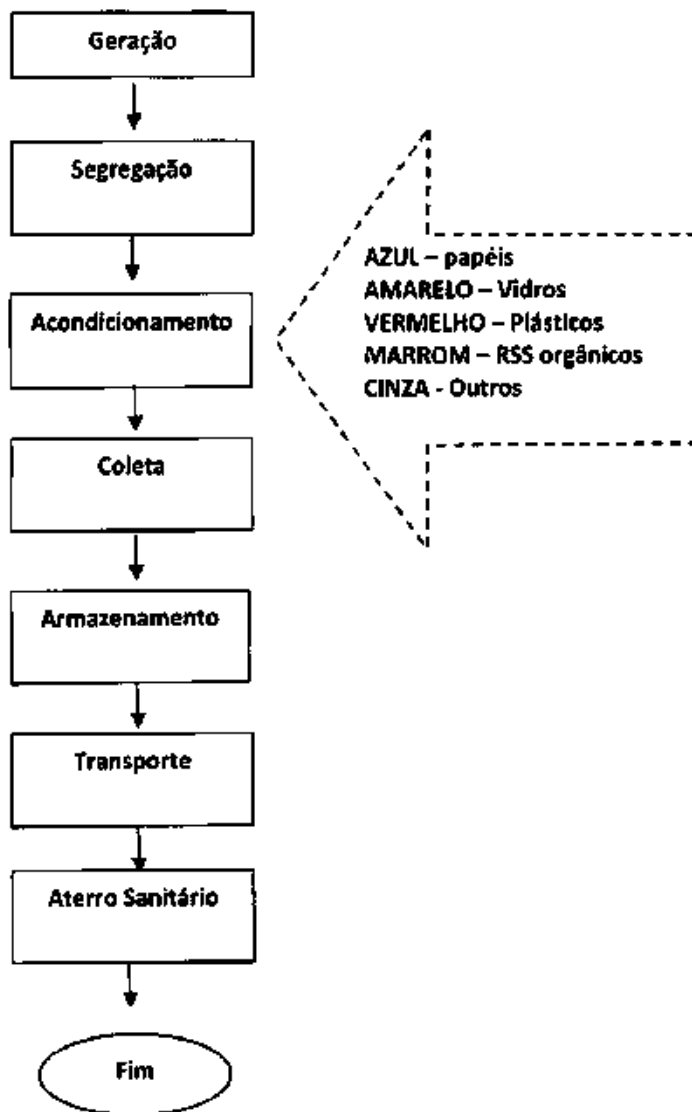
## FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS QUÍMICOS



Substâncias que devem ser segregadas separadamente:

1. Líquidos inflamáveis;
2. Ácidos;
3. Bases;
4. Oxidantes;
5. Compostos orgânicos não halogenados;
6. Óleos;
7. Mercúrio;
8. Formalina ou formaldeído;
9. Resíduo fotográfico;
10. Venenos;
11. Carcinogênicas, mutagênicas e teratogênicas;
12. Sensíveis ao choque;
13. Criogênicas.

**FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS COMUNS**

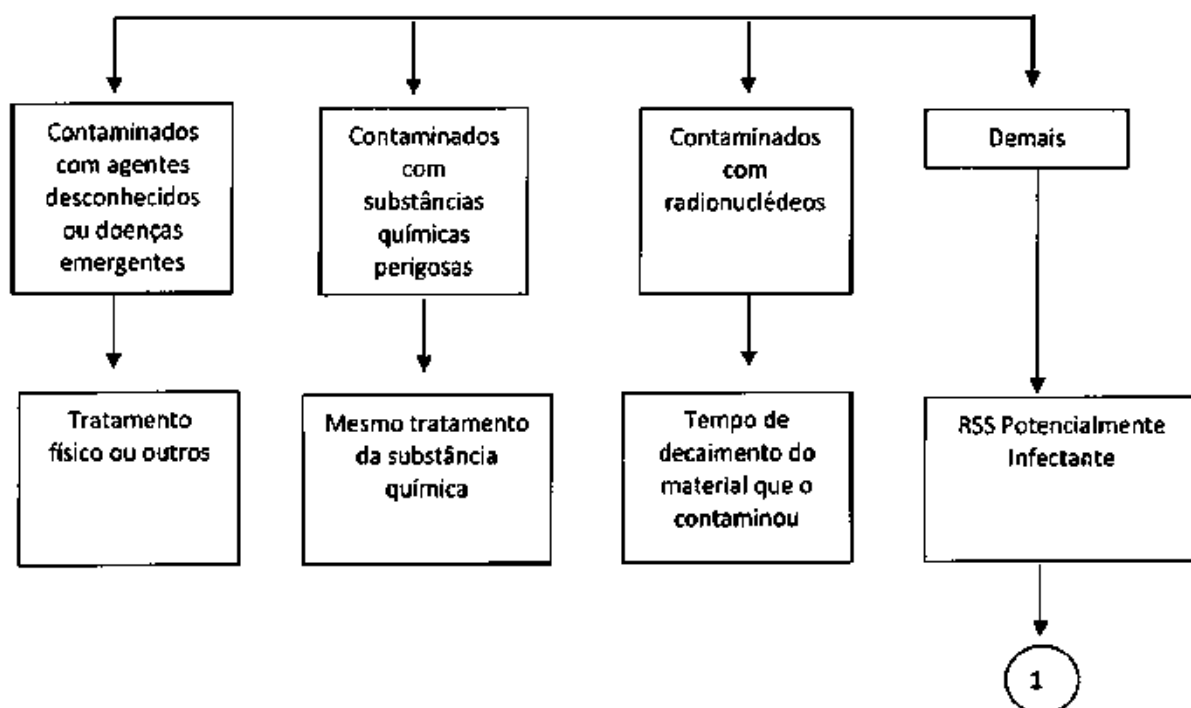


*[Handwritten signature]*

61

*[Handwritten signature]*

### FLUXOGRAMA DOS RESÍDUOS PERFUROCORTANTES



#### **Horário da Coleta dos RSS:**

O horário da coleta (transporte interno no Hospital) será definido em protocolos internos do serviço, em acordo com os respectivos coordenadores das áreas assistenciais da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

#### **3.1.9 - HIGIENIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Limpeza Hospitalar é a atividade desenvolvida na **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** que objetiva fazer a higienização, conservação e desinfecção dos ambientes hospitalares e das superfícies fixas e móveis da unidade, de forma a remover as sujidades visíveis e reduzir a população microbiana, inclusive pragas, por meios físicos, químicos ou mecânicos, promovendo o bem estar dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam nesses ambientes, visando a obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências do hospital, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes domissanitários e materiais e equipamentos apropriados.

Handwritten signature and scribble.

### Competências do Serviço de Higienização:

- Limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microorganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, etc. Os serviços serão executados em superfícies, tais como: pisos, paredes/divisórias, tetos, portas/visores, mobiliários, inclusive, camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações.
- Limpeza e desinfecção de terminais de leitos, camas, colchões, travesseiros, mobiliários e móveis hospitalares, seguindo protocolo padronizado pelo serviço;
- Limpeza das geladeiras (partes interna e externa) em uso nos setores, sob orientação de preposto da manutenção.
- Recolhimento das caixas de acondicionamento de materiais perfurocortantes e repor outra caixa montada no momento do recolhimento;
- Abastecimento, sempre que necessário, de dispensadores e saboneteiras.
- Limpeza e desobstrução de ralos de escoamento, desentupindo-os quando necessário desde que isto não implique em mão de obra de bombeiro ou pedreiro;
- Varredura de pátios internos e externos, calçadas, entradas e saídas da Hemorrede Pública;
- Lavagem geral de áreas internas e externas, incluindo calçadas e pátios;
- Limpeza e polimento de metais tais como: válvulas, registros, sifões, fechaduras e etc.;
- Limpeza de Fachadas.
- Limpeza de caixa d'água;

**Observação:** A periodicidade da limpeza deverá ser feita conforme necessidade e criticidade da área.





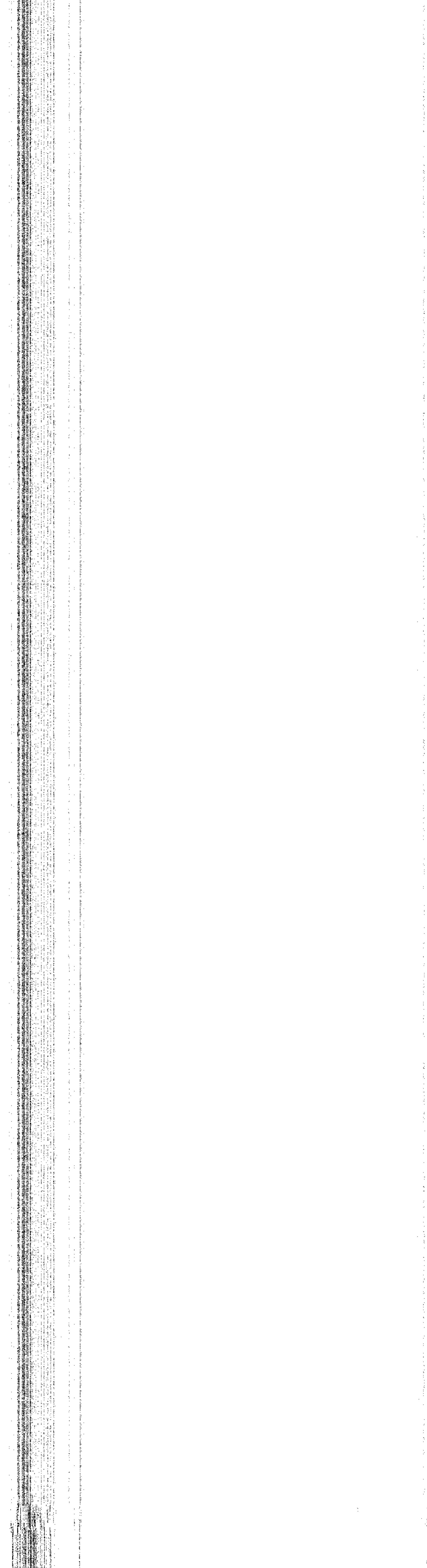
### Horários de Execução dos Serviços:

- Para a execução dos serviços de limpeza, serão observadas a localização, classificação, frequência e horários de limpeza.;
- Nas áreas assistenciais, o horário de execução dos serviços será estabelecido de forma a atender as necessidades e especificidades da unidade;
- Nas áreas administrativas, o horário da execução dos serviços não deve coincidir com o horário de funcionamento do serviço, mas haverá casos e situações em que será necessária a conciliação vez que a limpeza na sua força de trabalho maior esta programada para atender numa jornada de 08:00horas/dia ficando o plantão extra horário para situações específicas;
- Oportunamente, antes do inicio das atividades na Unidade, as escalas de serviço serão apresentadas e discutidas com o pessoal da assistência e em especial a CCISS.

### Princípios básicos de limpeza

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção em serviços de saúde.

1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semi-crítica e não crítica;
2. Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;
4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;
5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área da Unidade antes dos procedimentos de limpeza;
6. Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;





7. Realizar a coleta do lixo pelo menos, três vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
8. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
9. Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágüe;
10. Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc) nas salas de utilidades indicadas pela unidade contratante, diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;
11. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, série NB-9000 da ANVISA ou substitutivo, bem como atender os requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
12. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e laudos específicos.

#### **Descrição dos Serviços por Áreas:**

#### **Classificação das Áreas:**

##### **Áreas críticas:**

- Serão consideradas áreas críticas aquelas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microrganismos patogênicos, tais como: Central de material esterilizado, Expurgos, Laboratórios de Análises Clínicas, Salas de procedimentos invasivos, Farmácia de manipulação e Similares.

**Áreas Semicríticas:**

- Serão consideradas áreas semicríticas aquelas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: Unidade de Internação leito/dia, Unidade de Atendimento Ambulatorial, Sala de Triagem e Similares.

**Áreas Não-críticas:**

- Serão consideradas áreas não críticas aquelas áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como Refeitórios, Áreas limpas da Lavanderia e Similares.

**Métodos e equipamentos de limpeza de superfícies**

**Limpeza Úmida:**

- Consiste na utilização de água, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser por processo manual ou mecânico.

**Limpeza com Jatos de Vapor de Água:**

- Trata-se de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamento com jatos de vapor d'água, saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a Limpeza Terminal. Sua utilização será precedida de avaliação, pela contratante, das vantagens e desvantagens.

**Limpeza Molhada:**

- Consiste na utilização de água abundante, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal.

**Limpeza Seca:**

- Consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água. A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas.

**Técnica de Desinfecção:**

A desinfecção é o processo aplicado a superfícies inertes, que elimina microorganismos na forma vegetativa, não garantido a eliminação total dos esporos

bacterianos. Pode ser realizada por meio de processos químicos ou físicos. Será feita da seguinte forma:

- Com uso de luvas, retirar o excesso da carga contaminante em papel absorvente;
- Desprezar o papel ou panos em saco plástico de lixo;
- Aplicar, sobre a área atingida, desinfetante adequado e deixar o tempo necessário;
- Remover o desinfetante com pano molhado e proceder à limpeza com água e sabão no restante da superfície.

#### **Técnica de Descontaminação:**

Deve ser feita da seguinte forma:

- Aplicar o produto sobre a matéria orgânica e esperar o tempo de ação deste;
- Remover o conteúdo descontaminado com auxílio de papel absorvente;
- Desprezar no lixo e proceder a limpeza usual, com água e sabão, no restante da superfície.

#### **Produtos utilizados**

##### **Germicidas:**

- São agentes químicos que inibem ou destroem os microorganismos, podendo ou não destruir esporos. Na seleção dos germicidas há necessidade de considerar: a necessidade de seu uso e a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez; incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, susceptibilidade à inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual e custos).

##### **Desinfetantes:**

- São agentes químicos capazes de destruir microorganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos, em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto, médio ou baixo.

##### **Hipoclorito de Sódio:**

- Atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminados com material biológico, utilizam-se

soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não será recomendado em metais e mármore, devido à sua ação corrosiva.

**Cloro orgânico:**

- O dicloroisocianureto de sódio age da mesma forma que o hipoclorito de sódio. Apresentado em pó e pode ser associado a tensoativos. Para a desinfecção de superfícies fixas é utilizado numa concentração de 3%. O cloro orgânico possui estabilidade, menor toxicidade, baixa corrosividade, sendo mais fácil e seguro seu manuseio e aplicação.

**Alcoóis:**

- O mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos é contra indicado, pois podem danificá-los.

**Detergentes:**

- São substâncias tensoativas, solúveis em água e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos.

**Observações:**

1. A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção deve atender as determinações da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde - CCISS, as recomendações dos órgãos públicos de saúde e as especificidades apresentadas pelos fabricantes.
2. Na seleção de produtos de limpeza de superfícies deverão ser considerados:
  - **Quanto às superfícies, equipamentos e ambientes:**
    - a. Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
    - b. Tipo e grau de sujidade;
    - c. Tipo de contaminação;
    - d. Qualidade da água;
    - e. Método de limpeza;

- f. Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.
- **Quanto ao tipo de germicida:**
  - a. Tipo de agente químico e concentração;
  - b. Tempo de contato para ação;
  - c. Influência da luz, temperatura e pH;
  - d. Interação com íons;
  - e. Toxicidade;
  - f. Inativação ou não em presença de matéria orgânica;
  - g. Estabilidade;
  - h. Prazo de validade para uso;
  - i. Condições para uso seguro;
  - j. Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

**Tipos de limpeza preconizados / Descrição dos Serviços:**

**ÁREAS CRÍTICAS E SEMI-CRÍTICAS:**

**Limpeza concorrente ou diária:**

- Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter e/ou conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação e ainda fazer reposição de material de higiene.

**Equipamentos:**

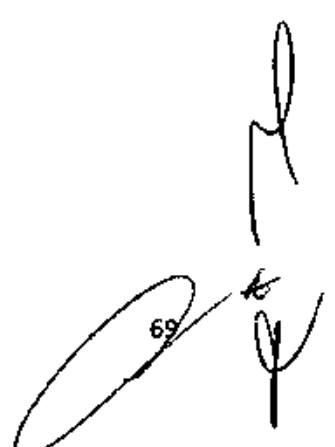
- Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

**Método:**

- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes para solução detergente e para água limpa;
- Limpeza molhada para banheiro;
- Desinfecção localizada na presença de matéria orgânica.

**Técnica:**

- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja;
- Utilizar movimento único de limpeza.



Handwritten signature and initials, possibly 'R' and 'P', with a circled number '69' below them.

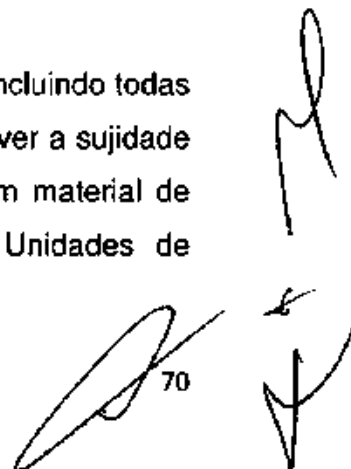


**Etapas:**

1. Reunir todo material necessário em carrinho de limpeza;
2. Colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
3. Colocar os EPI necessários para realização da limpeza;
4. Efetuar, quando necessária, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;
5. Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carrinho de limpeza e efetuar a troca de luvas;
6. Realizar a remoção das migalhas, papéis, cabelos e outros;
7. Iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para a remoção da sujeira, proceder ao enxágüe e, sempre que necessário, realizar fricção com álcool 70%;
8. Proceder à limpeza da porta / visor e maçaneta com solução detergente e enxaguar;
9. Proceder à limpeza do piso com solução detergente;
10. Realizar a limpeza do banheiro, iniciando pela pia, o box, o vaso sanitário e, por fim, o piso;
11. Desprezar o conteúdo dos baldes no local indicado pela contratante, procedendo à higienização dos mesmos;
12. Proceder à higienização do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;
13. Retirar as luvas e lavar as mãos;
14. Repor os sacos de lixo;
15. Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

**Limpeza terminal:**

- É o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área de saúde, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujeira e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene e será realizada sempre que se fizer necessária. Em Unidades de



Handwritten signature and initials, including the number 70.

Internação de Pacientes realizada a qualquer momento, após alta, ou em períodos programados.

**Equipamentos:**

- Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

**Método:**

- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes para solução detergente e para água limpa.
- Limpeza molhada para banheiro.
- Desinfecção na presença de matéria orgânica.

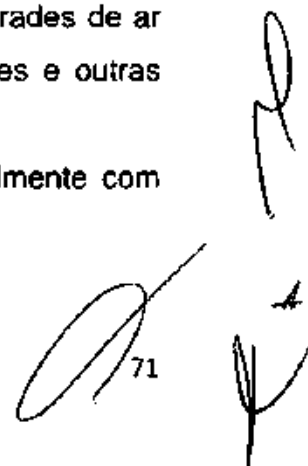
**Técnica:**

- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.
- Utilizar movimento único de limpeza.

**Etapas:**

1. Reunir todo material necessário em carrinho de limpeza;
2. Colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
3. Colocar os EPI necessários para a realização da limpeza;
4. Efetuar, quando necessária, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;
5. Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carrinho de limpeza;
6. Iniciar a limpeza interna e externa do mobiliário da unidade com solução detergente para remoção da sujidade; proceder ao enxágüe e após friccionar com álcool 70%;
7. Executar a limpeza do teto, luminárias, janela, paredes/divisórias, grades de ar condicionado e/ou exaustor, portas/visores, maçanetas, interruptores e outras superfícies;
8. Proceder à lavagem do piso com solução detergente, preferencialmente com máquinas;

71



9. Realizar a lavagem do banheiro, limpeza do teto, paredes, pia (inclusive torneiras), box, vaso sanitário e, por fim, o piso.
10. Desprezar o conteúdo dos baldes no local indicado pela contratante, procedendo à higienização dos mesmos;
11. Proceder à higienização do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;
12. Retirar as luvas e lavar as mãos;
13. Repor os sacos de lixo nos respectivos recipientes limpos;
14. Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

**Tipos de limpeza e frequências de execução:**

A periodicidade e frequência de limpeza concorrente nos ambientes específicos será determinada pelo responsável da higienização de cada unidade de assistência à saúde, em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde – CCISS.

A seguir, encontra-se relacionados exemplos de periodicidade e frequência de limpeza concorrente e terminal dos principais ambientes da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

**AMBULATÓRIOS:**

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQUÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
ARMÁRIOS	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Mensal e sempre que necessário
BALCÃO E BANCADAS		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Quinzenal e sempre que necessário
LUMINÁRIAS E SIMILARES			Quinzenal e sempre que necessário
JANELAS	Face interna		Quinzenal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
PAREDES/DIVISÓRIAS, TETO E PORTAS/VISORES			Quinzenal e sempre que necessário
PISOS EM GERAL		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
CONSULTÓRIOS / TRIAGEM		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
SALAS DE CURATIVOS		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
SALAS DE MEDICAÇÃO / INALAÇÃO		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
SALAS DE VACINAÇÃO		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
LAVATÓRIO		3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
SABONETEIRAS E DISPENSADORES	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
TOALHEIRO	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

**CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO:**

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQUÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
ARMÁRIOS	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Semanal e sempre que necessário
BALCÃO E BANCADAS		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
LUMINÁRIAS E SIMILARES			Semanal e sempre que necessário
JANELAS	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
PAREDES/DIVISÓRIAS, TETO E PORTAS/VISORES			Semanal e sempre que necessário
PISOS EM GERAL		2 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
LAVATÓRIO		3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
SABONETEIRAS E DISPENSADORES	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
TOALHEIRO	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

**FARMÁCIA:**

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQUÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
ARMÁRIOS	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Semanal e sempre que necessário
BALÇAO E BANCADAS		1 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
LUMINÁRIAS E SIMILARES			Semanal e sempre que necessário
JANELAS	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
PAREDES/DIVISÓRIAS, TETO E PORTAS/VISORES			Semanal e sempre que necessário
PISOS EM GERAL		1 vez ao dia e ao final do expediente Sempre que necessário	Semanal
LAVATÓRIO		3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
SABONETEIRAS E DISPENSADORES	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e Interna		Sempre ao término do sabão
TOALHEIRO	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

**LABORATÓRIOS:**

AMBIENTE /SUPERFÍCIE		FREQUÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
ARMÁRIOS	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face interna e externa		Mensal e sempre que necessário
BALCÃO E BANCADAS		1 vezes ao dia Sempre que necessário	Diária e sempre que necessário
LUMINARIAS E SIMILARES			Mensal e sempre que necessário
MOBILIÁRIOS (CADEIRAS, MESAS)			1 vezes ao dia Sempre que necessário
JANELAS	Face interna		Semanal e sempre que necessário
	Face externa		Mensal
PAREDES/DIVISÓRIAS, TETO E PORTAS/VISORES			Semanal e sempre que necessário
PISOS EM GERAL		1 vez ao dia e ao final do expediente Sempre que necessário	Semanal
LAVATÓRIO		3 vezes ao dia Sempre que necessário	Semanal
SABONETEIRAS E DISPENSADORES	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do sabão
TOALHEIRO	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário	
	Face externa e interna		Sempre ao término do papel

76

**BANHEIROS EM GERAL:**

AMBIENTE /SUPERFÍCIE	FREQUÊNCIA	
	LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
PISOS, ÁREA DE BANHO, VASOS, PIAS, TORNEIRAS E ACESSÓRIOS	2 vezes ao dia Sempre que necessário	
BANHEIRO COMPLETO		Semanal
SABONETEIRAS E DISPENSADORES	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário
	Face externa e interna	
TOALHEIRO	Face externa	3 vezes ao dia Sempre que necessário
	Face externa e interna	

**ÁREAS NÃO CRÍTICAS:**

Todas as demais áreas das unidades de assistência à saúde ocupada ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, são consideradas como hospitalares não críticas, tais como: áreas destinadas a refeitórios, área limpa de lavanderia, entre outras. Abrangem áreas internas em geral, áreas externas (pisos adjacentes/contíguos às edificações, pátios, passeios, arruamentos e áreas verdes), esquadrias externas e fachadas envidraçadas. As especificações técnicas e os procedimentos dos serviços de limpeza para essas áreas são descritos a seguir:

**Áreas internas em geral:**

Consideram-se áreas internas em geral as áreas ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, inclusive os sanitários e almoxarifados, galpões e as áreas utilizadas para depósito, estoque e guarda de materiais diversos. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:



Frequência Diária:

- Manter os cestos isentos de detritos, acondicionando-os em local indicado;
- Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;
- Limpar adequadamente os cinzeiros das mesas e os situados nas áreas de uso comum;
- Limpar / remover o pó de capachos e tapetes;
- Limpar / lavar espelhos, bacias, assentos, pias e pisos dos sanitários com saneante domissanitário desinfetante, mantendo-os em adequadas condições de higienização durante todo o horário previsto de uso;
- Efetuar a reposição de papel higiênico, sabonete e papel toalha nos respectivos sanitários;
- Varrer pisos, removendo os detritos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;
- Remover manchas e lustrar os pisos encerados de madeira;
- Passar pano úmido e polir os pisos paviflex, mármore, cerâmica, marmorite, plurigoma e similares;
- Limpar os elevadores com produto adequado;
- Limpar os balcões que estejam desocupados, com saneante domissanitário desinfetante;
- Limpar as mesas com tampo de fórmica, com saneante domissanitário desinfetante;
- Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Frequência Semanal:

- Limpar atrás dos móveis, armários e arquivos;
- Limpar divisórias, portas, barras e batentes com produto adequado;
- Encerar / lustrar todo mobiliário envernizado com produto adequado;
- Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;
- Limpar telefones com produto adequado;

*[Handwritten signatures and initials]*

- Limpar e polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;
- Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral, com pano úmido;
- Limpar / lavar os azulejos dos sanitários com saneantes domissanitários desinfetantes, mantendo-os em adequadas condições de higienização, durante todo o horário previsto de uso;
- Encerar / lustrar os pisos de madeira, paviflex, plurigoma e similares;
- Executar demais serviços considerados necessários à freqüência semanal.

Frequencia mensal:

- Limpar / remover manchas de forros, paredes e rodapés;
- Remover o pó de cortinas e persianas, com equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à freqüência mensal.

Frequencia trimestral:

- Limpar todas as luminárias por dentro e por fora;
- Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;
- Executar os demais serviços considerados necessários à freqüência trimestral.

*Observação:* Os serviços deverão ser executados em horários que não interfiram nas atividades normais do serviço de higienização, respeitada as respectivas jornadas de trabalho.

Áreas externas:

Consideram-se como áreas externas todas as áreas das unidades de assistência à saúde situada externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outras.

1. Áreas externas tipo I – pisos adjacentes / contíguos às edificações:

Consideram-se áreas externas tipo I os pisos pavimentados adjacentes / contíguos às edificações aquelas áreas circundantes aos prédios administrativos, revestidas de cimento, lajota, cerâmica etc. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte freqüência:

circunscrita, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;

- Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.

Frequencia Semanal:

- Executar serviços considerados necessários à frequência semanal.

Frequencia Mensal:

Executar serviços considerados necessários à frequência mensal.

### 3. Áreas externas tipo III – Coleta de detritos em áreas verdes:

Consideram-se áreas externas tipo III os jardins, gramados e demais áreas verdes.

Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequencia Periódica:

- Manter os cestos isentos de detritos, acondicionando-os em local indicado pela Contratante;
- Coletar papéis, detritos e folhagens das áreas, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado pela Contratante, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita de propriedade da Contratante, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;
- Executar demais serviços cuja execução seja necessária periodicamente.

### 4. Esquadria externa (face interna/externa):

Considera-se esquadria externa, a janela das edificações, nela incluídos os vidros.

As esquadrias se compõem de face interna e face externa. A quantificação da área dos vidros externos deverá se referir somente a uma de suas faces. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequencia Mensal:

- Limpar todas as esquadrias externas, face interna/externa, aplicando-lhes produtos adequados.

5. Fachada envidraçada (face externa):

Considera-se fachada envidraçada (face externa), aquela localizada no frontispício das edificações, sendo esta toda em vidro. Nestas áreas os serviços serão executados na seguinte frequência:

Frequencia Mensal:

- Limpar toda a fachada envidraçada, face externa, aplicando-lhes produtos anti-embaçantes.

**Composição e Atribuições da Equipe de Higienização:**

**Gerente Operacional:**

- Profissional responsável pela coordenação e orientação técnica dos colaboradores atuantes nas áreas da assistência na unidade;
- Responsável pela supervisão, planejamento e desenvolvimento do Plano de Educação Permanente do serviço de limpeza da unidade;
- Responsável pela elaboração e análise dos indicadores da política de Qualidade do serviço de limpeza da unidade;
- Responsável pelos relatórios e preparação de planilhas de desempenho dos colaboradores e produção do serviço;
- Profissional participante das visitas técnicas.

**Supervisor/ Cabo de turma:**

- Profissional responsável pelo planejamento, cronogramas de higienização, escalas dos agentes e encarregados de limpeza, fiscalização dos procedimentos operacionais de serviços, inclusive da frequência por meio do controle de ponto, férias, folgas, substituições, e no caso que caiba aplicação de advertências de acordo com as normas internas da empresa;
- Responsável pela Inspeção, notificação e orientação para o adequado desempenho das atividades dos agentes de limpeza.

**Agente de limpeza:**

- Profissional responsável pela execução dos serviços de higienização de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor, com os cuidados necessários e usando os EPI(s) no correr do procedimento da limpeza;

- Responsável pelo uso e guarda e conservação dos seus uniformes e equipamentos pessoais, cabendo-lhe comunicar à liderança qualquer alteração que os tornem impróprios para o uso.

**Agente de limpeza de fachada:**

- Profissional com experiência na área de serviços em altura, ensino médio completo, boa comunicação, agilidade, flexibilidade, raciocínio rápido, capacidade de organização e disciplina responsável pela execução dos serviços de higienização de acordo com as normas estabelecidas pela chefia, com os cuidados necessários e usando os EPI no correr do procedimento da limpeza;
- Responsável pelo uso e guarda e conservação dos seus uniformes e equipamentos pessoais, cabendo-lhe comunicar à liderança qualquer alteração que os tornem impróprios para o uso;
- Responsável pela limpeza das fachada envidraçadas e esquadrias externa, aplicando-lhes produtos anti-embaçantes e desengordurantes;
- Responsável pela limpeza de vidros e esquadrias; mármore pastilhas e acms; de reparos na fachada inclusive pinturas quando necessário; manutenção e reparos da parte elétrica na fachada (letreiros e holofotes); impermeabilização de vidros utilizando metodologia de vedação com silicone; colocação de mantas, quando necessário; suporte nas trocas de vidros danificados; suporte emergencial 24 horas.

**Agente Operador em Controle de Pragas:**

- Profissional treinado para a identificação de áreas contaminadas com a presença das pragas, mais especificamente com relação à *Blatellagermanica*(barata "francesinha"), *Periplaneta americana* (barata de esgoto), *Rattusnorvegicus*(Ratazana) e *Mus musculus*(Camundongo) e outras espécies de insetos, expertise na aplicação dos produtos específicos de combate para cada um dos tipos de animal, e acompanhamento dos resultados com relatórios e descrição de possíveis inconformidades.

### **Protocolos de Boas Práticas do Serviço:**

Os protocolos de boas práticas do Serviços da Higienização serão discutidos com os responsável de cada unidade assistencial e comissão de controle de infecção em serviços de saúde da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, para adequá-lo ao perfil de cada serviço, seguindo as normas técnicas de controle, identificação, sinalizações, horários previstos de visitas e execução das atividades e acesso nas dependências internas do estabelecimento.

Os protocolos de Higienização tratarão principalmente da descrição da equipe e do serviço, dos princípios básicos da limpeza, dos procedimentos relativos à higienização detalhando-os por tipos e metodologia para o seu tratamento, também tratam entre outros temas das normas de conduta dos colaboradores. A seguir apresentamos alguns aspectos constantes nos protocolos, relacionados a Normas de Conduta:

#### **Comportamento:**

- Apresentar-se no local de trabalho devidamente uniformizado após ter registrado o seu ponto;
- Desenvolver as suas atividades com presteza e rapidez, respeitando a hierarquia da Instituição;
- Preservar o silêncio no ambiente de trabalho. Ter um tom de voz moderado, andar discreto e manusear adequadamente os materiais e equipamentos, evitando barulhos desnecessários;
- Bater à porta antes de entrar nas dependências onde vai atuar e cumprimentar clientes internos e externos;
- Tratar todos os clientes internos e externos como Senhor e Senhora;
- Evitar permanecer em grupos durante o seu horário de trabalho;
- Usar sempre o crachá de identificação funcional.

#### **Apresentação:**

- Apresentar-se diariamente ao serviço com o uniforme completo e limpo:
  - o Calça de elástico, blusa e sapatos próprios ao uniforme;
  - o Manter cabelos presos e arrumados;
  - o Usar apenas maquiagem discreta;
  - o Usar adornos somente pequenos e de cores discretas;

- o Manter unhas curtas e limpas e uso de esmaltes apenas de cores discretas.
- Para o sexo masculino deve ser observado:
  - o Calça com de elástico, camisa e sapatos próprios ao uniforme;
  - o Manter cabelos curtos e penteados;
  - o Manter barba feita;
  - o Uso discreto de adornos, inclusive aliança;
  - o Manter unhas limpas e curtas.

### **Proibições:**

- Não será permitido aos servidores em serviço:
  - o Introduzir pessoas estranhas ao serviço;
  - o Venda de rifas e qualquer tipo de comércio;
  - o Comer no ambiente de trabalho (deverão ser usadas áreas destinadas para este fim);
  - o Receber dinheiro de clientes internos e externos pelo trabalho prestado;
  - o Retirar material e equipamentos das dependências do ambiente de trabalho;
  - o Entrar em áreas restritas sem acompanhamento do supervisor ou responsável pela área;
  - o Uso do telefone nos locais de trabalho. Em caso de necessidade, solicitar ao encarregado ou supervisão;
  - o Atender solicitações de ordem pessoal de clientes internos e externos e/ou setores (compras de cigarro, xerox, mensagens, etc.)
  - o Usar equipamentos que não sejam próprios ao trabalho;
  - o Assistir TV nas recepções dos locais de trabalho.

### **Comportamento Ético**

- Zelar pelo bom nome da Instituição;
- Zelar pelo bom nome do serviço de higienização;
- Manter-se discreto sobre o que ouve e vê nas dependências do ambiente de trabalho;
- Não emitir opiniões negativas sobre a Instituição, o serviço e profissionais;
- Não fazer nenhum tipo de discriminação: religiosa, social, racial;

- Manter-se cooperativo com o seu grupo de trabalho e com a Instituição;
- Comunicar qualquer não conformidade identificada no seu local de trabalho ou áreas de circulação à liderança ou responsável pelo setor para que seja corrigida e com isso manter a qualidade do serviço.

### **BIO-Segurança**

- Será obrigatório o uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva – EPC de acordo com orientações atentando para evitar acidentes próprios ou de terceiros:
  - o Equipamentos de Proteção Individual (EPI): visando a proteção do colaborador durante a realização de determinadas tarefas. É composto de óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental impermeável ou não, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, vidros e outros.
  - o Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC): visando a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas. É composto de placas sinalizadoras, cones, fitas zebradas e outros.
- Fica proibida a utilização de cordas para a execução de serviços de limpeza externa de vidros.
- A empresa contratada deverá apresentar relação dos equipamentos e materiais de proteção individual e coletiva (EPI e EPC) utilizados por seus colaboradores;
- Comunicar à liderança as não conformidades na sua área de atuação ou áreas de circulação que estejam favorecendo ocorrências de acidentes;
- Utilizar corretamente materiais e equipamentos, não realizando improvisos que comprometam o seu funcionamento ou levem a acidentes.

### **Verificação da Qualidade**


- A verificação da qualidade do serviço terá procedimentos específicos inclusive visitas técnicas periódicas definidas junto com a Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, Segurança do Trabalho e o responsável do Setor da respectiva unidade assistencial a ser verificada.
- Mediante "checklist" serão avaliadas as atividades como:
  - o Pesquisa de satisfação aos clientes perante o serviço de higienização;
  - o Cumprimento do cronograma de higienização e limpeza;


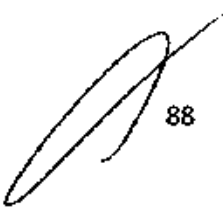



- o Cumprimento das atividades de rotina;
  - o Uso de EPI e EPC;
  - o Apresentação pessoal e com uso correto do uniforme.
- Os indicadores levantados acima descritos serão apresentados em relatórios ao responsável por cada unidade assistencial.

#### **Disposições gerais**

- A Limpeza da Unidade deve seguir normas técnicas recomendadas pela Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, principalmente, com respeito ao treinamento, reciclagem e supervisão sistemática do pessoal, relatório de ocorrências e demais determinações.
- Todos os produtos, materiais e equipamentos devem ser submetidos à prévia apreciação e aprovação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde da unidade Contratante.
- Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua composição, fabricante e utilização, deverão ter registro no Ministério da Saúde e serem comprovados mediante apresentação de cópia reprográfica do Certificado de Registro expedido pela Divisão de Produtos (DIPROD) ANVISA e Divisão de Produtos Saneantes Domissanitários (DISAD), da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
- As técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades descritas, observarão o disposto na Portaria n.º 2616, de 12/05/98, do Ministério da Saúde, Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e Manual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde do Ministério da Saúde.
- As técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde, deverão observar as normas da ANVISA, NBR 12.810, NBR 12.807 e NBR 12.809.
- O Serviço de Higiene deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: HIGIENIZAÇÃO
		POP: (HIGIENE + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

  
 88  


### 3.2 – IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA / FINANCEIRA

#### 3.2.1 – Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

##### PREÂMBULO

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

##### CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

**Art. 1º** – O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

**Art. 2º** - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

1. Prestar atendimento de enfermagem em regime de internação, utilizando-se de método assistencial.
2. Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino e saúde com as quais a HEMORREDE Pública Estadual de Goiás é conveniado;
3. Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
4. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
5. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.

*feito / dia*

6. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
7. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## **CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO**

**Art. 3º** – O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

**Art.4º** - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

1. Setor de Internação *leito / dia*
2. Setor de Materiais e esterilização (CME)
3. Ambulatório Geral
4. Lavanderia e Higienização

**Art. 5º** - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

1. Coordenador Geral de Enfermagem
2. Coordenador de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnicos de Enfermagem
5. Auxiliares de Enfermagem
6. Estagiários de Enfermagem
7. Auxiliar Administrativo
8. Maqueiro

**Art. 6º** - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

**Art. 7º** - O Coordenador Geral de Enfermagem será o representante do Serviço de Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

**Art. 8º** - A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínimo de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

**Art. 9º** - O Coordenador Geral de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado.

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superiores a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

**Art. 10º** - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria de Atenção à Saúde, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

**Art. 11º** - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEEn).

**Art. 12º** - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

### **CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS**

**Art. 13º** - A 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 necessário para atender às necessidades organizacionais <sup>da Unidade</sup> de Hospital, do próprio serviço, 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, com o objetivo de 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.
4. Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
5. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

**Art. 14º - Compete ao Setor de Internação leito/dia:**

1. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levantando as necessidades básicas dos pacientes, planejando as atividades de enfermagem de forma integral, personalizada e humanizada atendendo, assim, suas necessidades biopsicossomáticas.
2. Recuperar, manter e promover a saúde através do ensino do autocuidado, tornando o paciente o mais independente possível dessa assistência.
3. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.
4. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais.
5. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no hospital.
6. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE<sub>n</sub>).

**Art. 15º - Compete à Central de Materiais e Esterilização (CME):**

1. Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado e instrumentais usados nas Unidades.
2. Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores.
3. Realizar testes de segurança de esterilização.
4. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.
5. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

**Art. 16º - Compete ao Setor de Higienização:**

1. Preparar o ambiente para suas atividades.
2. Manter a ordem do ambiente.
3. Conservar equipamentos e instalações.
4. Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.
5. Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.
6. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.
7. Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.
8. Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.
9. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

**Art. 17º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn):**

1. Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN – 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde.
2. Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem.
3. Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade.
4. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
5. Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

#### **CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS**

##### **Art. 18º - Classificação das categorias profissionais:**

1. Enfermeiro RT /Coordenador Geral de Enfermagem
2. Enfermeiros Coordenadores de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnico de Enfermagem
5. Auxiliar de Enfermagem
6. Estagiários de enfermagem
7. Auxiliar Administrativo
8. Maqueiro.

##### **Art. 19º - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.**

1. Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar quite com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.
2. Enfermeiro Coordenador de Setor: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; Estar quite com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor.



18. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade.
19. Participar das reuniões da CCISS e do CTGRSS.
20. Zelar pelo patrimônio e imagem da unidade.
21. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais.
22. Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade.
23. Manter a Diretoria de Atenção à Saúde informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade.
24. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade.
25. Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada.
26. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe.
27. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;
28. Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

Enfermeiro Coordenador de Setor:

1. Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação leito/dia, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar:
  - Evolução clínica dos pacientes
  - Medicamentos pendentes (observar as justificativas)
  - Materiais em falta
  - Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros)
  - Supervisionar a passagem do CME
2. Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades.

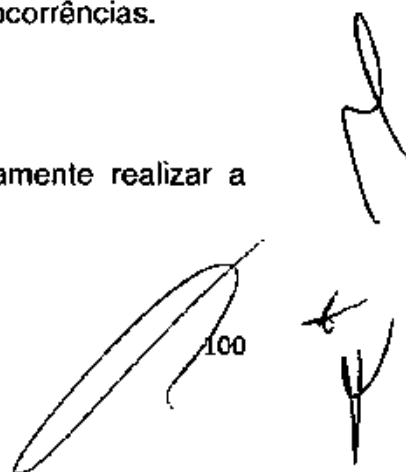
3. Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Auxiliares (Assinar e registrar o número do COREN).
4. Observar as solicitações de exames e encaminhá-las.
5. Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias.
6. Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho.
7. Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes internados em leito/dia, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias. Nesse momento, verificar o tempo de permanência dos pacientes e pendências relacionadas à internação leito/dia.
8. Evoluir os pacientes, com o (a) enfermeiro (a) assistencial.
9. Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos.
10. Verificar a validade do material do CME.
11. Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas.
12. Elaborar distribuição dos auxiliares para o período da tarde.
13. Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo.
14. Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames.
15. Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde).
16. Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade.
17. Controlar entorpecentes e carro de emergência.
18. Observar os encaminhamentos de: exames, consultas, retornos.
19. Realizar reposição dos impressos.
20. Conferir materiais solicitados ao almoxarifado e supervisionar a conferência do auxiliar de enfermagem ou auxiliar administrativo das medicações enviadas pela farmácia para os pacientes internados, conforme a prescrição médica do dia.
21. Dirigir-se a sala do (a) Coordenador Geral de Enfermagem:
  - Passar o plantão
  - Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim
22. Realizar treinamento em serviço.
23. Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem e

18. Lançar no Sistema os indicadores citados no item 17.
19. Participar diretamente no processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção.
20. Realizar avaliação de desempenho semestral.
21. Participar das reuniões da CCISS quando o assunto pertinente for higienização.
22. Participar das reuniões do CGRSS.
23. Participar do processo de padronização dos saneantes.
24. Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

Enfermeiro Assistencial: No período da manhã (de 07:00 às 13:00 horas)

1. Fazer o histórico de enfermagem na admissão do paciente.
2. Fazer o diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade.
3. Fazer as evoluções dos pacientes sob a sua responsabilidade.
4. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.
5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
6. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
7. Participar da passagem de plantão no início do turno.
8. Visitar os pacientes, conferindo os mesmos, com o censo eletrônico impresso pela enfermeira do **SN** e o relatório de enfermagem.
9. Passar para o Enfermeiro Principal as necessidades relacionadas aos pacientes internados.
10. No início do período, iniciar o relatório de enfermagem.
11. Aprazar as medicações ou conferir o aprazamento eletrônico, observando a prescrição da véspera e realizando as modificações necessárias.
12. Realizar as admissões.
13. No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências.
14. No final do período, participar da passagem de plantão;
15. Emitir novo censo da unidade.
16. Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

100



Enfermeiro Assistencial: No período da tarde (de 13:00 às 19:00 horas)

1. Fazer o histórico de enfermagem na admissão do paciente.
2. Fazer o diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.
3. Anotar a evolução dos pacientes sob sua responsabilidade.
4. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade.
5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
6. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
7. Participar da passagem de plantão no início do período.
8. Visitar os pacientes, conferindo os mesmos com o censo eletrônico impresso no período da manhã com o Relatório de enfermagem e fazer os registros necessários no impresso Observação de enfermagem.
9. Verificar o aprazamento das medicações: realizar ajustes, observar medicações em falta, (assinar e registrar o número do COREN).
10. Realizar as admissões conforme rotina da unidade.
11. Repor o carro de emergência quando necessário e diariamente realizar a conferência do lacre, registrando no impresso apropriado.
12. Realizar uma ronda na unidade: dando baixa nas altas.
13. Atualizar o censo eletrônico.
14. Fechar o relatório de enfermagem.
15. Registrar as ocorrências em livro apropriado.
16. Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.
17. No final do período, passar o plantão para o enfermeiro (a) que irá trabalhar no próximo turno.

Técnico de Enfermagem

1. Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
2. Admitir e orientar os pacientes na unidade.
3. Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira.
4. Prestar assistência de enfermagem a pacientes graves sob a supervisão da

enfermeira.

5. Fazer o registro das anotação de enfermagem e das atividades executadas.

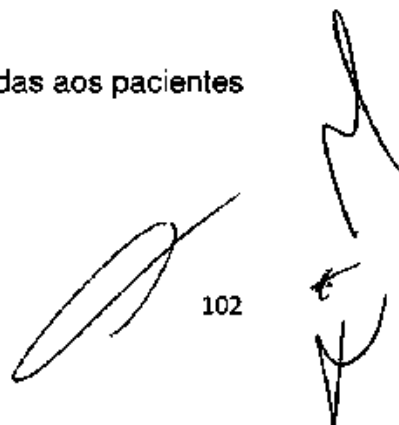
#### Auxiliar de Enfermagem

1. Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
2. Admitir e orientar os pacientes na unidade.
3. Executar os cuidados de enfermagem planejados.
4. Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.
5. Preparar os pacientes para cirurgia e/ou exames complementares.
6. Prestar assistência no período pós-operatório.
7. Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.
8. Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

#### Estagiário de Enfermagem - Nível Superior

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível superior deverão desempenhar suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade de internação que o estudante estiver lotado, significando que os registros do graduando de enfermagem no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro do COREN-GO de um Enfermeiro.

1. Fazer o histórico de enfermagem na admissão do paciente.
2. Fazer o diagnóstico de enfermagem dos pacientes.
3. Fazer as evoluções dos pacientes.
4. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes.
5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves acompanhados por um Enfermeiro.
6. Participar da passagem de plantão no início do turno.
7. Passar para o Enfermeiro Principal as necessidades relacionadas aos pacientes internados.
8. Realizar as admissões.



9. Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.
10. No final do período participar da passagem de plantão.

#### Estagiário de Enfermagem - Nível Médio

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Os estagiários de enfermagem de nível médio deverão desempenhar as suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade de internação que estiver lotado, significando que os registros do estudante no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro no COREN-GO de um Enfermeiro.

1. Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
2. Admitir e orientar os pacientes na unidade.
3. Executar os cuidados de enfermagem planejados.
4. Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.
5. Preparar os pacientes para cirurgia e/ou exames complementares.
6. Prestar assistência no período pós-operatório.
7. Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.
8. Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

#### Auxiliar Administrativo

1. Atualizar o censo diário de pacientes da unidade.
2. Realizar o estorno de materiais médico-hospitalar para a farmácia, sob a orientação do enfermeiro.
3. Solicitar, sob a orientação do enfermeiro, materiais e medicamentos para prover a unidade.
4. Organizar os materiais e medicações na unidade de internação leito/dia.
5. Encaminhar material para exames de laboratório como: sumário de urina, fezes, uroculturas, escarros e outros, no início da manhã e quando necessário.
6. Encaminhar as solicitações de exames laboratoriais de urgência.

7. Sob a orientação do enfermeiro, prover a unidade com material de CME (Ex: frasco estéril, borracha de silicone, compressas, pinças de curativos, umidificadores e frascos de aspiração, máscaras de Venturi e Nebulização, de gazes e outros).
8. Realizar controle dos equipamentos e monitorar os empréstimos sob a supervisão do enfermeiro.
9. Receber e conferir as medicações dispensadas pela farmácia. Quando ocorrer troca e/ou falta de medicação a correção deverá ser efetuada imediatamente junto à farmácia. A enfermeira da unidade deverá ser informada.
10. Protocolar e encaminhar as prescrições médicas para a farmácia à medida que forem liberadas pelos médicos.
11. Realizar o CheckList dos prontuários e encaminhá-los protocolados para o SAME à medida que ocorrem as saídas dos pacientes.
12. Atualizar os nomes dos pacientes nos leitos correspondentes nas enfermarias.
13. Receber resultados de exames mediante conferência com censo diário e guardar devidamente nos respectivos prontuários.
14. Arrumar diariamente os prontuários conforme a padronização (Ficha de Admissão e Termo de Consentimento, Impressos Médicos, Respostas de Consulta, Impressos Pré e Pós-operatório, Impressos de Enfermagem, Outros Profissionais e Exames).
15. Passar o plantão para o enfermeiro registrando em ocorrência.

#### Maqueiro

1. Realizar o transporte do paciente com segurança entre as unidades de atendimento.

### **CAPÍTULO VI - DO HORÁRIO DE TRABALHO**

**Art.21º** - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 12 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Na elaboração da escala mensal de serviço as folgas consecutivas não deverão ultrapassar a 04 (cinco), sem autorização escrita do Coordenador Geral de Enfermagem.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - As escalas de serviço, do próximo mês, deverão ser encaminhada para o Recursos Humanos (RH) até o dia 10 (dez) do mês em curso.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - As trocas na escala de serviço durante o mês deverão ser realizadas com 48 horas de antecedência, salvo por necessidade do serviço.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Só serão permitidas 04 (quatro) trocas mensais. Uma quinta troca implicará na autorização por escrito do Coordenador Geral de Enfermagem.

**PARÁGRAFO QUINTO** - As trocas que representem uma jornada de trabalho de 24 (vinte e quatro) horas implicará na autorização do Coordenador Geral de Enfermagem.

**PARÁGRAFO SEXTO** - As faltas nos feriados e nos finais de semana sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - As faltas nos dias úteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares.

## **CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art.22º** - Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.



**Art.23º** - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

**Art.24º** - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

**Art.25º** – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pela Direção Técnica da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, pela Diretoria de Atenção à Saúde e pelo Coordenador Geral de Enfermagem.

### **SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem representa a base científica para a organização da assistência prestada aos pacientes e, por isso, deverá ser embasada em uma teoria de enfermagem que dará sustentação a sua prática. A Teoria de Enfermagem a ser implantada no Serviço de Enfermagem da Hemorrede Pública Estadual de Goiás terá como base legal a Resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e como base científica os referenciais teóricos de Wanda de Aguiar Horta, por conter elementos conceituais que se identificam com a prática do cuidar nesta unidade assistencial, uma vez que define como razão de ser da enfermagem o uso da ciência e da arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, visando o resgate de sua capacidade para auto cuidar-se, em colaboração com outros profissionais da equipe multiprofissional.

O Processo de Enfermagem a ser implantado constará das seguintes fases:

**I – Coleta de dados de Enfermagem (anamnese e exame físico) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas (técnicas propedêuticas: observação, palpação, percussão e ausculta), que tem por finalidade a obtenção de informações sobre o indivíduo e sobre suas respostas ao processo saúde e doença. Deverá subsidiar a análise de sinais e sintomas físicos, social, psicológicos e culturais para a definição dos Diagnóstico de Enfermagem.**

**II – Diagnóstico de Enfermagem** – é o julgamento das reações do indivíduo a problemas reais ou potenciais de saúde. É um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os problemas de enfermagem que requerem intervenções de enfermagem. Deverá utilizar como base o sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I.

**III – Planejamento de Enfermagem** – É a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas visando a obtenção dos resultados esperados.

**IV – Implementação** – É a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Traduz-se, na prática, pelas definições dos itens da Prescrição de Enfermagem, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade.

**V – Avaliação de Enfermagem** – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo sobre as ações ou intervenções de enfermagem e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem, com vista a obtenção dos resultados esperados.

A SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, uma vez que os registros dos profissionais de enfermagem são fontes de informações relevantes e imprescindíveis para o acompanhamento dos níveis de qualidade e segurança da assistência de enfermagem. Os registros de enfermagem no prontuário do paciente serão estruturados a partir de um padrão previamente estabelecido, dentro das normas requeridas pela legislação, utilizando terminologias de enfermagem, de modo a contribuir com a construção de indicadores de qualidade para uma maior segurança dos cuidados prestados. São registros de Enfermagem:

- **Evolução de Enfermagem:** Registro privativo do enfermeiro, feito após avaliação do estado geral do paciente, a cada 24 horas ou após intercorrências. São de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de permanência do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e nº **COREN-ES.**

- Anotação de Enfermagem: Visa fornecer informações a respeito da assistência prestada, assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações. Deve conter assinatura e CORENGO do profissional que efetuou o registro.

Para o registro da assistência deverão ser utilizados os modelos abaixo descritos:

<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização		<b>SERVIÇO ENFERMAGEM HEMORREDE PÚBLICA</b>			
<b>Histórico de Enfermagem</b>					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
NOME E SOBRENOME:			Nº PRONTUÁRIO:	Nº LEITO:	DATA:
RELIGIÃO:	IDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO: <input type="checkbox"/> SIC <input type="checkbox"/> NÃO SABE INFORMAR			
<b>HISTÓRIA ATUAL</b>					
QUEIXA PRINCIPAL:			INÍCIO: <input type="checkbox"/> SÚBITO <input type="checkbox"/> PROGRESSIVO		
SINAIS E SINTOMAS	<input type="checkbox"/> PALIDEZ <input type="checkbox"/> CIANOSE <input type="checkbox"/> MAL ESTAR <input type="checkbox"/> FRAQUEZA <input type="checkbox"/> SUDORESE <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> ICTERIA	<input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> VÔMITO, Nº VEZES <input type="checkbox"/> OUTROS:			
<b>ANTECEDENTES</b>					
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> NEFROPATIA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> HEPATOPATIA <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> TÓXICO <input type="checkbox"/> NEOPLASIA	<input type="checkbox"/> OUTROS:	
INTERNAMENTO ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DATA:	MOTIVO:		
TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SABE INFORMAR			REAÇÕES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - CITAR:					
MEDICAÇÕES EM USO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - CITAR:					
<b>EXAME FÍSICO</b>					
SINAIS VITAIS	PA=	P=	FR =	T=	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input type="checkbox"/> LUCIDO <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> AGITADO				
PUPILAS	<input type="checkbox"/> ISOCORIA <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> PARALÍTICAS <input type="checkbox"/> FOTOREAGENTE				
NUTRIÇÃO	PESO 52 kg	ALTURA 1.72m	<input type="checkbox"/> BAIXO PESO <input type="checkbox"/> SOBREPESO <input type="checkbox"/> OBESO		
HIGIENE CORPORAL	<input type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> SUJIDADE CORPORAL VISIVEL				
PELE	<input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> MANCHAS <input type="checkbox"/> TURGOR DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> ELASTICIDADE DIMINUÍDA <input type="checkbox"/> LESÃO:				
MUCOSA / ESCLERÓTICA	<input type="checkbox"/> NORMOCROMICA <input type="checkbox"/> HIPOCROMICA <input type="checkbox"/> HEMORRÁGICA <input type="checkbox"/> ICTÉRICA				
CAVIDADE ORAL	<input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> LÍNGUA SABURROSA <input type="checkbox"/> HALITOSE <input type="checkbox"/> OUTROS:				
CABEÇA PESCOÇO	<input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO: <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> ESTASE DE JUGULAR <input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE NUCA <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO:				
TÓRAX	<input type="checkbox"/> SIMETRICO <input type="checkbox"/> ASSIMETRICO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO:				
PADRÃO VENTILATÓRIO	<input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> SIBILOS <input type="checkbox"/> CREPTOS <input type="checkbox"/> RONCOS <input type="checkbox"/> OUTROS:				
MAMAS	<input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO:				
ABDOME	<input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> ESCAVADO <input type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> ASCITICO <input type="checkbox"/> FLACIDO <input type="checkbox"/> TENSO <input type="checkbox"/> DOLOROSO				
GENITALIA / ANUS	<input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> ASSADURA <input type="checkbox"/> HIPEREMIA <input type="checkbox"/> OUTROS:				

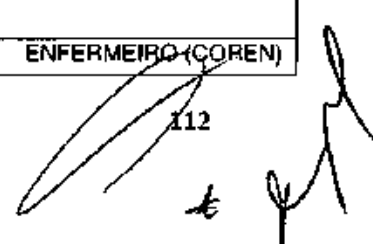
MMSS MMII	<input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DOR (MSD) <input type="checkbox"/> OUTRO: <input type="checkbox"/> NDN <input type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> EDEMA (MID) <input type="checkbox"/> DOR (MID) <input type="checkbox"/> OUTRO:	
	<b>NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS</b>	
SONO E REPOUSO: <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO:		
ALIMENTAÇÃO/HIDRATAÇÃO: <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO:		
DIURESE: <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> RETENÇÃO <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS:		
EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO:		
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>		
USO DE PRÓTESE: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - TIPO:		USO DE MARCAPASSO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM

Ass /COREN

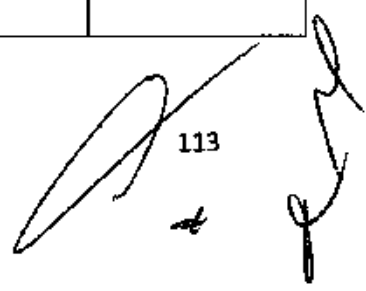
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização		<b>SERVIÇO ENFERMAGEM HEMORREDE PÚBLICA</b>			
<b>Avaliação de Risco</b>					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
NOME E SOBRENOME:			Nº PRONTUÁRIO:	Nº LEITO:	DATA:
<b>RISCO DE QUEDA</b>					
Considerar existência de risco de queda quando assinalado "X" em um ou mais itens.					
<input type="checkbox"/> Idade < 5 ou > 65 anos	<input type="checkbox"/> Distúrbio neurológico (ex.: Convulsão, etc.)		<input type="checkbox"/> Fazendo uso de sedativo ou pós sedação		
<input type="checkbox"/> Agitação ou confusão	<input type="checkbox"/> Déficit sensitivo		<input type="checkbox"/> Dificuldade de marcha		
Fonte: BORK, A.M.T., Enfermagem de Excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1ª ed, 2003					
<b>RISCO DE FLEBITE</b>					
<input type="checkbox"/> Idade > 65 anos			<input type="checkbox"/> Risco de infecção sistêmica (>72h de internação; proced. invasivo)		
<input type="checkbox"/> Múltiplas punções venosas periféricas			<input type="checkbox"/> Dificuldade de imobilização cateter / membro		
<input type="checkbox"/> Infusão IV > 90ml/h			<input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situação de emergência		
<input type="checkbox"/> Fragilidade capilar			<input type="checkbox"/> Infusão de solução hipertônica		
<input type="checkbox"/> Esclerose venosa grave			<input type="checkbox"/> Infusão de KCl > 20mEq/h ou 200mEq/h		
<input type="checkbox"/> Uso de drogas vesicantes (QT, Clatromicina, Amlodarona)			<input type="checkbox"/> Punção periférica anterior no mesmo local < 72h		
Fonte: BORK, A.M.T., Enfermagem de Excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 1ª ed, 2003					
<b>RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO – UPP</b>					
Cada item marcado tem o valor correspondente à sua coluna, devendo ser referência para a obtenção do score total de avaliação de risco					
	1	2	3	4	
SENSORIO	<input type="checkbox"/> Completamente limitado	<input type="checkbox"/> Muito limitado	<input type="checkbox"/> Levemente limitada	<input type="checkbox"/> Nenhuma limitação	
UMIDADE	<input type="checkbox"/> Pele sempre úmida	<input type="checkbox"/> Pele muito úmida	<input type="checkbox"/> Pele ocasionalmente úmida	<input type="checkbox"/> Pele seca	
ATIVIDADE	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Anda ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Anda frequentemente	
MOBILIDADE	<input type="checkbox"/> Completamente imobilizado	<input type="checkbox"/> Muito limitado	<input type="checkbox"/> Levemente limitado	<input type="checkbox"/> Nenhuma limitação	
NUTRIÇÃO	<input type="checkbox"/> Muito pobre	<input type="checkbox"/> Provavelmente inadequada	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Excelente	
FRICÇÃO	<input type="checkbox"/> Requer ajuda constante	<input type="checkbox"/> Requer ajuda mínima	<input type="checkbox"/> Nenhum problema		
5 a 10 pontos: ALTO RISCO		16 a 19 pontos: BAIXO RISCO		TOTAL DE PONTOS:	
11 a 15 pontos: MODERADO RISCO		20 pontos: SEM RISCO			
Fonte: Adaptada da escala de Braden					
<b>RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO</b>					
<b>FATORES DE RISCO</b>			<b>MEDIDAS PREVENTIVAS</b>		
<input type="checkbox"/> Idade > 60 anos		<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia		Elevação de cabeceira	
<input type="checkbox"/> Lesão neurológica		<input type="checkbox"/> Uso de sonda alimentar		Desligar dieta para banho e fisioterapia	
<input type="checkbox"/> Rebaixamento sensorial		<input type="checkbox"/> Doença demencial		Fixação da sonda	
<input type="checkbox"/> Período intubação > 7 dias		<input type="checkbox"/> Acúmulo de saliva e alimento em cavidade oral		Limpeza oral	
				Medicação para diminuição da produção salivar	
				Fonoterapia	
				Mudança de Consistência Alimentar	
GRAU DE RISCO: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto					
<b>OUTROS RISCOS</b>					
ENFERMEIRO (COREN)					

<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização		<b>SERVIÇO ENFERMAGEM HEMORREDE PÚBLICA</b> Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem	
<b>NOME:</b>		<b>Prontuário:</b>	
Idade:	Sexo: [ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ]	Data:	
<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>			
<b>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>APRAZAMENTO</b>	
		ENFERMEIRO (COREN)	

112  


<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização	<b>SERVIÇO ENFERMAGEM HEMORREDE PÚBLICA</b> Registros de Enfermagem	
<b>NOME:</b>	<b>Prontuário:</b>	
Idade:	Sexo: [ ] M [ ] F	
<b>OBSERVAÇÃO/EVOLUÇÃO</b>		<b>[ASSE/COREN]</b>

  
113

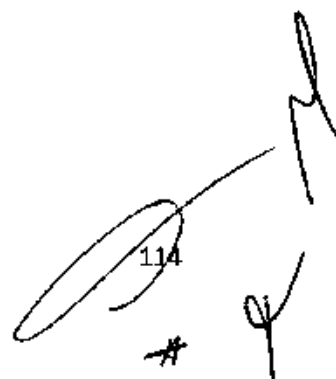



**Observações:**

1. Além da implantação da SAE, todos os procedimentos técnicos e rotinas administrativas estarão definidos em protocolos padrões de boas práticas, e estarão disponibilizados, a partir do 3º mês da assinatura do contrato, e acessíveis a todos os profissionais, atualizados e revisados a cada dois anos, assinados pelo respectivos RTs (Responsável Técnico).
2. São exemplos de protocolos a serem implantados pelo Serviço de Enfermagem:
  - Protocolo de Técnicas Básicas de Enfermagem
  - Protocolo de Preparo e Administração de Medicamentos e Soluções
  - Protocolo de Transporte de Pacientes
  - Protocolo de Prevenção de Queda de Pacientes
  - Protocolo de Prevenção de Flebites
  - Protocolo de Prevenção de Sepses
  - Entre outros

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais de enfermagem para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

114  
#



 Instituto de Gestão e Humanização	<b>HEMORREDE PÚBLICA DE GOIÁS</b>  <b>Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Enfermagem POP: (ENF + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     / Revisado em:     /     /
<b>SETOR:</b>		
PROCEDIMENTO:		
LOCAL DE EXECUÇÃO:		
EXECUTANTE:		
RESULTADOS ESPERADOS:		
MATERIAL NECESSÁRIO:		
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:		
CUIDADOS ESPECIAIS:		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

### 3.2.2- Proposta para Regimento do Corpo Clínico

#### **CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO**

**Art. 1º** - O Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS é representado pelo conjunto de médicos que atuam nesta instituição e, como unidade técnica-administrativa, é responsável pela coordenação das atividades médicas, diagnósticas e terapêuticas, em seus objetivos de assistência à saúde, ensino e pesquisa.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS possui autonomia e responsabilidade técnica, profissional, científica, política e cultural, devendo zelar pela conduta técnica, ética, moral e humanitária dos seus profissionais, assim como o bom desempenho e imagem institucional.

**Art. 2º** - Os médicos do Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS se representam nas seguintes categorias:

**Membros Efetivos** - são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vínculo trabalhista de CLT, independente da carga horária contratada, seja ela em regime de diarista e/ou plantonista.

**Membros Credenciados:** são os médicos que exerçam suas atividades profissionais por meio de vínculo com empresas médicas contratadas ou cooperativas que prestam serviços à unidade, assim como os que estiverem ligados a outras instituições.

**Membros à Disposição:** são os profissionais médicos cedidos formalmente à HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS pelo poder público municipal, estadual ou federal, por meio da lotação funcional ou exercício de função, que regimentalmente passam a integrar o Corpo Clínico desta Instituição.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Outras modalidades poderão ser criadas conforme a demanda da Instituição.

## CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

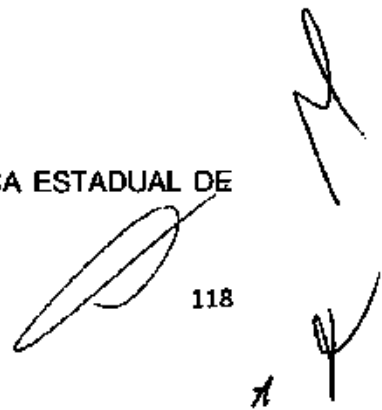
**Art. 3º** - São objetivos do Corpo Clínico:

- a) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica do Estado de Goiás, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS, seu Regimento Interno e suas Normas Técnicas, assim como este instrumento regimental normativo.
- b) Contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de atingir toda a potencialidade resultante em benefício dos usuários da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- c) Contribuir para o bom desempenho do profissional médico e da equipe de saúde, inclusive no que se refere à colaboração na assistência a pacientes sobre responsabilidade de outros profissionais médicos.
- d) Assegurar a melhor assistência aos usuários da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS, garantindo o atendimento global ao paciente em regime ambulatorial, de emergência e internação, bem como o suporte emocional e informativo aos familiares e/ou responsáveis.
- e) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos em aprendizado e demais discentes da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- f) Produzir e estimular a pesquisa médica no âmbito da Instituição.
- g) Cooperar com a administração da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS, objetivando a melhoria da assistência prestada.
- h) Revisar anualmente, ou conforme necessidade, as rotinas assistenciais existentes, objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.
- i) Propor diretrizes de atuação em assuntos que propiciem melhoria na qualidade do produto ofertado nas áreas de atuação da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- j) Participar de programas de promoção e manutenção da saúde adequada às necessidades de demanda da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- k) Estimular e promover estudos com o objetivo de identificar melhorias da assistência prestada, inclusive no que se refere à participação efetiva nas diversas comissões hospitalares.

- l) Primar pela qualidade da relação médico-paciente e equipe de saúde, promovendo estudos que possam ampliar o conhecimento do perfil comportamental do paciente e seus familiares, necessário ao estímulo de suas participações no processo terapêutico.
- m) Oferecer as condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- n) Zelar pela qualidade do prontuário do paciente, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável.
- o) Colaborar e participar ativamente nos programas e projetos de ensino e pesquisa da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- p) Promover o desenvolvimento das atividades de recuperação e manutenção da saúde dos pacientes da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- q) Promover intercâmbio com instituições que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar.
- r) Proporcionar e viabilizar as funções de ensino, pesquisa e extensão objetivando a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde.
- s) Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho e/ou de suporte às atividades desenvolvidas.
- t) Desenvolver outras atividades correlatas na sua área de atuação.
- u) Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina.
- v) Comunicar aos órgãos diretivos, e ao Conselho Regional de Medicina da Goiás, quando for indicação, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.
- w) Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial e respeitoso.

### **CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO**

**Art. 4º** - A composição do corpo clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS será a seguinte:



O Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS deve ser composto exclusivamente por profissionais médicos devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e que estejam exercendo ativamente suas funções nesta Instituição, sendo representado por um Coordenador Médico, subordinado ao Diretor Técnico, responsáveis pela coordenação e condução das atividades, atuando em toda estrutura onde a HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS desenvolve suas atividades.

O Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS encontra-se organizado nas seguintes clínicas:

- Clínica Hematológica Adulto
- Clínica Hematológica Pediátrica
  
- PARÁGRAFO ÚNICO - Cada clínica que compõe a estrutura organizacional médico-assistencial terá um coordenador.

**Art. 5º** - São atribuições do coordenador de clínicas assistenciais:

- a) Supervisionar e coordenar as atividades de sua clínica.
- b) Organizar a escala de férias e indicar substituições em sua área de responsabilidade, conjuntamente com o Coordenador Médico.
- c) Coordenar a elaboração de rotinas e protocolos relativos à sua área de responsabilidade.
- d) Promover reuniões gerenciais e assistenciais de forma regular e periódica, com o objetivo de organizar as atividades assistenciais, estimular o ensino e o conhecimento científico, assim como a gestão da unidade.

#### **CAPÍTULO IV - DA REPRESENTAÇÃO E PROCESSO DE ESCOLHA**

**Art. 6º** - O Corpo Clínico é coordenado e representado pelo Coordenador Médico e, na(s) sua(s) impossibilidade(s), pelo seu respectivos substituto. O Coordenador Médico será eleito a cada 30 (trinta) meses, por votação direta e secreta, em Processo Eleitoral do Corpo Clínico especialmente convocado para essa finalidade por meio de Edital interno do Diretor Técnico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL

DE GOIÁS por maioria simples de votos, podendo haver reeleição do mesmo por até 4 (quatro) mandatos consecutivos. O Edital deverá ser exposto com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

PARAGRÁFO ÚNICO: O Diretor Técnico será indicado e nomeado pela Secretaria de Estado da Saúde Goiás, e deverá pertencer ao seu quadro de servidores efetivos. ✓

## CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS

**Art. 7º** - À Diretoria Técnica compete:

- a) Assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico, em benefício da saúde da população usuária de seus serviços.
- b) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sendo o responsável para prover as condições necessárias ao seu funcionamento.
- c) Representar a HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS em suas relações com as autoridades médicas e sanitárias, quando o exigirem as leis em vigor.
- d) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigência.
- e) Comunicar ao CRM, por escrito, ao assumir ou deixar definitivamente o cargo.
- f) Assegurar espaço físico adequado para o funcionamento das atividades do corpo clínico da Unidade.


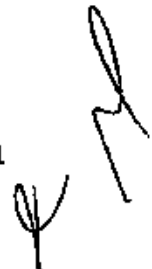
**Art. 8º** - À Gerência Médica da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS compete:

- a) Exercer a Gerência Clínica e representar o Corpo Clínico em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente, ou que venham a existir, assim como externamente sempre que necessário ou solicitado pela Diretoria Técnica.

- b) Presidir as Assembleias do Corpo Clínico.
- c) Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas e as atividades de assistência do Corpo Clínico, estimulando em cada um o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a moral e a ética médica e o espírito científico.
- d) Acompanhar os trabalhos de cada clínica e seus coordenadores, com vistas à prestação da melhor assistência ao paciente.
- e) Indicar os representantes do Corpo Clínico nas diversas comissões de assessoria técnica e análise de desempenho existente na unidade.
- f) Assegurar a assistência médica integral, geral e especializada, ao paciente em todas as fases do seu atendimento.
- g) Elaborar e revisar, regularmente e sempre que necessário, normas, rotinas e procedimentos direcionados ao Corpo Clínico, bem como zelar pelo seu cumprimento.
- h) Participar ativamente das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na unidade.
- i) Estimular a participação de todos os membros nos eventos científicos organizados pela Unidade, com vistas ao aperfeiçoamento técnico.
- j) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico, bem como pelos regulamentos institucionais e pela sua boa imagem.
- k) Comunicar aos órgãos diretivos, e quando necessário ao Conselho Regional de Medicina de Goiás, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.
- l) Comunicar, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, a posse / afastamento, ou a substituição desta função, sempre que ela ocorrer, mesmo que temporariamente.

**Art. 9º - Aos Membros do Corpo Clínico compete:**

- a) Frequentar as instalações da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS, valendo-se dos recursos técnicos e meios de diagnóstico disponíveis para promover o melhor atendimento aos seus pacientes.

121  
\*  



**PARAGRÁFO ÚNICO:** O uso de equipamentos e instrumentos e a utilização de medicamentos poderão ser restringidos por normas relativas à qualificação e treinamento dos membros e limitados pela observância de Protocolos Assistenciais de cada serviço.



- b) Participar das Assembleias e Reuniões Técnico-Científicas do Corpo Clínico.
- c) Participar das comissões permanentes e temporárias da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.
- d) Votar e ser votado nas eleições deliberativas.
- e) Eleger o Coordenador Médico, bem como a Comissão de Ética Médica.
- f) Elaborar adequadamente os prontuários dos pacientes sob seus cuidados, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável.
- g) Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina.
- h) Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.
- i) Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial, colaborativo e respeitoso.
- j) Receber a remuneração sem intermediação ou desconto e sem retenção.

## **CAPÍTULO VI - DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS DO CORPO CLÍNICO**

**Art. 10º** - A Assembleia Geral é o órgão máximo de decisão do Corpo Clínico.

**PARAGRÁFO PRIMEIRO** - O Corpo Clínico deliberará por meio de Assembleias Gerais Ordinárias convocadas pelo Diretor Técnico com antecedência mínima de 10 (dez) dias, instalando-se, em primeira convocação, com quórum mínimo de 2/3 de seus membros e, em segunda convocação, após uma hora, com qualquer número de membros.

**PARAGRÁFO SEGUNDO** - As deliberações se darão por maioria simples de votos.

  
122  


PARAGRÁFO TERCEIRO - Extraordinariamente, as Assembleias poderão ser convocadas com 24 horas de antecedência pelo Diretor Técnico ou por solicitação de pelo menos 1/3 dos membros do Corpo Clínico.

PARAGRÁFO QUARTO - A Diretoria Geral poderá solicitar a realização de Assembleias Extraordinárias por meio do Diretor Técnico.

## **CAPÍTULO VII - DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

Art. 11º - A Comissão de Ética Médica é regida pela Resolução CFM Nº 2.152/2016, destacando que a Comissão de Ética Médica será composta de membros efetivos e suplentes, sempre em número proporcional ao de membros do Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.

PARAGRÁFO PRIMEIRO - A eleição da Comissão de Ética será feita pela votação direta e secreta de todos os médicos pertencentes ao Corpo Clínico e o mandato será conforme normas vigentes estabelecidas pelo CFM.

PARAGRÁFO SEGUNDO - As eleições serão convocadas pelo Coordenador Médico com antecedência de 30 dias, com prazo de inscrição até 14 dias antes da data da assembleia que a elegerá.

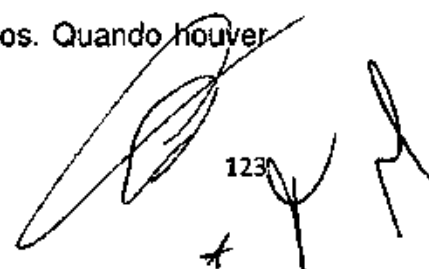
PARAGRÁFO TERCEIRO - Os candidatos à Comissão de Ética se inscreverão individualmente junto ao Coordenador Médico, que nomeará uma junta eleitoral para coordenar as eleições.

PARAGRÁFO QUARTO - O mandato da Comissão de Ética Médica será coincidente com o da Gerência Médica, sendo permitida a recondução ao cargo.

PARAGRÁFO QUINTO - A presidência da Comissão será exercida pelo membro que obtiver o maior número de votos, escolhendo entre os demais membros o seu secretário.

PARAGRÁFO SEXTO - Em caso de vacância do cargo, será convocado a preenchê-la o suplente que tiver obtido o maior número de votos. Quando houver

123



vacância de metade ou mais dos cargos, será convocada nova eleição para complementar o mandato.

**Art. 12º** - Compete à Comissão de Ética Médica:

- a) Zelar pelos princípios da ética médica.
- b) Supervisionar e orientar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica.
- c) Comunicar ao CRM o exercício ilegal da medicina.
- d) Manter atualizado o cadastro de médicos na Instituição.
- e) Colaborar com o CRM na tarefa de educar, divulgar e orientar sobre temas relativos à ética médica.
- f) Instaurar sindicâncias, apurar e emitir relatório circunstanciado de todas as infrações que cheguem ao seu conhecimento.

#### **CAPÍTULO VIII - DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES**

**Art. 13º** - Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator, sujeito às penalidades deste Regimento quando:

- a) Infringir o Código de Ética Médica e as determinações dos Conselhos Federal de Medicina – CFM e o Conselho Regional de Medicina de Goiás – CRM/GO.
- b) Infringir o Estatuto da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS, quando houver conotação ética.
- c) Infringir as normas estabelecidas neste Regimento.

**PARAGRÁFO PRIMEIRO** - Nos casos de suspeita ou indício de infração, a Comissão de Ética instaurará sindicância, apurará e, no prazo de trinta dias, encaminhará a conclusão ao Coordenador Médico para aplicação da punição.

**PARAGRÁFO SEGUNDO** - Nos casos de suspeita de infração de caráter ético, o resultado será encaminhado ao CRM, que julgará e, se for o caso, aplicará a punição.

**PARAGRÁFO TERCEIRO** - Será garantido ao acusado o amplo direito à defesa.

**Art. 14º** - Os Membros do Corpo Clínico que forem considerados transgressores estarão sujeitos às seguintes penalidades:

- a) Advertência Verbal.
- b) Advertência Escrita.
- c) Suspensão por 30 dias de suas atividades na Unidade.
- d) Exclusão do Corpo Clínico.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** As penalidades aplicadas por transgressão a normas administrativas ou regimentais obedecerão à gradação acima, exceto nos casos de incontestável gravidade, a juízo a Comissão de Ética e Gerência Médica.

#### **CAPÍTULO IX - DAS COMISSÕES/COMITÊS TÉCNICOS**

**Art. 15º** - São Comissões/Comitês Técnicos Permanentes do Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS:

1. A Comissão de Ética Médica.
2. A Comissão de Revisão de Prontuário.
3. Comissão de Captação de Doadores.
4. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
5. Comissão de Gerenciamento de Resíduos.

**Art. 16º** - Serão Comissões Temporárias da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS as criadas segundo a necessidade de melhor organizar os trabalhos desta Instituição.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A duração das Comissões Temporárias não poderá exceder o prazo de seis meses. Caso haja necessidade de extensão dos seus trabalhos por um período maior, elas serão transformadas em Comissões Permanentes e deverão seguir as regras estabelecidas para estas.

#### **CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS**

**Art. 17º** - Os atos médicos que impliquem grande risco de vida, incapacidade física permanente ou interrupção da gravidez deverão ser previamente submetidas a

apreciação do Coordenador Médico e Diretor Técnico e, se necessário, da Comissão de Ética, com registro em ata.

**PARAGRÁFO ÚNICO:** Em caso de urgência, esta junta poderá ser exercida por três médicos presentes ao ato, sendo o fato posteriormente comunicado ao Coordenador Médico.

**Art. 18º** - Os documentos constantes do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda e responsabilidade da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.

§ 1º: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se de partes ou a totalidade do prontuário médico sem a autorização do Coordenador Médico e Diretor Técnico, podendo consultá-lo após solicitação por escrito e assinatura de termo de responsabilidade.

§ 2º: A divulgação pública de fatos referentes ao prontuário médico somente poderão ocorrer com a autorização expressa do paciente ou seu responsável legal, devendo ser feita pelo médico assistente ou pelo Coordenador Médico. Neste caso, com conhecimento do mesmo.

**Art. 19º** - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos emergencialmente pelo Coordenador Médico, até que a Assembleia do Corpo Clínico os avalie e tome sua decisão.

**Art. 20º** - Este Regimento Interno entra em vigor após ser aprovado pelo Corpo Clínico da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS e referendado pelo CRM, aprovado e registrado.

Após a revisão, o Regimento deverá ser submetido à apreciação e aprovação do Corpo Clínico, e duas cópias encaminhadas ao CRM/GO, juntamente com a Ata da Assembleia que o aprovou, para homologação.

126  
+4

### **3.2.3 – Proposta para Regimento Interno da Hemorrede Pública**

#### **CAPÍTULO I – DA MISSÃO, VISÃO E VALORES**

**Art. 1º** - A Hemorrede Pública Estadual de Goiás tem como Missão: Prestar assistência aos usuários com qualidade, segurança e humanização promovendo a satisfação dos clientes; Como Visão: Ser reconhecido através da gestão eficiente de processo, segurança e qualidade alcançando a excelência na assistência no estado de Goiás. Como Valores: Humanização; Segurança; Ética; Qualidade e Comprometimento

#### **CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES**

**Art. 2º** - A Hemorrede Pública Estadual de Goiás tem por finalidade prestar assistência à saúde da população, por meio da coordenação e execução de ações desenvolvidas nos níveis ambulatorial, hospitalar (leito/dia) e apoio ao diagnóstico e terapêutica, dentro das especialidades de sua competência, com qualidade e atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**Art. 3º** - Para a consecução de seus objetivos cabe à unidade:

- a) Estimular e promover o ensino e a pesquisa, servindo-lhes de campo de atividades e desenvolvimento;
- b) Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde;
- c) Colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais.

**Art. 4º** - São de responsabilidade administrativa, suas instalações, equipamentos, valores e demais recursos ou bens que lhe sejam destinados.

#### **CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

**Art. 5º** - Composição da Hemorrede Pública Estadual de Goiás

- a) Diretoria Geral;
- b) Diretoria Técnica (corpo efetivo da SES/GO); ✓
- c) Diretoria de Administração e Finanças.

**Art. 6º** - A Diretoria Geral compreende:

- a) Diretoria Técnica;

127  
A

b) Diretoria de Administração e Finanças;

**Art.7º** - A Diretoria Técnica (médica) compreende: Coordenação Geral de Enfermagem, Coordenação Médica, Coordenação de Farmácia e Coordenação de Serviços Assistenciais.

**Art. 8º** - A Diretoria de Enfermagem compreende: Unidade de Internação; CME; Unidade de Atendimento Externo (Ambulatório); Fisioterapia; Serviço Social; Nutrição.

**Art. 9º** - A Diretoria de Administração e Finanças compreende duas coordenações: A coordenação de Serviços Administrativos e Coordenação de Apoio Operacional.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** A Coordenação de Serviços Administrativos compreende:

- a) Recursos Humanos;
- b) Tecnologia da Informação;
- c) SAME;
- d) SAC;
- e) Compras;
- f) Financeiro;
- g) Faturamento.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** A Coordenação de Apoio Operacional compreende:

- a) Recepção e Portaria;
- b) Manutenção;
- c) Transporte.

#### **CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES**

**Art. 10º** - Ao Diretor Geral compete:

- a) Planejar, programar, coordenar e acompanhar as atividades a serem cumpridas na Hemorrede Pública Estadual de Goiás;
- b) Cumprir e fazer cumprir as normas e instruções específicas da Unidade, como as legislações aplicáveis e expedir ordens e instruções de serviços;
- c) Comparecer às reuniões de Diretoria, na qualidade de elemento esclarecedor dos assuntos relacionados com os problemas administrativos;
- d) Assinar a documentação referente a Unidade;
- e) Participar da elaboração do orçamento anual da Instituição;

128  
+

- f) Prestar anualmente à Superintendência do IGH, contas detalhadas da sua gestão, incluindo a demonstração orçamentária e o relatório das atividades desenvolvidas pela Unidade;
- g) Delegar aos Diretores competência para resolver assuntos passíveis de delegação;
- h) Desenvolver tarefas correlatas necessárias ao desenvolvimento da Unidade como órgão Didático, Científico e de Assistência Médico-Social.

**Art. 11º - A Diretoria Técnica compete:**

- a) A promoção da melhoria da qualidade da saúde da população, por meio da coordenação e execução de ações de média e alta complexidade, desenvolvidas nos seguintes níveis: ambulatorial, urgência e emergência, hospitalar e apoio ao diagnóstico e terapêutica.

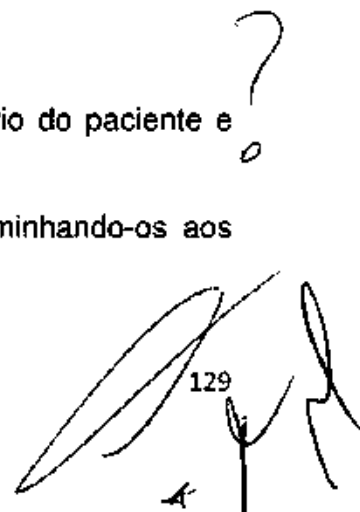
**Art. 12º - Ao Serviço de Contas Médicas compete:**

- a) Preparar e controlar as faturas mensais dos serviços prestados pela Hemorrede Pública Estadual de Goiás aos integrantes do Sistema Único de Saúde/SUS;
- b) Conferir e classificar as notas de despesas realizadas nos diversos segmentos do hospital;
- c) Assegurar a regularidade e legalidade quanto aos recebimentos de valores pelos atendimentos realizados no hospital, e pagamento por serviços prestados;
- d) Emitir mapas estatísticos e quadros comparativos para avaliação do faturamento mensal e anual;
- e) Organizar e manter arquivos de documentos que contenham valor probatório.

**Art. 13º - Ao Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos compete:**

- a) Manter o cadastro dos pacientes da unidade.
- b) Registrar os pacientes novos.
- c) Controlar a movimentação de fichas utilizadas no prontuário do paciente e por toda a equipe multidisciplinar.
- d) Organizar mapas, boletins e relatórios necessários, encaminhando-os aos órgãos competentes.

?



129



- e) Pesquisar novas técnicas de arquivo, tendo em vista o aperfeiçoamento do serviço.

**Art. 14º - Ao Serviço de Laboratório de Análises Clínicas compete:**

- a) Realizar análises clínicas para os pacientes do Sistema Único de Saúde/SUS e apoiar as atividades acadêmicas das unidades de ensino.
- b) Executar análises clínicas para os pacientes internados, e para os atendidos na emergência e no ambulatório.
- c) Estabelecer racionalmente horários de coleta de material e entrega de resultados, sem prejuízo do atendimento emergencial.
- d) Responsabilizar-se pela coleta, identificação e encaminhamento do material biológico a ser analisado.
- e) Realizar as dosagens e registrar resultados.
- f) Aferir constantemente a exatidão dos resultados dos exames, aplicando testes apropriados.

**Art. 15º - Ao Serviço de Farmácia compete:**

- a) Prestação de assistência medicamentosa a pacientes integrantes do Sistema Único de Saúde/SUS, por meio do Corpo Clínico.
- b) Apoiar as atividades acadêmicas desenvolvidas na Unidade.
- c) Preparar pedidos para aquisição de medicamentos, quando os limites de estoques atingirem o ponto de ressuprimento.
- d) Exercer rígido controle sobre o estoque sob sua guarda direta e os estoques de pronto atendimento existentes nas enfermarias.
- e) Promover de forma articulada com o Corpo Clínico, a padronização de medicamentos, considerando vantagens técnicas e qualitativas dos produtos, bem como as vantagens financeiras do hospital.
- f) Controlar os prazos de validade dos medicamentos, realizando a distribuição pela ordem de recebimento/prazo de validade, responsabilizando-se pela sua utilização em tempo hábil.
- g) Organizar e programar os pedidos de aquisição de medicamentos, fundamentando-se na fixação dos limites de estoque.

**Art. 16º - Ao Serviço de Enfermagem compete:**

- a) Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Hemorrede Pública Estadual de Goiás e o Regimento de Enfermagem;
- b) Supervisionar e Coordenar as atividades que lhe são subordinadas;
- c) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- d) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática de enfermagem;
- e) Definir, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência de enfermagem aos pacientes;
- f) Descrever o histórico de Enfermagem, exame físico, diagnóstico de Enfermagem e a prescrição de Enfermagem dos pacientes atendidos;
- a) Garantir que o prontuário de cada paciente seja preenchido de forma clara e objetiva, de modo que a investigação diagnóstica, possa justificar a requisição de exames complementares e/ou o encaminhamento a especialistas;
- b) Registrar em prontuário a prescrição de Enfermagem e sua evolução;
- c) Planejar as ações para atingir os propósitos da unidade;
- d) Acionar o Diretor de Atenção à Saúde quando existirem irregularidades relacionadas à sua competência;
- e) Solucionar eventuais problemas de ordem legal;
- f) Assegurar que as informações necessárias fluam para a equipe de trabalho;
- g) Prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem;
- h) Zelar e ressaltar, na equipe de trabalho, o sentimento de responsabilidade profissional;
- i) Desenvolver o espírito de crítica científica;
- j) Elaborar o Regimento específico de cada área assistencial sob sua subordinação divulgá-lo e que sejam cumpridos com o necessário rigor;
- k) Disciplinar a liberação de informações ao público em relação aos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes, consultando, se necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem. As informações de caráter legal deverão ser encaminhadas ao Departamento Jurídico do IGH;
- l) Participar das reuniões da Diretoria Geral;

131  
\*

- m) Apresentar à Diretoria de Atenção à Saúde relatório anual, e quando se fizer necessário, das atividades dos núcleos subordinados;
- n) Levar à Diretoria de Atenção à Saúde às questões que, por motivo de complexidade, dificuldade ou responsabilidade, necessitem do parecer de uma instância superior;
- o) Manter-se atualizado em relação às atividades científicas desenvolvidas dentro da Instituição, e submetê-las, sempre que necessário, à avaliação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- p) Fiscalizar a atuação profissional sob sua subordinação, de modo a coibir eventuais transgressões éticas ou técnicas.
- q) Fiscalizar a organização de cada Departamento ou Serviço, sob sua subordinação, através de avaliação dos seus regulamentos ou regimentos internos.
- r) Promover reuniões com as lideranças dos setores subordinados com o objetivo de harmonizar os interesses das diferentes áreas, acompanhar as atividades realizadas, elaborando plano de ação preventiva e ou corretiva, quando necessário, visando melhor atendimento aos pacientes.

**Art. 17º - Ao Serviço de Ambulatório compete:**

- a) Prestar assistência a pacientes em tratamento externo e após alta, integrantes do Sistema Único de Saúde/SUS e apoiar as atividades acadêmicas de ensino.
- b) Recepcionar, orientar e encaminhar os pacientes para as diversas clínicas especializadas.
- c) Executar atividades assistenciais ao paciente, ao nível de promoção e proteção da saúde, diagnóstico e recuperação.
- d) Encaminhar pacientes para consultas especializadas e exames complementares.

**Art. 18º - Ao Serviço de Fisioterapia compete:**

- a) Prestar atendimento fisioterapêutico em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

- b) Atuar de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com produtividade na promoção da saúde baseada nas melhores evidências científicas, além de apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

**Art. 19º - Ao Departamento de Nutrição compete:**

- a) Definir, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes..
- b) Realizar acompanhamento dietético individualizado aos pacientes nas diversas patologias.
- c) Promover a educação nutricional para pacientes e familiares.
- d) Viabilizar estudos e pesquisas na área de alimentação e nutrição.

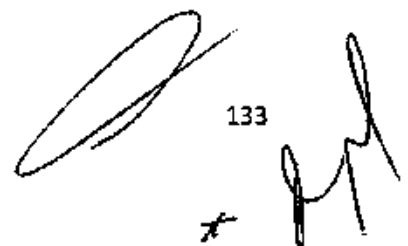
**Art. 20º - Ao Departamento de Serviço Social compete:**

- a) Prestar orientação social aos pacientes e familiares.
- b) Realizar atendimento individualizado utilizando como instrumentos a entrevista social e o parecer social.
- c) Registrar em prontuário a historia social e o parecer social.
- d) Implantar programa de esclarecimentos, através da realização de reuniões com grupos de usuários; desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar.
- e) Manter articulação com instituições e movimentos sociais.
- f) Desenvolver pesquisas, projetos, e programas sociais.
- g) Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários e cursos voltados aos profissionais e usuários.

**Art. 21º - À Diretoria de Administração e Finanças e as Coordenações de Serviços Administrativos e Apoio Operacional compete:**

- a) Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades administrativas e financeiras.
- b) Administrar a concessão, implementação e consolidação das previsões e execuções orçamentárias.

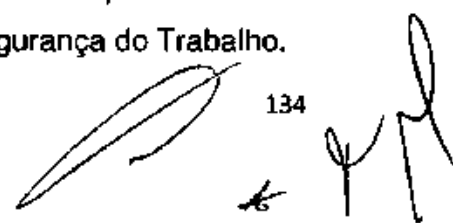
133



- c) Examinar projetos e propostas feitos pelos diversos setores, no que se refere à disponibilidade de recursos e seu impacto sobre os custos hospitalares.
- d) Desenvolver plano de trabalho integrado com as demais diretorias.
- e) Planejar, coordenar e controlar a administração dos materiais, patrimônios e de serviços auxiliares.
- f) Desenvolver estudos e projetos de organização hospitalar, métodos e procedimentos para racionalização de rotinas referentes às atividades administrativas executadas em apoio às demais áreas do hospital.
- g) Planejar os recursos financeiros necessários à consecução dos objetivos da Instituição.
- h) Proceder aos contratos necessários à administração dos recursos financeiros movimentados.
- i) Receber e efetuar os pagamentos debitados ao hospital por terceiros e vice-versa, tendo em vista o cumprimento das obrigações estabelecidas em contratos.
- j) Manter o registro e controle das receitas e despesas realizadas.
- k) Acompanhar os contratos, observando as normas legais, técnicas e administrativas vigentes.
- l) Elaborar demonstrativos de execução e custos dos contratos.
- m) Manter arquivo de toda documentação comprobatória dos contratos.
- n) Analisar e validar a documentação pertinente aos contratos.
- o) Emitir pareceres sobre a continuidade ou cancelamentos dos contratos.
- p) Manter cadastro das pessoas jurídicas contratadas.

**Art. 22º** - Ao Departamento de Recursos Humanos compete:

- a) Realizar ações de incentivo do corpo diretivo e funcional, promovendo a satisfação e manutenção dos recursos humanos da unidade.
- b) Planejar e executar medidas que visem a manter o quadro de pessoal em condições normais de saúde.
- c) Integrar física e mentalmente os profissionais em suas funções.
- d) Implantar e aplicar no hospital a legislação, rotinas e procedimentos referentes à Administração de Pessoal, Medicina e Segurança do Trabalho.



- e) Realizar programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal.
- f) Desenvolver e manter um programa de comunicação interna com os funcionários.
- g) Recrutar e selecionar novos funcionários.
- h) Lavrar documentos.
- i) Prestar informações sobre a situação funcional dos funcionários.

**Art. 23º** - Ao Departamento de Tecnologia da Informação compete:

- a) Implantar e regulamentar as ações de tecnologia da informação da unidade, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde.
- b) Incorporar novas tecnologias com o objetivando à disseminação das informações.
- c) Definir os padrões para captação operacional das bases de dados dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito da Instituição.
- d) Gerenciar o acervo e manutenção de equipamentos.

**Art. 24º** - Ao Departamento de Materiais compete:

- a) Promover uma gestão de excelência de aquisição de material para a Instituição.
- b) Assessorar a diretoria propondo estratégias para a aquisição de material.
- c) Assegurar o cumprimento das premissas básicas estabelecidas para os processos de trabalho inerentes à sua área de atuação.
- d) Assegurar o provimento e a manutenção dos estoques de material, medicamentos e correlatos, para garantir o funcionamento dos diversos setores da unidade.
- e) Assegurar a qualidade dos materiais adquiridos.
- f) Desenvolver, implantar e manter as ações necessárias ao suprimento de materiais.
- g) Planejar, organizar, controlar e avaliar as atividades das equipes de trabalho sob sua subordinação.
- h) Cobrar a atualização do cadastro de fornecedores junto a ANVISA.

- i) Assegurar a permanente atualização da padronização de processos de trabalho no âmbito da diretoria, com vistas ao alcance dos resultados esperados.
- j) Propor, participar e colaborar com as ações da Comissão de Padronização.

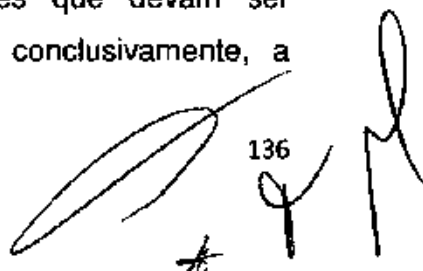
**Art. 25º** - Ao Departamento Apoio Operacional compete:

- a) Exercer atividades referentes à manutenção, adaptação, recuperação de bens móveis e imóveis, circulação e guarda de documentos.
- b) Supervisionar o controle da utilização dos bens móveis e imóveis da Unidade.
- c) Responsabilizar-se pelo cumprimento das exigências constantes dos contratos de manutenção firmados pela Unidade.
- d) Controlar rigorosamente os prazos de garantia e revisões fornecidos pelos fabricantes de máquinas, equipamentos e veículos, responsabilizando-se pela execução e acompanhamento dos respectivos serviços.
- e) Manter atualizado o cadastro de prestadores de serviço e fornecedores específicos de manutenção.
- f) Implantar plano de manutenção preventiva e corretiva e de administração patrimonial.
- g) Monitorar serviços elétricos, hidráulicos e telefônicos; administrar serviços de segurança e limpeza patrimonial.

**Art. 26º** - São atribuições comuns aos dirigentes ou responsáveis por serviços ou departamentos da Unidade, observadas as respectivas áreas de atuação:

- a) Cumprir e fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as decisões dos órgãos superiores, os prazos para desenvolvimento dos trabalhos e as ordens das autoridades hierarquicamente superiores.
- b) Divulgar para os seus subordinados a estratégia a ser adotada no desenvolvimento dos trabalhos.
- c) Estimular o desenvolvimento profissional do seu grupo de trabalho.
- d) Avaliar o desempenho da sua área e responder pelos resultados alcançados.
- e) Providenciar a instrução de processos de expedientes que devam ser submetidos à consideração superior, manifestando-se, conclusivamente, a respeito das matérias.

136



- f) Propor ao superior imediato a indicação do respectivo substituto, obedecidos aos requisitos inerentes à função.
- g) Apresentar relatórios mensais sobre os serviços executados pelo órgão que dirige.
- h) Diligenciar para que a programação dos trabalhos seja obedecida.
- i) Controlar a frequência diária do pessoal subordinado.
- j) Decidir sobre pedidos de abono e justificação de faltas ao serviço.
- k) Conceder férias aos subordinados, quando decorrente de escala estabelecida.
- l) Requisitar material de consumo e material permanente, necessário ao uso do órgão que dirige.
- m) Praticar outros atos decorrentes da legislação vigente, normas ou ordens superiores.

#### **CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

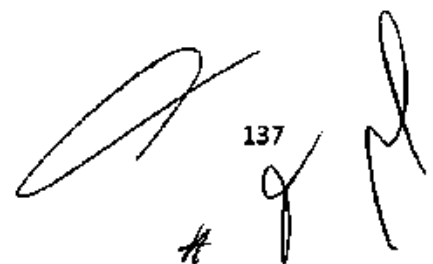
**Art. 27º**- Os pacientes e seus familiares no âmbito da Hemorrede Pública Estadual de Goiás devem submeter-se às Normas da Unidade.

**Art. 28º** - Todo o pessoal que trabalhar ou exercer atividades profissionais dentro da Hemorrede Pública Estadual de Goiás ficará subordinado ao presente Regimento, devendo:

- a) Cumprir o horário de trabalho, bem como as escalas de serviço aprovadas.
- b) Manter-se em seu local de trabalho, somente se ausentando por motivo de serviço devidamente autorizado ou em casos de notória necessidade.
- c) Executar os trabalhos determinados pelos seus chefes imediatos.
- d) Tratar com civilidade os colegas de serviço, os pacientes e demais pessoas que procurem a unidade.
- e) Respeitar e acatar as ordens superiores e cumprir as normas e legislações cabíveis.

**Art. 29º** - É vedado a qualquer membro do Corpo Clínico e Administrativo fornecer certidões ou declarações, usando o nome da Unidade, sem prévia autorização do Diretor Geral.

137  
#





**Art. 30º** - Na ausência do Diretor Geral e de seu substituto, o Chefe de Plantão solucionará os problemas administrativos que venham ocorrer.

## **CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 31º** - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Geral, ouvido o Superintendente do Instituto de Gestão e Humanização.

**Art. 32º** - Revogam-se as disposições em contrário.

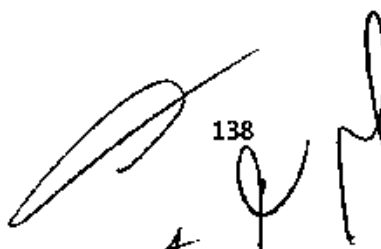
### **3.2.4 – Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação**

O Serviço de Tecnologia da Informação (TI) corresponde a um serviço de apoio para a Hemorrede Pública Estadual de Goiás. O serviço estará subordinado à Diretoria Administrativa e terá como responsabilidade a manutenção da infraestrutura (equipamentos e softwares) de TI da unidade, respondendo pelos serviços de implantação e suporte de sistemas, instalação, configuração e manutenção (preventiva e corretiva) do parque de equipamentos e softwares, direcionados as áreas de Sistemas, Internet, Correio Eletrônico, Assistência Técnica, Servidores e Telefonia.

A Unidade contará com serviços de informática com sistema informatizado para gestão que contemplará: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitirão acessar via Internet (WEB) e atenderá aos indicadores e informações especificados no contrato de gestão.

Com todas as informações devidamente armazenadas, será possível a integração de todos os setores da Hemorrede Pública Estadual de Goiás e o efetivo controle das rotinas hospitalares e administrativas, bem como a emissão de relatórios gerenciais como ferramenta de tomada de decisões.

A equipe contará com profissionais especializados, agindo de forma a assegurar o pleno funcionamento da estrutura física e lógica de Tecnologia da Informação necessárias ao desempenho das atividades fins da instituição.

  
138

Serão da responsabilidade do Instituto de Gestão e Humanização – IGH a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de equipamentos, sistemas e programas. A implantação da rede de computadores levará em torno de 30 dias e o sistema de gestão hospitalar levará 120 dias para a sua completa instalação e operação por parte de todos os setores, assim como treinamento.

O Serviço de TI da Hemorrede Pública Estadual de Goiás:

- Disporá de 01 sala refrigerada com temperatura máxima de 22º com a finalidade de acomodação dos servidores que serão instalados em rack padrão de 19 polegadas; e 01 sala para utilização pelos profissionais da área com a mobília necessária para este fim;
- Atenderá em horário das 7:00 às 17:00h com sobreaviso nos horários de plantão;
- Terá como área de abrangência todos os serviços, setores e departamentos da Unidade.

#### **Sistema Integrado de Gestão em Serviços de Saúde:**

Os sistemas informatizados de gestão hospitalar são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde do porte da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, fundamental para a composição de toda a área assistencial e sua interligação com os serviços de apoio ao diagnóstico, complementares e administrativos financeiros. Desta forma, a infraestrutura prevista pelo sistema informatizado de gestão hospitalar prevê suporte para todas as atividades, quer sejam médicas, administrativas, financeiras ou de marketing, propiciando o acesso por serviços internet, através de extranets e intranets, com seus Indicadores sendo publicados regularmente, o que facilitará e muito a prestação de contas e informações de metas realizadas para a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

#### **Características técnicas:**

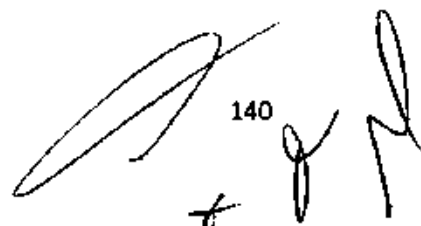
##### **Sistema modular:**

O Sistema será implementado em módulos funcionais, cada um abrangendo diversos aplicativos que têm maior coesão e que atuarão de forma perfeitamente integrada, como relacionado a seguir:

1. Recepção: Recepção e Internação; Central de Informações; Ambulatório;
2. SADT: Laboratório de análises clínicas; resultados de exames;
3. Administrativo: SAME, Prontuário Eletrônico, Higienização, Vigilância, Fornecedores, Cotações e Compras; Gestão do Almoxarifado; Farmácia; Nutrição e Dietética;
4. Financeiro: Faturamento, Contas a pagar e a receber, Fluxo de Caixa, Custos, Contabilidade, Tesouraria e Auditoria;
5. RH: Controle de Pessoal; Plantões; Administração de Recursos Humanos.
6. Relatórios Gerenciais e Informativos: Gerador de relatórios próprios para extração de quaisquer informações da base de dados;
7. Sistema de informações gerenciais: com telas e relatórios específicos para os indicadores preconizados no contrato de gestão com a Hemorrede Pública Estadual de Goiás.
8. Hardware: Para o funcionamento seguro do sistema informatizado de gestão hospitalar será necessária a instalação de dois computadores servidores em sistema de espelhamento, além de *firewall* e *switches* para proteger a rede interna. As estações de trabalho serão configuradas adequadamente, com máquinas tecnologicamente atualizadas, visando minimizar interrupções nos processos.
9. Rede Lógica: Os computadores da Hemorrede Pública Estadual de Goiás estarão interligados em uma rede lógica, de cabeamento estruturado com os pontos ativos, e com fácil infraestrutura de expansão. Existirá ainda uma rede sem fio para acesso de usuários que precisam de mobilidade.

**Equipamentos de suporte necessários:**

1. Servidor de Terminais;
2. Servidor de Rede Local e domínio;
3. Servidor de Internet;
4. Estações de trabalho para o coordenador e o técnico de suporte;
5. Switches de Rede;
6. Roteadores;
7. Central Telefônica de Médio Porte;
8. Ferramental de Suporte e Assistência Técnica;

140  
+ 

**Competências do Serviço de TI:**

- Implantação e regulamentação das ações de tecnologia da informação da unidade, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde;
- Incorporação de novas tecnologias com o objetivo à disseminação das informações;
- Definição dos padrões para captação operacional das bases de dados dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito da Instituição;
- Gerenciamento do acervo e manutenção de equipamentos da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

**Atribuições da Equipe Técnica:**

**Atribuições do Coordenador do serviço:**

- Desenvolver metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento do setor de Tecnologia da Informação da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

**Técnicos de Informática:**

- Realizar manutenção corretiva e preventiva do parque de equipamentos e softwares;
- Implantar e dar suporte aos sistemas e aplicativos utilizados na instituição;
- Realizar o cadastro/atualização do inventário de equipamentos;
- Realizar relatório sintético do inventário de máquinas;
- Identificar o funcionamento e relacionamento entre os componentes de computadores e seus periféricos;
- Instalar e configurar computadores, isolados ou em redes, periféricos e softwares;
- Identificar a origem de falhas no funcionamento de computadores, periféricos e softwares, avaliando seus efeitos;
- Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;
- Avaliar e especificar necessidades de treinamento e de suporte técnico aos usuários;

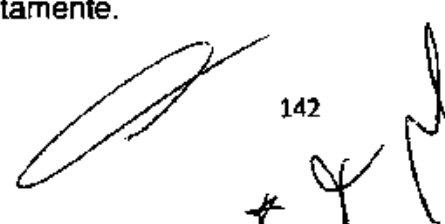
- Executar ações de treinamento e de suporte técnico;
- Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;
- Selecionar programas de aplicação a partir da avaliação das necessidades do usuário;
- Identificar tipos, serviços e funções de servidores;
- Organizar a coleta e documentação de informações sobre o desenvolvimento de projetos;
- Identificar meios físicos, dispositivos e padrões de comunicação, reconhecendo as implicações de sua utilização no ambiente de rede;
- Selecionar e utilizar estruturas de dados na resolução de problemas computacionais.

#### **Telefonista**

- Operar mesa telefônica PABX, realizando e recebendo ligações telefônicas urbano/interurbanos, a fim de facilitar a comunicação interna/externa da organização;
- Controlar ligações telefônicas, preenchendo formulário, anotando nome do solicitante, número do telefone, área, para possibilitar sua conferência;
- Fornecer informações em gerais referentes a assuntos diversos pertinentes a instituição, informando locais de atendimento e visitas, horários e outros dados, para atender solicitações;
- Zelar pelo equipamento, comunicando defeitos e solicitando conserto e manutenção, para assegurar adequadas condições de funcionamento.

#### **3.2.5 – Proposta de Logística de Suprimentos**

- O sistema de e-mails da Hemorrede Pública Estadual de Goiás não deverá ser usado para criação ou distribuição de qualquer mensagem ofensiva, incluindo comentários pejorativos sobre etnia, gênero, cor do cabelo, necessidades especiais, idade, orientação sexual, pornografia, crenças e práticas religiosas, crenças políticas ou nacionalidade. Profissionais que receberem qualquer e-mail com este conteúdo, enviados por profissionais do hospital, devem reportar o evento à coordenação de recursos humanos (RH) imediatamente.



- O sistema de e-mail não deve ser utilizado para fins particulares em acordo com a "Política de Segurança da Informação" e com a "Política de Cessão de Recursos de TI" da unidade;
- Não será permitido o envio de e-mail corrente;
- O envio de e-mails em massa com endereços externos só deverá ser feito com anuência da Diretoria Geral;
- Não será permitido o envio de mensagens com informações sobre a Hemorrede Pública Estadual de Goiás a públicos não autorizados, em qualquer hipótese.
- Também não será permitido o envio de mensagens de desligamento de colaboradores. Este procedimento poderá ser realizado, caso necessário, pelo gestor responsável apenas para comunicar o desligamento após definição criteriosa do público-alvo da mensagem.

**Assinatura de e-mail:**

- A assinatura profissional do e-mail deve seguir o padrão normatizado pela Supervisão Administrativa (publicado na Intranet Corporativa da TI);
- No rodapé de todos os e-mails enviados é inserida automaticamente uma mensagem de confidencialidade. Portanto, não devem ser incluídas outras mensagens nos rodapés (como por exemplo, "campanhas ecológicas"). Exceções devem ser encaminhadas para avaliação e aprovação da Diretoria Administrativa/Financeira.

**Conta de e-mail para não colaboradores:**

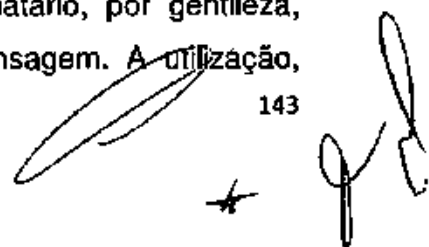
- Não será permitida a criação de contas de e-mail para "não colaboradores" (fornecedores e subcontratados) da Unidade.

**Monitoramento:**

- O e-mail corporativo deve ser utilizado exclusivamente para a finalidade de desenvolvimento da atividade profissional do colaborador, nesta empresa, e a sua utilização adequada será regularmente monitorada.

**Mensagem de confidencialidade de e-mail:**

"Esta mensagem é destinada exclusivamente para a pessoa identificada e pode conter informações confidenciais. Se você não é o destinatário, por gentileza, notifique-nos imediatamente via e-mail e apague esta mensagem. A utilização,



cópia, distribuição e divulgação não autorizadas desta mensagem são expressamente proibidas”.

**Observação:**

*Qualquer profissional que violar essa rotina está sujeito às sanções administrativas e contratuais cabíveis.*

**Política de Segurança da Informação:**

**Objetivo:**

- Definir responsabilidades e orientar a conduta dos profissionais da Hemorrede Pública Estadual de Goiás na utilização de ativos de informação empresarial, com o objetivo de proteger a integridade e confidencialidade das informações e garantir a continuidade operacional do negócio.

**Aplicação:**

As normas são aplicáveis aos todos os profissionais da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, que se encontram no pleno exercício de suas atividades profissionais.

**Descrição das Atividades:**

1. Os recursos de TI - hardware, software ou serviço, deverão ser utilizados de maneira responsável, consistente com objetivos profissionais:
  - O recurso deverá ser utilizado exclusivamente para o desempenho das atividades profissionais;
  - Todas as utilizações que não estiverem de acordo com estes objetivos são consideradas inapropriadas e podem colocar em risco o acesso aos demais recursos.
2. Utilizar qualquer recurso de TI somente após obter autorização e assinar o "Termo de Compromisso" referente à esta política, no qual declara conhecer as políticas e normas em vigor e se compromete a cumpri-las;
3. Informar imediatamente perda, roubo, danos ou quaisquer incidentes de segurança que venham a ocorrer com o(s) equipamento(s) fornecidos ao profissional, registrando o incidente ocorrido à área de Recursos Humanos;
4. Não desabilitar e/ou desinstalar as ferramentas de segurança instaladas no(s) equipamento(s) fornecido(s);

5. Tomar todas as precauções necessárias para garantir a integridade do(s) equipamento(s) fornecido(s).
6. As contas e senhas serão atribuídas aos usuários em função de seus recursos são individuais e únicas, e não devem ser reutilizadas ou atribuídas a qualquer pessoa.
7. Informar imediatamente a área de TI eventuais violações de segurança ou às normas em vigor;
8. Não permitir ou colaborar com o acesso aos recursos por parte de pessoas não autorizadas;
9. Não ligar ou desligar fisicamente ou eletricamente um recurso e nenhum componente externo, como cabos, impressoras, discos ou sistemas de vídeo, sem uma autorização específica.
10. Respeitar os direitos de propriedade intelectual, de acordo com a regulamentação pertinente, em particular a lei de direitos autorais de software.
11. Utilizar apenas produtos de software com as licenças de uso válidas.

#### **GERENCIAMENTO DE ACESSO:**

##### **Objetivo:**

- Estabelecer diretrizes de gerenciamento de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação para garantia da confidencialidade e integridade das informações.

##### **Aplicação:**

- Este documento se aplica a todos os setores que desempenham funções diretamente relacionadas ao gerenciamento de acesso, através do fornecimento, controle, alteração e/ou remoção de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação, e também a quaisquer usuários que façam uso ou que solicitem acesso a serviços de Tecnologia da Informação.

##### **Definições:**

**TI:** Tecnologia da Informação.

145  
✱



**Serviços de TI:** recursos lógicos de TI que são disponibilizados ao usuário através de concessão de direito de uso, como acesso à rede interna, a sistemas e aplicativos, diretórios de rede e contas de e-mail.

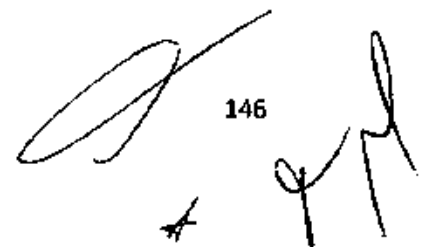
**Login:** identificação única que o usuário utiliza para acessar a rede, conta de e-mail, sistemas e aplicativos.

**Service Desk:** central de atendimento da TI para tratamento de incidentes e solicitações de Chamado.

**Descrição das Atividades:**

1. Cada usuário terá sua permissão para acessar as informações de acordo com o perfil correspondente ao seu setor e suas funções na Hemorrede Pública Estadual de Goiás , para uso de pen drives, mídias, e-mail, internet e Sistema de informação;
2. As portas USB dos micros sempre estarão desabilitadas, caso algum usuário queria acessar o pen drive terá que abrir chamado no servicedesk TI;
3. Os micros são incluídos no controlador de domínio hofs;
4. O uso da internet será controlada pela TI. Sua função consiste em regular o tráfego de dados entre redes distintas e impedir a transmissão e/ou recepção de acessos nocivos ou não autorizados de uma rede para outra;
5. Passo a passo das atividades a serem cumpridas pela equipe de TI e usuários da rede da Hemorrede Pública Estadual de Goiás:
  - a. Verificar se existe o usuário na rede;
  - b. Se sim, deverá logar com o usuário e senha e utilizar os serviços de TI conforme seu perfil;
  - c. Se não, verificar com o RH se o usuário é um novo colaborador;
  - d. Se sim, cadastrar usuário (login e senha), realizar trmits necessários e realizar a permissão na pasta da rede do hospital, Sistema de informação, e-mail e internet;
  - e. Se não, realizar meios para proibição de acesso a qualquer serviço de TI no hospital.

**CONFIGURAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE E-MAIL:**

146  


**Objetivo:**

Realizar a configuração e padronização dos e-mails da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, bem como a sua utilização pelos usuários.

**Definição:**

Outlook Express e/ou Gmail - Programa para Gerenciar e-mails Sistema de Gestão em Saúde utilizado no hospital.

**Descrição de Atividades:**

- Solicitar a implementação de um novo e-mail para o Coordenador de Tecnologia da Informação, criando uma Ordem de Serviço através do Sistema;
- Confirmar com a Gerência da área solicitante a real necessidade do novo e-mail e identificar aprovação final;
- O coordenador de TI encaminha a solicitação para o Instituto de Gestão e Humanização - IGH, e este cria através do site da empresa de internet, a caixa e o endereço de e-mail;
- Após a criação do novo e-mail, divulgar entre os setores, os e-mails novos e atuais cadastrados na Hemorrede Pública Estadual de Goiás.
- A alteração de perfis de acesso que constam nesse documento (inclusão ou exclusão) deve ser avaliada pelos responsáveis das áreas envolvidas. Os critérios utilizados para solicitação e aprovação da alteração dos perfis de acesso devem zelar pela segurança da informação, regulada pelas normas legais vigentes impostas pelas Agências Reguladoras e pelos programas de controle de qualidade (nacionais e internacionais) aos quais a Hemorrede Pública Estadual de Goiás está submetido.

**ACESSO ÀS INFORMAÇÕES:**

**Objetivo**

- Garantir a segurança, confiabilidade, privacidade, e integridade das informações de clientes.


**Descrição das Atividades**

147  
A [assinatura]

- O acesso às informações de clientes (incluindo resultados) é liberado pelo Service Desk, de acordo com os perfis a seguir: Informativo por setor: e: Faturamento, ambulatório, atendimento, financeiro.
- Para que os acessos descritos sejam liberados, é requerido registro de chamado no Service Desk, o qual deverá ser solicitado diretamente à área Administrativa.
- Para os demais profissionais o registro deve ser realizado pelo gerente da área na qual o profissional irá atuar.

148  
K Y H

O Serviço de Tecnologia da Informação – TI deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

	<b>HEMORREDE PÚBLICA</b>  <b>Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Tecnologia da Informação
		POP: (TI + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

### 3.3 – IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

O planejamento é uma das funções mais importantes para a administração de uma instituição de saúde devendo contemplar a previsão de recursos humanos, materiais e financeiros, gerenciar informações e programar medidas para o alcance de metas de curto, médio e longo prazos. Uma infraestrutura administrativa bem planejada contribuirá, de forma significativa, para a qualidade do trabalho desenvolvido nas áreas assistenciais, necessitando a participação e compromisso de todos os setores, integrados através das diversas comissões multiprofissionais, envolvidos no processo de planejamento, definição de metas e métodos de melhoria dos resultados a serem alcançados na **Hemorrede Pública Estadual de Goiás**, e ainda, na avaliação e criação de ações de melhoria contínua.

A análise dos trabalhos a serem desenvolvidos pelos serviços de apoio administrativo será acompanhada pela Diretoria Administrativa Financeira através da adoção de modelos de Gestão Participativa, em reuniões semanais e também apresentações mensais de relatórios e indicadores de desempenho. Cada coordenador apresentará seus relatórios e indicadores no máximo a cada trimestre, estando eles sempre alinhados as metas estabelecidas pelo HURSO e seguindo a estrutura de apresentação abaixo descrita:

- Introdução;
- Estrutura da Equipe;
- Análise Crítica;
- Período;
- Situação Atual;
- Planejamento com visão de curto, médio e longo prazo;
- PDCA, ferramenta de escolha utilizada para o gerenciamento;
- Indicadores.

150  
\*

### **3.3.1 – Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento**

A unidade de Faturamento tem como missão levantar e processar os dados relativos aos procedimentos hospitalares, com a finalidade de efetivar o faturamento, buscando maximizar a receita da Hemorrede Pública Estadual de Goiás. Dentre os vários serviços e setores que compõem a Hemorrede Pública Estadual de Goiás, a unidade de faturamento é de grande importância, pois após todo um processo de atendimento a um determinado paciente, será então fruto deste, sua conseqüente fatura, a qual será processada pelo setor, resultando em divisas monetárias para a organização.

A finalidade do setor, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente. Tendo assim como seu objetivo global a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas. O setor de faturamento estará diretamente subordinado à Diretoria de Administração e Coordenação Administrativa, realizando sua atividades em horário administrativo, das 7:00 às 17:00.

#### **Objetivos do Setor de Faturamento:**

- Integrar-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pela "rota" percorrida pelo paciente, ou seja, desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída.
- Planejar e executar as faturas do SUS.
- Manter atualizada toda e qualquer tabela utilizada com preços e demais itens utilizados para confecção das faturas.
- Manter acompanhamento constante dos pacientes durante seu período de internação e conseqüentemente seus gastos.

151  
x

**Instrução para Faturamento de Procedimentos:**

Estas instruções utilizam como referência técnica-operacional o Manual Técnico Operacional do Ministério da Saúde. As rotinas propostas para os procedimentos de Faturamento Ambulatorial e Hospitalar seguem abaixo:

**Faturamento Ambulatorial:**

1. **Recebimento dos Boletins de Produção Ambulatorial – BPA:**

- A Unidade de Faturamento receberá os BPA preenchidos, assinados e carimbados pelos prestadores diariamente. Se a documentação recebida não estiver devidamente preenchida deverá ser devolvida imediatamente ao seu portador para que este retorne ao setor de origem, corrija a não-conformidade e entregue o documento de forma correta ao setor de faturamento.

2. **Confirmação dos BPA com as agendas e digitação dos BPA:**

- Serão conferidos os BPA com as consultas confirmadas no agendamento ambulatorial. Será digitado no Sistema de Gestão Hospitalar, a produtividade registradas nos BPA, nas modalidades de BPA Consolidado e BPA Individualizado.
- Na modalidade BPA Consolidado são lançados os procedimentos com os seus quantitativos gerais;
- Na modalidade BPA Individualizado digitamos procedimentos que exigem a identificação individual de cada paciente.

3. **Consolidação das Produções Digitadas e Preparação dos Arquivos de Exportação:**

- Depois de digitados todos os BPA procedem-se com a consolidação e preparação dos arquivos de exportação para entrega na Secretaria Estadual de Saúde ou a outro Órgão por esta definida.

4. **Emissão de Relatórios de Conferência:**

- Nesta fase devem ser emitidos todos os relatórios de conferências para que a Unidade de Faturamento visualize quaisquer possíveis distorções nas informações a serem entregues para pagamento da Produção Hospitalar junto a Secretaria de Saúde.

- Serão recebidos na Unidade de Faturamento todos os prontuários auditados previamente em suas unidades de internação devidamente protocolados.
- A Unidade de Faturamento registrará o recebimento de cada prontuário comparando com o Relatório de Internações. Devem ser devolvidos quaisquer prontuários que apresentarem não-conformidades.

### 3. Auditoria Dos Prontuários:

- Na unidade de faturamento os prontuários recebidos são analisados e, neste momento é verificado se os procedimentos indicados estão corretos, se estão explicitados todos os procedimentos realizados, entre outros aspectos pertinentes ao prontuário. Se for detectada ainda alguma não-conformidade, será solicitada a sua correção por parte do setor de origem.

### 4. Digitação e Conferência da Conta Médica:

- Será digitada no sistema de Gestão Hospitalar a referida conta médica, a qual será novamente avaliada. Este procedimento evitará enviarmos informações erradas, evitando desta forma, as possíveis glosas.

### 5. Fechamento do Faturamento, Conferência Prévia, Emissão de Relatórios e Geração de arquivos de Exportação:

- A Unidade de Faturamento procederá com o processamento das contas digitadas e realizará o fechamento do mês em processamento. Neste momento, deverá ser realizada uma última para avaliar a coerência das informações processadas e corrigir possíveis erros.
- Concluída esta etapa, deverão ser emitidos todos os relatórios administrativos, gerenciais e estatísticos. É neste momento que são emitidos todos os relatórios exigidos pela Secretaria de Saúde e gerados todos os arquivos para processamento do faturamento pelo Órgão Gestor.

### 6. Acompanhamento Do Relatório De Glosas:

- O Setor de Faturamento deverá acompanhar o relatório de glosas disponibilizado pela Secretaria de Saúde para proceder com o reprocessamento



das referidas contas no mês subsequente. Este procedimento é de fundamental importância para evitar perdas irre recuperáveis por parte da Unidade.

7. Cálculo Do Repasse De Honorários Médicos:

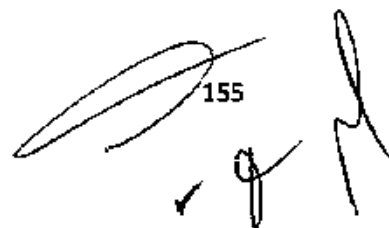
- Mediante confirmação dos procedimentos acatados pela Secretaria de Saúde, a Unidade de Faturamento procederá com a apuração dos honorários médicos de cada prestador que realizou cada procedimento. Os valores referentes a estes procedimentos deverão ser repassados aos médicos de acordo com o critério de negociação de remuneração pactuados entre o Hospital e o Prestador.

**3.3.2 – Manual de Rotinas para Administração Financeira**

O Departamento Financeiro da Hemorrede Pública Estadual de Goiás terá como funções primordiais, o controle das contas a pagar e a receber da Unidade, bem como a administração financeira dos recursos próprios ou oriundos de Contratos/Convênios, que a Unidade venha a se utilizar para a consecução de seus objetivos, assim como a correta administração e guarda de todos os documentos financeiros e contábeis da Instituição. Será também função do setor Financeiro do Hemorrede Pública Estadual de Goiás a correta contabilização dos atos e fatos administrativos, bem como a interação com os auditores interessados e habilitados a analisar suas contas.

Para o seu funcionamento, o setor contará com manual de normas de conduta que orientem as solicitações de pagamentos visando atender às necessidades dos diversos setores do hospital no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos próprios ou oriundos do Contrato de Gestão.

Toda solicitação de pagamento, seja por aquisição de materiais de consumo, de insumos, de bens, de obras ou de serviços, a pessoa física ou jurídica, obedecerá aos princípios básicos de economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequada aplicação e finalidade dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão do Instituto de Gestão e Humanização – IGH e da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

155  


- A qualificação do bolsista, e a execução dos procedimentos de contratação serão de responsabilidade do coordenador de cada área interessada;
- O cadastramento de bolsista na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro do primeiro Recibo de Pagamento a Bolsista (RPB).

**Cadastramento para adiantamentos e antecipações:**

- A Hemorrede Pública Estadual de Goiás somente poderá conceder adiantamento de salário, de férias ou de 13º salário, mediante cheque na tesouraria, ao colaborador regularmente matriculado, com cadastro no sistema informatizado de gestão hospitalar específico para esta modalidade;
- A aprovação do adiantamento, e a execução dos procedimentos de concessão, são de competência dos Recursos Humanos;
- O cadastramento do adiantado (beneficiário de adiantamento) na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro do primeiro adiantamento concedido.
- A Hemorrede Pública Estadual de Goiás somente poderá conceder antecipação na compra de produto ou contratação de serviço, mediante depósito em conta ou cheque na tesouraria, ao fornecedor ou prestador regularmente cadastrado no sistema informatizado de gestão hospitalar.
- A aprovação da antecipação, e a execução dos procedimentos de concessão, são de competência do setor de compras, subordinado à diretoria administrativa e financeira da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.
- O cadastramento do antecipado (beneficiário de antecipação) na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar será feito por ocasião do registro da primeira antecipação concedida.

157  
+ q

**Cadastramento para diárias e ajuda de custo:**

- A Hemorrede Pública Estadual de Goiás somente poderá conceder diárias e ajuda de custo, em quantidade expressa de dias da viagem a serviço aprovada, mediante cheque na tesouraria, a pessoa física regularmente matriculado, com cadastro no sistema informatizado de gestão hospitalar específico para esta modalidade;
- A aprovação das diárias e ajuda de custo, e a execução dos procedimentos de concessão, é de competência da diretoria de administração e finanças da Hemorrede Pública Estadual de Goiás;
- O cadastramento de beneficiário de diárias e ajuda de custo na base única do sistema informatizado de gestão hospitalar, será feito por ocasião do registro da primeira diária concedida;
- O solicitante do pagamento, quando proceder ao cadastramento, sempre deverá observar as exigências para qualificação do respectivo beneficiário, e caso já exista cadastro, deverá realizar manutenção, ao menos, quanto atualização de endereço, nº de telefone, pessoa de contato e e-mail.

**PROCEDIMENTO PARA SOLICITAR PAGAMENTO**

- Toda solicitação de pagamento a fornecedor, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, e da respectiva NF devidamente atestada quanto ao recebimento do produto, à sua conformidade, ao registro no módulo estoque do sistema informatizado de gestão hospitalar, à efetiva entrada no almoxarifado.
- O ingresso do correspondente comprometimento para fornecedor, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir de inclusão por importação dos dados oriundos do módulo de estoque do sistema informatizado de gestão hospitalar, visíveis na tela do protocolo, após a confrontação com os dados da NF física.

- Toda solicitação de pagamento a prestador, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, seja um recibo de prestador de serviço RPS- Pessoa Física, que não disponha de Nota Fiscal de Serviço, ou uma NFS, devidamente atestada quanto à execução do(s) serviço(s), e à sua conformidade.
- O ingresso do correspondente comprometimento para prestador, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação, após a obtenção dos valores na planilha própria para o cálculo das deduções, compensações e retenções fiscais.
- Toda solicitação de pagamento a Bolsista, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, ou seja, recibo de pagamento a bolsista, devidamente atestada quanto ao período de cumprimento, e à sua conformidade.
- O ingresso do correspondente comprometimento para bolsista, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação, após a obtenção dos valores na planilha própria para o cálculo das deduções, compensações e retenções fiscais.
- Toda solicitação de pagamento a adiantado, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, ou seja, o recibo de adiantamento, devidamente atestado pelo RH quanto a forma de liquidação, e à sua conformidade.
- Caso a solicitação de pagamento a adiantado contenha previsão de atendimento com verba vinculada, o encaminhamento deverá, em primeiro lugar, transitar na Coordenação de Contratos e Convênios-CCC, para controle e visto.

- O ingresso do correspondente comprometimento, para adiantado, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.
- Toda solicitação de pagamento a antecipado, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela SAF, e do respectivo documento físico, ou seja, o recibo de antecipação, devidamente atestada pelo comprador quanto a forma de liquidação, e à sua conformidade.
- O ingresso do correspondente comprometimento, para adiantado, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.
- Toda solicitação de pagamento de diárias e ajuda de custo, será formulada mediante envio do encaminhamento, por meio físico ou eletrônico, que contenha as informações do código do centro de custo, do código da verba vinculada, e a autorização de pagamento pela diretoria de administração e finanças, e do respectivo documento físico, recibo de diária e ajuda de custo, devidamente atestado pelo gestor solicitante quanto a justificativa da viagem, motivo, destino e período, e à sua conformidade.
- O ingresso do correspondente comprometimento, para diárias e ajuda de custo, no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, se dará a partir da inclusão dos dados por digitação.

## **PROCEDIMENTO ORDINÁRIO DE PAGAMENTO**

### **Dos prazos e horários mínimos:**

- Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar, por importação, todas as Notas Fiscais de Fornecedor, que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados no setor financeiro, até 12h:00min de D-1 (dia útil anterior).

160  
e p

- Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todas as Notas Fiscais de serviço de prestador pessoa jurídica, que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados no setor financeiro, até 12h:00min de D-1.
- Diariamente, D zero, serão incluídas no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todas as Notas Fiscais de serviço de prestador pessoa física, que suas planilhas de cálculo, das deduções, compensações e retenções fiscais, tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos do Setor de Recursos Humanos.
- Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os recibos de prestação de serviços de prestador pessoa física, e todos os recibos de pagamento de bolsa de bolsista, que suas planilhas de cálculo, das deduções, compensações e retenções fiscais, tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos do SAP.
- Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os ADTDO de colaborador, que tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido homologados no setor de Recursos Humanos.
- Diariamente, D zero, serão incluídos no módulo de contas a pagar do sistema informatizado de gestão hospitalar por digitação, todos os ANTDO de fornecedor, de prestador PJ, de prestador PF, e que tenham sido protocolizadas no setor financeiro, até 12h:00min de D-1, independentemente da data que seus encaminhamentos tenham sido protocolizados na bancada de cálculos.
- Os documentos que tenham sido protocolizados após 12h:00min, serão considerados como se recepcionados às 08:00 horas de D+1.

161  
\* y R

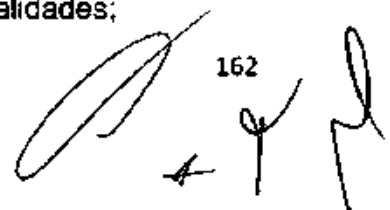
- Diariamente, D zero, às 16h:00min horas, será emitido relatório atualizado com todos os comprometimentos, com vencimento até D+1 (o dia útil seguinte), que será submetido à diretoria de administração e finanças para obter liberação para emissão dos cheques que serão assinados às 11:00 horas de D +1, em 1º lote, e às 15h:00min horas de D+1, em 2º lote.
- No 1º lote serão priorizados os cheques, para os pagamentos com cobrança bancária sem ficha de compensação (vencidos ou não), para os pagamentos com quitação por depósito em conta, para os pagamentos de guia de recolhimento de impostos e taxas, para reposição de fundo fixo, para os pagamentos de concessões de adiantamentos a colaboradores, e exceções autorizadas, nesta ordem.
- No 2º lote serão preparados os cheques, para os pagamentos com cobrança bancária com ficha de compensação (em dia), para os pagamentos com cobrança em carteira, para os pagamentos de concessões de antecipações a fornecedores, e antecipações a credores por Serviço, e exceções autorizadas, nesta ordem.

### 3.3.3 – Manual de Rotinas do Setor de Contratos

#### SETOR DE CONTRATOS

A Hemorrede Pública Estadual de Goiás constará de unidade administrativa responsável pelas atividades inerentes à gestão e formalização dos Contratos, tendo ela as seguintes responsabilidades:

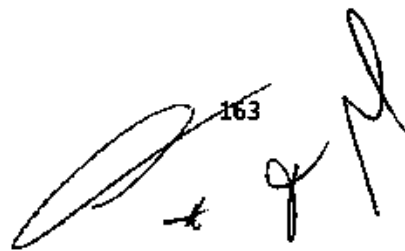
1. Análises de alterações contratuais decorrentes de pedidos de reajustes, repactuações, reequilíbrios econômico-financeiros;
2. Ampliações ou reduções dos quantitativos contratados;
3. Incidentes relativos a pagamentos;
4. Correta instrução processual;
5. Controle de prazos contratuais;
6. Prorrogações;
7. Encaminhamentos das ações relativas à aplicação de penalidades;

162  



8. Interlocução com as diversas áreas administrativas para assuntos relacionados;
9. Apoio e orientação às atividades de fiscalização exercidas pelo Fiscal do Contrato.

O Fiscal de Contrato deverá sempre que possível verificar se o contrato possui todas as cláusulas previstas em Lei, ou seja, observar se no contrato consta a primeira cláusula – Do Objeto até a última cláusula – Do Foro. As cláusulas obrigatórias estão discriminadas nos artigos 55 e 61 da Lei de Licitações. Dentre as atribuições do fiscal, se encontra o dever de acompanhar o processo licitatório em todas as suas fases, quando nomeado previamente, até a assinatura do contrato; bem como, na fase da execução contratual; onde deverá anotar em formulário próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, como também deverá acompanhar a execução do contrato, atentando sempre para a lei concomitante (8.666/93) e para todas as cláusulas estabelecidas, especialmente no que se refere às "Obrigações da Contratada", "Forma de Execução contratual", "Casos de Rescisão Contratual" e as "Penalidades Previstas", procurando sempre esclarecimentos às eventuais dúvidas, buscando assim, o resultado de excelência previsto pela administração do HURSO, em função do interesse público, incluindo os serviços terceirizados. Desta forma acreditamos que para termos um controle eficiente e mantendo o valor conforme planilha financeira, e não perdermos a qualidade do serviço, o Instituto de Gestão e Humanização - IGH terá através do setor de contratos uma maior transparência e eficiência na prestação de serviço.

O Setor de Contratos deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

163  




 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: CONTRATOS
		POP: (CONTRATOS + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
<b>Elaborado por (nome/função):</b>	<b>Revisado por (nome/função):</b>	<b>Aprovado por (nome/função):</b>

164  
*[Handwritten signature]*

### 3.3.4 – Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almojarifado e Patrimônio

#### ALMOXARIFADO

A importância da atividade do setor de suprimentos de uma unidade de saúde exerce papel primordial para a manutenção da qualidade do atendimento prestado ao cliente, exercendo influência direta no trabalho da equipe assistencial. Isso denota a primeira função da atividade de administração de recursos materiais e patrimoniais – o atendimento às necessidades de materiais, medicamentos e bens patrimoniais dos clientes internos (equipe assistencial) e dos clientes externos (pacientes).

É com esta visão estratégica que os gestores do serviço de almojarifado da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, deverão desenvolver suas atividades, preocupando-se com a continuidade operacional da organização e ao mesmo tempo com a manutenção de todo o sistema hospitalar, pois não adiantará ter um estoque repleto de materiais e medicamentos, e não ter dinheiro em caixa para comprar um antibiótico ou consertar uma autoclave, por exemplo. Assim, o almojarifado da Hemorrede Pública Estadual de Goiás terá por finalidade o recebimento, físico e contábil de todos os materiais adquiridos pela área de compras; a estocagem e a distribuição de materiais de higiene/limpeza, material de expediente, material de manutenção e alimentação. Estará subordinado à Coordenação de Materiais e Compras, que por sua vez está subordinada a Diretoria de Administração e Finanças.

Para obtenção de maior produtividade, maior segurança nas operações de controle e rapidez no atendimento aos usuários do serviço, o almojarifado deverá obedecer aos seguintes critérios:

- Possuir sistema informatizado para gerenciamento de estoque;
- Manter sintonia com o setor de compras particularmente quando da chegada dos materiais;
- Manter o controle dos estoques em termo de quantidade e valor, minimização das perdas por deterioração dos materiais e por desvio de materiais;
- Manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e estado dos materiais estocados;

- Identificar e retirar do estoque os itens obsoletos;
- Determinar o volume necessário de estoque para um determinado período.
- Possuir alto grau de flexibilidade do arranjo físico e utilização adequada do espaço,
- Redução da necessidade de equipamentos de movimentação de materiais;
- Garantir os requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

#### **Objetivos do Almojarifado:**

- Organizar e controlar todo o recebimento, físico e contábil de todos os materiais adquiridos pela área de compras, além da estocagem e a distribuição de materiais de em geral, necessários a todas as atividades da Hemorrede Pública Estadual de Goiás;
- Estabelecer um conceito bem definido de logística hospitalar, necessário para melhor compreensão do fluxo contínuo dos materiais, as relações tempo-estoque na produção e na prestação do serviço;
- Apoiar firmemente cada fase do sistema gestão hospitalar, com um máximo de eficiência, através da coordenação de suprimentos, produção, embalagem e transporte de suprimentos.

A logística proposta para obtenção dos objetivos se constitui pelo planejamento de materiais, compras, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, farmácias, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento. A gestão é iniciada na rede de fornecimento e finalizada após o descarte/uso do material ou medicamento. A Gerência de almojarifado deverá abranger os setores:

1. Recepção, armazenamento e expedição de produtos farmacêuticos;
2. Recepção, armazenamento e expedição de materiais e equipamentos.

166  
\* P M

## SETOR DE PATRIMÔNIO

Mudanças vividas no cenário da administração pública, principalmente em razão do enfoque patrimonial dado pelo advento das normas de contabilidade aplicada ao setor público, têm impulsionado um crescimento das exigências advindas dos organismos de controle externo em direção a conquista deste novo paradigma. Neste sentido, considerando que uma parte considerável dos recursos orçamentários tem sido destinada à imobilização de ativos e, nem sempre, as rotinas de registros patrimoniais existentes tem garantido o suficiente controle e a salvaguarda destes itens do patrimônio público, cresce a necessidade da permanente atualização dos profissionais envolvidos com este departamento, bem como a constante reavaliação dos procedimentos adotados nesta área. Com efeito, embora as atividades do controle patrimonial sejam caracterizadas como de apoio administrativo, uma gestão eficiente dos ativos pode oportunizar economias ou repriorizações orçamentárias, tendo em vista que a escassez de recursos e as demandas crescentes da sociedade têm requerido dos gestores públicos um grande esforço no sentido de adequar estas necessidades às possibilidades financeiras da administração.

### Competências do Setor de Patrimônio:

- Atender a instrução normativa nº 205/88, inventário físico é o instrumento de controle para a verificação dos equipamentos e materiais permanentes, em uso no órgão ou entidade;
- Realizar inventário físico de bens móveis, que, por lei, deve ser feito anualmente;
- Realizar o ajuste dos dados escriturais de saldos e movimentações dos estoques com saldo físico real das instalações;
- Realizar análise do desempenho das atividades do encarregado do controle através dos resultados obtidos no levantamento físico;
- Realizar levantamento da situação dos equipamentos e materiais permanentes em uso e das suas necessidades de manutenção e reparos e/ou constatação de que o bem móvel é ou não necessário em cada unidade.
  - Recebimento da documentação pertinente à incorporação dos bens;

- Cadastramento dos bens no Sistema de Patrimônio;
- Emissão do termo de responsabilidade;
- Identificação física do bem, com a fixação de plaqueta patrimonial, observada a padronização de etiqueta de código de barras, gerada pelo Sistema de Patrimônio.

Características do inventário a ser utilizado na Hemorrede Pública Estadual de Goiás:

- **Inicial:** realizado no início do contrato de gestão, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade.
- **Eventual:** realizado em qualquer época, por iniciativa da gestão da ou por iniciativa do órgão fiscalizador.
- **Anual:** destinado a comprovar a quantidade e o valor do acervo patrimonial de cada unidade gestora existente em 31 de dezembro de cada exercício, constituído do inventário anterior e das variações patrimoniais ocorridas durante o exercício.
- **De transferência de responsabilidade:** realizado quando da mudança de uma unidade gestora.
- **De extinção ou transformação:** realizado quando da extinção ou transformação da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

O inventário que será realizado, no início deste contrato, será os denominados Inicial e Anual, e seu objetivo será comprovar a quantidade dos bens patrimoniais do acervo componente da Hemorrede Pública Estadual de Goiás. Ele é obrigatório e deve representar as informações relativas ao exercício. Espera-se que, ao final desse trabalho, os gestores da Hemorrede Pública Estadual de Goiás possam:

- Ter uma visão da real situação dos bens existentes na Hemorrede Pública Estadual de Goiás;
- Identificar os bens não inventariados e tomar as providências necessárias;
- Identificar os bens ociosos e em disponibilidade redistribuindo-os a outras unidades gestoras;
- Identificar os bens inservíveis tomando as devidas providências para seu desfazimento;

168  
# Y M

- Identificar os bens particulares presentes nas unidades gestoras.

**Observação:**

- Os inventários físicos de cunho gerencial deverão ser efetuados por comissão designada pelo Supervisor Administrativo/Financeiro, ressalvados aqueles de prestação de contas, que deverão se subordinar às normas do Sistema de Controle Interno.

**Agentes do Inventário:**

Para a realização do inventário é necessária a cooperação entre os diversos agentes envolvidos com o patrimônio. Esses agentes são: o gestor, a comissão inventariante, o setor de patrimônio, e os responsáveis por guarda de bens. A seguir apresentamos as atribuições de cada agente no processo de inventário:

**Gestor:** O Gestor será o dirigente máximo do setor, a ele competirá:

- Designar a Comissão de Inventário, bem como acompanhar o desenvolvimento de seu trabalho;
- Ratificar o relatório final de inventário elaborado pela Comissão de Inventário;
- Encaminhar os relatórios financeiros;
- Encaminhar cópia dos relatórios final de inventário e financeiros para a auditoria geral.
- Tomar providências para saneamento de bens inservíveis.

**Comissão Inventariante:** deverá ser implantada e definida as atribuições no primeiro mês de contrato.

**Setor de Patrimônio:** Na atividade de Inventário, o Setor de Patrimônio terá a função de apoio e de atualização das informações. Dentre as suas atribuições destaca-se:

- Emitir a relação de bens para inventário do exercício;
- Executar o tombamento de bens não tombados;
- Executar a transferência dos bens com localização indevida;
- Atualizar as informações cadastrais dos bens, quando sua inservibilidade, existência, e emplaquetamento;
- Emitir relatórios finais para elaboração de relatório final;

- Emitir os relatórios financeiros para o gestor da Unidade;
- Emitir os termos de responsabilidade atualizados após a abertura do próximo exercício.

**Responsável por Guarda:** Na atividade de Inventário, o responsável pela guarda e conservação de bens patrimoniais tem a função de:

- Zelar pelo bom uso e manutenção da conservação dos bens sob sua responsabilidade;
- Prestar ao setor de patrimônio informações acerca dos bens sob sua responsabilidade;
- Manter constantemente atualizadas as informações relacionadas aos bens sob sua responsabilidade;
- Verificar se as informações dos bens constantes da relação de bens se correspondem à realidade de seu local de guarda;
- Preencher o relatório "bens existentes" quando identificar que algum bem presente no local não está discriminado na relação de bens;
- Preencher o relatório bens de particulares, coletando a assinatura do proprietário do bem no local apropriado;
- Receber do setor de patrimônio o termo de responsabilidade renovado relativo a cada exercício;
- Proceder à conferência do termo de responsabilidade e manifestar-se por escrito ao setor de patrimônio caso existam divergências quanto aos bens relacionados;
- Assinar o termo de responsabilidade renovado dos bens sob sua guarda;
- Entregar uma via do termo de responsabilidade renovado ao setor de patrimônio para arquivamento e guardar a outra via para eventuais conferências.

O Instituto de Gestão e Humanização – IGH encaminhará mensalmente junto com a prestação de contas um relatório atualizado com a relação de todos os bens móveis da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, para acompanhamento e ciência, principalmente de equipamentos, para análise de conservação e estado de uso.

170  
+

**FLUXO PARA O SETOR DE PATRIMÔNIO**

DESCRIÇÃO DO FLUXO	UNIDADE RESPONSÁVEL	O QUE FAZER
1º	Patrimônio	- Recebe uma via do processo de compras
2º	Fornecedor	- Recebe a solicitação de compras; - Efetua a entrega do material solicitado.
3º	Almoxarifado	- Realiza a conferência da solicitação de compras, com a Nota Fiscal do fornecedor, conferi todos os dados, e se o material entregue foi o mesmo solicitado pelo IGH; - Caso não seja compatível com a solicitação de compras, devolve o material ao fornecedor e aguarda nova entrega; - Caso esteja compatível com a solicitação encaminha para o setor de Patrimônio.
4º	Patrimônio	- Realiza a conferência do material; - Registra o bem imóvel no sistema patrimonial; - Gera número de etiquetamento ao bem imóvel; - Encaminha o bem para setor solicitante; - Informa ao Setor de Engenharia Clínica caso seja algum equipamento, para acompanhamento; - Informa ao Financeiro o número de patrimônio.

**Manual de Procedimentos de Bens Patrimoniais:**

Visando estabelecer uma padronização dos procedimentos no que diz respeito à guarda, tombamento, transferências, baixas, incorporações e dentre outras ações pertinentes à área de Patrimônio é que se faz necessário o estabelecimento de um instrumento que venha normatizar todos os procedimentos necessários para uma boa gestão dos bens patrimoniais da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás**.



**Objetivo:**

- Definir conceitos e competências, estabelecendo procedimentos para toda a movimentação física e contábil dos bens patrimoniais, próprios e de terceiros, sob a responsabilidade da Hemorrede Pública de Goiás.

**Definições e Conceitos:**

**Alienação:** procedimento de transferência da posse e propriedade de um bem, por intermédio de venda, doação ou permuta. A alienação de bens da administração pública obedece às disposições contidas no artigo 17, Inciso II da Lei Federal 8.666/93.

**Baixa Patrimonial:** procedimento de exclusão de bens do ativo permanente da Hemorrede Pública de Goiás.

**Bens de Terceiros/Cessão de Uso:** transferência gratuita da posse de um bem público de uma entidade ou órgão para outro, a fim de que o cessionário o utilize nas condições estabelecidas no respectivo termo, por tempo certo ou indeterminado. É ato de colaboração entre repartições públicas em que aquela que tem bens desnecessários aos seus serviços cede o uso a outra que está precisando.

**Bens de Terceiros/Permissão de Uso:** ato negocial com ou sem condições, gratuito ou remunerado, por tempo certo ou indeterminado, sempre modificável e revogável; unilateral, discricionário e precário, através do qual a administração faculta ao particular a utilização individual de determinado bem, desde que, também de interesse da coletividade.

**Bens de Terceiros:** é todo material permanente ingressado na unidade através de contrato de Cessão de uso/depósito, ou quando o órgão financiador é o detentor do bem.

**Bens do Ativo Permanente:** classificado quanto a sua natureza do ponto de vista do patrimonialismo, valendo-se, para a adequada classificação, da assessoria de órgãos técnicos e/ou unidades interessadas.

**Comodato:** é todo empréstimo gratuito de bem infungíveis (duráveis) que devem ser restituídos no tempo convencionado, ou recebidos por doação.

172  
+ [assinatura]

**Convênio:** acordo entre dois ou mais órgãos públicos, onde são realizadas aquisições de bens patrimoniais com recurso do órgão concedente do convênio podendo ou não ser doado para a Hemorrede Pública de Goiás.

**Depósito:** local de "trânsito" de bens permanentes, onde se guarda o bem até sua destinação final.

**Disponibilidade:** procedimento pelo qual o usuário informa o desuso/inservibilidade do bem.

**Distribuição:** processo de entrega, recebimento e posse de um bem.

**Doação:** entrega gratuita de direito de propriedade para a Hemorrede Pública de Goiás, constituindo-se em liberalidade do doador.

**Doação Clausulada:** entrega gratuita de direito de propriedade para a Hemorrede Pública de Goiás, constituindo-se em liberalidade do doador, cuja utilização e/ou destinação encontra-se estabelecida no respectivo termo de doação.

**Plaquetagem:** identificação física do bem através da atribuição de número patrimonial, por meio de plaqueta. Sempre que possível, deve-se fixar a plaqueta em lugar visível e outra oculta, como medida de segurança, tendo a precaução necessária para que não seja afetado o funcionamento do bem. Quando não for possível a fixação da etiqueta, adotar outros meios para identificação do bem: como pintura, gravação, etc. Nenhum bem incorporado ao patrimônio deve ficar sem número de identificação.

**Levantamento Físico/Inventário:** Levantamento e identificação dos bens e locais, visando comprovação de existência física, integridade das informações contábeis do usuário responsável.

**Localização Física:** prédio, andar, sala ou outra edificação situada ou não nas instalações da Hemorrede Pública de Goiás, registrado no seu cadastro de bens imóveis, onde se encontram os bens móveis.

**Patrimônio:** conjunto de bens, direitos e obrigações suscetíveis de apreciações econômicas, obtidas através de compra, doação ou outra forma de aquisição, devidamente identificado e registrado.

**Responsável Coletivo:** aquele que detém a guarda dos bens de uso comum.

**Mudança de Local:** procedimento pelo qual se transfere um bem de um setor para outro, dentro da mesma Unidade.

**Mudança de Responsabilidade:** procedimento pelo qual se transfere a responsabilidade sobre os bens, nas mudanças de seus detentores.

**Transferência:** procedimento pelo qual se desloca, fisicamente, um bem de uma Unidade para outra.

**Usuário Responsável ou Detentor:** aquele que detém o bem sob sua guarda.

### Normas e Procedimentos:

1. **Compra:** incorporação de bem patrimonial adquirido via empenho.
  - Documentação necessária: nota fiscal, nota de empenho, solicitação de compra. Autuar toda documentação em processo administrativo. A nota fiscal deverá estar em conformidade com a nota de empenho.
2. **Convênio:** incorporação de bem adquirido com verbas de Convênios.
  - Documentação necessária relativa a cada convênio: cópia do instrumento de convênio; nota fiscal, relação detalhada dos bens, respectivos valores e em caso de importações, declaração de importação. O processo necessita de autorização do diretor geral, através de emissão de termo de doação.
3. **Doação:** As incorporações devem ser efetuadas das seguintes formas.

#### Doação de Instituições:

- Documentação necessária: termo de doação, termo de aceitação e transferência de domínio e relação dos bens com os respectivos valores, declaração de importação em caso de bens importados.

#### Doação Pessoa Física:

- Documentação necessária: termo de doação constando CPF, descrição e valor do bem, ou nota fiscal. O processo necessita de aprovação do Diretor Geral.

4. **Em Poder de Terceiros, Convênios e Outros:** registro de um bem patrimonial utilizado por terceiros fora da Hemorrede Pública de Goiás.

- Documentação necessária: instrumento do convênio ou termo de permissão de uso ou termo de comodato. O processo necessita de autorização do Diretor

- geral. No termo deverá constar o período, e o tipo de vínculo (Empréstimo, Comodato ou contrato).
5. **Fabricação Própria ou de Terceiros:** procedimento para incorporar um bem patrimoniável fabricado na própria unidade ou em outro local.
    - Documentação necessária: guia de produção, documento que comprove a fabricação do bem emitido pelo executor no caso de fabricação própria, nota fiscal no caso de fabricação de terceiros. O processo necessita de autorização do diretor geral.
  6. **Passagem de Bens (Transferência):** utiliza-se desta ação para se transferir um bem patrimonial de uma Instituição para outra.
    - Documentação necessária: ofício demonstrando o interesse pelo bem. O processo necessita de autorização do Diretor Geral.
  7. **Reincorporação:** incorporação de um bem baixado.
    - Documentação necessária: autuar processo com o ofício de solicitação da referida incorporação. Necessita de autorização do chefe imediato da área requerente.
  8. **Migração de Bens:** migração de um bem patrimonial e um centro de custo, ou de uma sala, prédio ou Hemorrede Pública de Goiás.
  9. **Inventário Físico:** procedimento adotado anualmente com a designação de uma comissão de patrimônio, nomeada pelo Diretor Geral.

**Competências do Usuário:**

Os colaboradores, técnicos e administrativos serão, pessoalmente, responsáveis pelos bens da Hemorrede Pública de Goiás, de qualquer espécie, postos sob sua guarda, assim como toda movimentação de bens (troca de responsável, mudança de local, solicitação de recolhimento, transferência) deverá ser comunicada ao Patrimônio. Serão de suas competências:

- Solicitar a manutenção de bens sob sua responsabilidade ao Setor de Patrimônio quando necessário;

175

- Quando do seu desligamento da unidade, o responsável deverá entregar a carga patrimonial sob sua responsabilidade ao setor de patrimônio que emitirá um nada consta;
- Providenciar a lavratura do boletim de ocorrência quando houver furto ou extravio de bens sob sua responsabilidade e a enviar cópia para o setor de Patrimônio.
- Ter relação de bens sob sua guarda (Termo de Responsabilidade).

**Responsabilidade e Indenização:**

- Todo colaborador poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado, para guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material, esteja ou não sob sua guarda.
- Será dever do colaborador comunicar imediatamente, a quem de direito, qualquer irregularidade ocorrida com o material entregue aos seus cuidados.
- O documento básico para ensejar exame do material e/ou averiguação de causas da irregularidade havida com o mesmo será a comunicação do responsável pelo bem, de maneira circunstanciada, por escrito, sem prejuízo de participações verbais, que, informalmente, antecipam a ciência, pelo administrador, dos fatos ocorridos;
- Recebida a comunicação, o dirigente do Departamento de Administração ou da unidade equivalente, após a avaliação da ocorrência poderá:
  - o Concluir que a perda das características ou avaria do material decorreu do uso normal ou de outros fatores que independem da ação do consignatário ou usuário;
  - o Identificar, desde logo, o (s) responsável (eis) pelo dano causado ao material, sujeitando-o(s) às providências cabíveis;
  - o Designar comissão especial para apuração da irregularidade, cujo relatório deverá abordar os seguintes tópicos, orientando, assim, o julgamento quanto à responsabilidade do (s) envolvido(s) no evento:
    - a. A ocorrência e suas circunstâncias;
    - b. Estado em que se encontra o material;
    - c. Valor do material, de aquisição, arbitrado e valor de avaliação;

176  
A P

- d. Possibilidade de recuperação do material e, em caso negativo, se há matéria-prima a aproveitar;
  - e. Sugestão sobre o destino a ser dado ao material; e,
  - f. Grau de responsabilidade da(s) pessoa (s) envolvida (s).
- Caracterizada a existência de responsável (eis) pela avaria ou desaparecimento do material, ficará (ão) esse (s) responsável (eis) sujeito (s), conforme o caso e além de outras penas que forem julgadas cabíveis:
- a. Arcar com as despesas de recuperação do material; ou
  - b. Substituir o material por outro com as mesmas características; ou
  - c. Indenizar, em dinheiro, esse material, a preço de mercado, valor que deverá ser apurado em processo regular através de comissão especial designada pelo dirigente do departamento de administração ou da unidade equivalente.
- Da mesma forma, quando se tratar de material cuja unidade seja "jogo", "conjunto", "coleção", suas peças ou partes danificadas deverão ser recuperadas ou substituídas por outras com as mesmas características, ou na impossibilidade dessa recuperação ou substituição, indenizadas, em dinheiro, de acordo com o disposto no subitem acima.
- Em se tratando de material de procedência estrangeira, a indenização será feita com base no valor da reposição (considerando-se a conversão ao câmbio vigente na data da indenização).
- Quando não for (em), de pronto, identificado(s) responsável(eis) pelo desaparecimento ou dano do material, o detentor da carga solicitará ao chefe imediatas providências para abertura de sindicâncias, por comissão incumbida de apurar responsabilidade pelo fato e comunicação ao órgão de Controle Interno, visando assegurar o respectivo ressarcimento;
- Não deverá ser objeto de sindicância, nos casos de extravio, o material de valor econômico.
- Todo colaborador ao ser desvinculado do cargo, função ou emprego, deverá passar a responsabilidade do material sob sua guarda a outrem, salvo em casos de força maior, quando:
- o Impossibilitado de fazer, pessoalmente, a passagem de responsabilidade do material, poderá o colaborador delegar a terceiros essa incumbência;

*[assinatura]*  
177  
*[assinatura]*

- o Não tendo esse procedido na forma da alínea anterior, poderá ser designado colaborador do setor, ou instituída comissão especial pelo dirigente do departamento de administração ou da unidade equivalente, nos casos de cargas mais vultosas, para conferência e passagem do material.
- Caberá ao setor cujo colaborador estiver deixando o cargo, função ou emprego, tomar as providências preliminares para a passagem de responsabilidade, indicando, inclusive, o nome de seu substituto ao setor de controle do material permanente.
- A passagem de responsabilidade deverá ser feita obrigatoriamente, à vista da verificação física de cada material permanente e lavratura de novo Termo de Responsabilidade.
- Na hipótese de ocorrer qualquer pendência ou irregularidade caberá ao dirigente da administração ou da unidade equivalente adotar as providências cabíveis necessárias à apuração e imputação de responsabilidade.

**Material Permanente e Material de Consumo:**

Será evidenciado distinção entre material de consumo e material permanente. Para efeito deste contrato, entende-se como material de consumo e material permanente:

**Material de Consumo:** aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

**Material Permanente:** aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

**Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:**

**Critério da Durabilidade:** Se em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;

**Critério da Fragilidade:** Se sua estrutura for quebradiça, deformável ou danificável, caracterizando sua irrecuperabilidade e perda de sua identidade ou funcionalidade;

**Critério da Perecibilidade:** se está sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou se deteriore ou perca sua característica pelo uso normal;

**Critério da Incorporabilidade:** se está destinado à incorporação a outro bem, e não pode ser retirado sem prejuízo das características do principal. Se com a incorporação houver alterações significativas das funcionalidades do bem principal e/ou do seu valor monetário, será considerado permanente;

**Critério da Finalidade:** se o material foi adquirido para consumo imediato ou para distribuição gratuita; e

**Critério da Transformabilidade:** se foi adquirido para fim de transformação.

**Classificação de Materiais de Consumo e Permanente, Material de Consumo e Material Educativo:**

**Material de Expediente:** agenda, alfinete de aço, almofada para carimbos, apontador de lápis, bandeja para papéis, bloco para rascunho bobina papel para calculadoras, borracha, caderno, caneta, capa e processo, carimbos em geral, cartolina, classificador, clipe cola, colchete, corretivo, envelope, espátula, estêncil, estilete, extrator de grampos, fita adesiva, fita para máquina de calcular, goma elástica, grafite, grampeador, grampos, guia para arquivo, guia de endereçamento postal, impressos e formulário em geral, intercalador para fichário, lacre, lápis, lapiseira, limpa tipos, livros de ata, de ponto e de protocolo, papéis, pastas em geral, percevejo, perfurador, pinça, placas de acrílico, plásticos, porta-lápis, registrador, régua, tesoura e afins.

**Material de Processamento de Dados:** cartuchos de tinta, capas plásticas protetoras para micros e impressoras, CD-ROM virgem, mouse PAD peças e acessórios para computadores e periféricos, recarga de cartuchos de tinta, toner para impressora laser, cartões magnéticos e afins.

**Material de Acondicionamento e Embalagem:** arame, barbante, caixas plásticas, de madeira, papelão cordas, engradados, fitas de aço ou metálicas, garrafas e potes, linha, papel de embrulho, papelão, sacolas, sacos e afins.



Material de Cama, Mesa e Banho, Cobertores, colchas, colchonetes, fronhas, lençóis, toalhas, travesseiros, almofadas e afins.

**Material de Copa e Cozinha:** abridor de garrafa, açucareiros, artigos de vidro e plástico, bandejas, coadores, colheres, copos, facas, farinheiras frigideiras, garfos, garrafas térmicas, paliteiros, panelas, panos de cozinha, papel alumínio, pratos, recipientes para água, suportes de copos para cafezinho, tigelas, xícaras e afins.

**Material de Limpeza e Produção de Higienização:** cesto para lixo, desinfetante, mangueira, papel higiênico, sabonete, álcool gel 70%, repelente, protetor solar e afins.

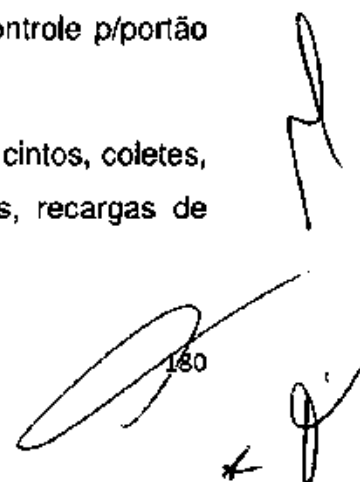
**Material para Manutenção de Bens Imóveis:** amianto, aparelhos sanitários, arames liso e farpado, areia, basculante, boca de lobo, boia, brita, brocha, cabo metálico, cal, cano, cerâmica, cimento, condutores de fios, conexões, curvas, esquadrias, fechaduras, ferro, gaxetas, grades, impermeabilizantes, isolantes acústicos e térmicos, janelas, Joelhos, ladrilhos, lavatórios, lixas, madeira, marcos de concreto, massa corrida, niple, papel de parede, parafusos, pias, pigmentos, portas e portais, pregos, rolos solventes, sifão, tampa para vaso, tampão de ferro, tanque, tela de estuque, telha, tijolo, tinta, torneira, trincha, tubo de concreto, válvulas, verniz, vidro e afins.

**Material para Manutenção de Bens Móveis:** cabos, chaves, cilindros para máquinas copiadoras, compressor para ar condicionado, peças de reposição de aparelhos e máquinas em geral e afins.

**Material Elétrico e Eletrônico:** benjamins, bocais, calhas, capacitores e resistores, chaves de ligação, circuitos eletrônicos, condutores, componentes de aparelho eletrônico, diodos, disjuntores, eletrodos, eliminador de pilhas, espelhos para interruptores, fios e cabos, fita isolante, fusíveis, interruptores, lâmpadas e luminárias, pilhas e baterias, pinos e plugas, placas de baquelite, reatores, receptáculos, resistências, starts, suportes, tomada de corrente, controle p/portão eletrônico. Controle p/ TV e DVD e afins.

**Material de Proteção e Segurança:** cadeados, capacetes, chaves, cintos, coletes, dedais, guarda-chuvas, lona, luvas, mangueira de lona, máscaras, recargas de extintores e afins.

180



**Material para Áudio, Vídeo e Foto:** álbuns para retratos, alto-falantes, antenas internas, lâmpadas especiais, molduras, pen drive e afins.

**Sementes, Mudas de Plantas e Insumos:** adubos, argila, plantas ornamentais, bulbos, enxertos, fertilizantes, mudas envasadas ou com raízes, sementes, terra, tubérculos e afins.

**Material Laboratorial:** bastões, bico de gás, cálices, corantes, filtros de papel, fixadoras, frascos, funis, garra metálica, lâminas de vidro para microscópio, lâmpadas especiais, luvas de borracha, pinças, rolhas, vidraria, tais como: balão volumétrico, Becker, conta-gotas, Erlenmeyer, pipeta, proveta, termômetro, tubo de ensaio e afins.

**Material Hospitalar:** algodão, compressa de gaze, esparadrapo, luvas, termômetro clínico, ataduras e afins.

**Ferramentas:** alicate, broca, caixa para ferramentas, chaves em geral, enxada, espátulas, martelo, pá, picareta, serrote, tesoura de podar, trena e afins.

**Manutenção e Conservação de Equipamentos:** serviços de reparos e consertos de máquinas e equipamentos de processamento de dados e periféricos, máquinas e equipamentos gráficos e afins.

**Manutenção e Conservação de Bens Imóveis:** pedreiro, carpinteiro e serralheiro, pintura, reparos em instalações elétricas e hidráulicas, reparos, recuperações e adaptações de biombos, carpetes, divisórias e lambris e afins.

**Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos:** Equipamentos hospitalares, equipamentos de proteção e segurança e afins.

**Serviços Gráficos:** confecção de impressos em geral, encadernação de livros jornais e revistas, impressão de jornais, boletins, encartes, folder e assemelhados e afins.

**Material Permanente:**

- Aparelhos e Equipamentos de Comunicação: antena parabólica, aparelho de telefonia, central telefônica, interfone, rádio receptor e afins.
- Aparelhos e Utensílios Domésticos: aparelhos de copa e cozinha, batedeira, botijão de gás, cafeteira elétrica, chuveiro ou ducha elétrica, circulador de ar,

condicionador de ar (móvel), conjunto de chá/café/jantar, escada portátil, enceradeira, exaustor, aquecedor, filtro de água, fogão, forno de micro-ondas, geladeira, grill, liquidificador, máquina de lavar louça, secador de prato, torneira elétrica e afins.

- Coleções e Materiais Bibliográficos: álbum de caráter educativo, coleções e materiais bibliográficos informatizados, dicionários, enciclopédia, ficha bibliográfica, jornal e revista (que constitua documentário), livro, mapa, material folclórico, partitura musical, publicações e documentos especializados destinados a bibliotecas e espaço infantil e afins.
- Equipamento de Proteção, Segurança e Socorro: extintor de incêndio, para raio, sinalizador de garagem, porta giratória, circuito interno de televisão e afins.
- Máquinas e equipamentos gráficos: aparelho para encadernação, copiadora, cortadeira elétrica, costuradora de papel, grampeadeira, guilhotina e afins.
- Equipamentos para Áudio, Vídeo e Foto: amplificador de som, caixa acústica, data show, filmadora, máquina fotográfica, televisor, tela para projeção e afins.
- Máquinas, Utensílios e Equipamentos Diversos: aparador de grama, aparelho de ar condicionado, bebedouro e afins.
- Equipamentos de Processamento de Dados: caneta óptica, computador, data show, impressora, kit multimídia.
- Mobiliário em Geral: armário, arquivo de aço ou madeira, balcão (tipo atendimento), banco, banqueta, base para mastro, cadeira, cama, carrinho fichário.
- Peças não Incorporáveis a Imóveis: biombos, carpetes (primeira instalação), cortinas, divisórias removíveis, estrados, persianas, tapetes, grades e afins.

### **Responsabilidades do Setor de Patrimônio sobre Bens:**

#### **Bens Móveis:**

- Receber nota fiscal;
- Verificar se todos os documentos da empresa estão em dia e também o cabeçalho na nota fiscal (destinatário, CNPJ, endereço, natureza da operação etc.);
- Conferir os bens com a nota fiscal;
- Estando correto, receber e armazenar os bens;

182

- Consultar todos os dados da solicitação de compras;
- Com todas as informações em mãos lançar a nota fiscal;
- Cadastrar a carga patrimonial.
- Movimentar a carga para o setor requisitante.
- Autorizar a movimentação e imprimir o termo de responsabilidade.
- Emplaquetar os bens com o número do tombamento correspondente.
- Encaminhar os bens e o termo de responsabilidade para o setor requisitante.
- Ao receber o termo de responsabilidade o setor deve proceder à conferência dos bens o mais rápido possível.
- Arquivar o termo assinado e também cópia da nota fiscal.
- Realizar o balanço mensal (fechamento do fluxo financeiro e fechamento das notas fiscais)
- Encaminhar relação atualizada para a contratante, para acompanhamento.
- Realizar, mensalmente, a depreciação dos bens móveis do ~~HURSO~~

da Hemenede

**Bens Imóveis:**

- Alimentar o Sistema de Patrimônio.
- Fazer a validação dos bens imóveis de acordo com as obras e reformas concluídas, em datas pré-agendadas.

**Bens com Defeito (na garantia):**

- O requisitante deverá providenciar o laudo técnico com descrição do defeito.
- Encaminhar para o fornecedor o equipamento com o laudo para as devidas providências.

**Bens com Defeito (fora da garantia):**

- O requisitante deverá providenciar o laudo técnico com a descrição do defeito.
- Providenciar, no mínimo, 3 (três) orçamentos.
- Solicitar recursos e tomar as devidas providências.
- Os procedimentos acima descritos não são de competência do setor de Patrimônio e sim do setor de manutenção e/ou engenharia clinica, que deverá comunicar ao setor de patrimônio.

**Bens Danificados sem Condições de Uso:**

Handwritten signature and initials at the bottom right of the page.

- Encaminhar o bem ao setor de patrimônio, acompanhado de memorando solicitando a baixa do equipamento, com exceção de equipamento de informática.
- O setor de patrimônio abrirá um processo de baixa e encaminhará ao Financeiro para a regularização, como também a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

**Bens em Desuso:**

- Comunicar, por escrito, ao setor de patrimônio a existência de todo mobiliário ou equipamento em desuso.
- Essa comunicação deverá ser feita antes de qualquer envio de material ao mesmo.
- O patrimônio fará uma consulta para detectar demandas e providenciará a transferência e/ou baixa do referido material, e encaminhar para a contratante com a devida documentação necessária.

**Incorporação de Patrimônio:**

O setor de Patrimônio, ao receber a mercadoria oriunda de doação, mediante nota fiscal e/ou termo de repasse:

- Providenciar abertura de processo;
- Lançar as doações no sistema;
- Encaminhar o processo ao diretor geral e informar a secretaria estadual de saúde para incorporação do patrimônio;
- Imprime termos de responsabilidade;
- Emplaquetar os materiais;
- Encaminhar os termos e as doações ao setor contemplado;
- O setor deve devolver uma via do termo, assinada pelo responsável, mediante carimbo, o mais rápido possível, ao setor de patrimônio.

**Termo de Responsabilidade:**

- O Gestor da Unidade Administrativa solicitante dos materiais deverá se responsabilizar pela utilização do bem e pela indenização à instituição, em caso de extravio e perda, na forma e nos casos previstos na legislação em vigor.
- Após a assinatura do Termo de Responsabilidade pelo responsável do **HURSO** deverá atentar que é expressamente proibido o remanejamento de qualquer material constante no referido termo sem a autorização do setor de patrimônio.

### 3.3.5 – Manual para o Transporte de Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados

A finalidade de uma transfusão sanguínea é proporcionar melhorias no estado fisiológico do receptor de sangue. Os hemocomponentes são produzidos, em geral, a partir de sangue coletado de indivíduos sadios, em estabelecimentos conhecidos como serviços de hemoterapia. Estas coletas acontecem em serviços com características próprias como hemocentros coordenadores e demais serviços hemoterápicos da rede de hemoterapia pública, privada ou conveniada.

As coletas podem ocorrer em estruturas provisórias ou mesmo em unidades móveis (ônibus) nas chamadas coletas externas, sob a responsabilidade de um serviço de hemoterapia.

Os hemocomponentes são preparados por mecanismos de centrifugação das bolsas de sangue total, sendo considerados produtos biológicos lábeis destinados ao uso em pacientes ou encaminhados a processo de fabricação farmacêutica, no caso do plasma, para fracionamento de proteínas de valor terapêutico.

O sangue coletado em bolsas plásticas, em sistema fechado e estéril, é então transportado ao laboratório de processamento de hemocomponentes e em seguida armazenado para posterior etiquetagem, liberação para estoque, distribuição e dispensação ao usuário, conforme solicitação médica. O material biológico é colhido à temperatura corporal, isto é, aproximadamente 37°C. Mas, a fim de manter as suas propriedades biológicas fundamentais, realizam-se técnicas de resfriamento e manutenção a temperaturas bem definidas.

Daí o termo cadeia de frio do sangue, que começa no momento em que o sangue é coletado e continua até que seja transfundido. Se o sangue é armazenado ou transportado fora dessas temperaturas por muito tempo, ele perde suas características e conseqüentemente suas propriedades terapêuticas. Além disso, outros fatores de grande preocupação são, por exemplo, o risco de contaminação microbiana, quando o material é exposto a temperaturas mais altas, sendo esta uma ótima condição para o crescimento microbiológico, além do risco de deterioração do produto se exposto a temperaturas abaixo de zero.

As considerações acima são, em linhas gerais, a primeira preocupação no processo regulatório de transporte de sangue e componentes, ou seja, garantir meios de conservação de suas propriedades terapêuticas e manutenção da qualidade do produto durante o trânsito deste material.

Outro processo de transporte importante, neste contexto, é o da amostra biológica para triagem laboratorial de doadores.

Juntamente com a coleta das bolsas de sangue, ocorre a coleta de amostras para a realização de testes laboratoriais que especificam e qualificam o sangue do doador.

Testes para a detecção de marcadores de agentes infecciosos transmissíveis pelo sangue são realizados por diversas técnicas sorológicas e de biologia molecular, a fim de garantir que o sangue coletado seja seguro para a transfusão.

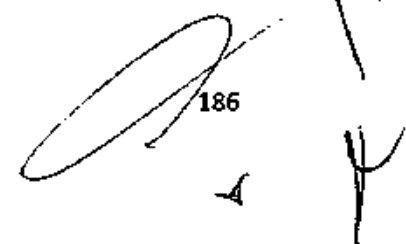
Também são realizados os testes imuno-hematológicos obrigatórios, na perspectiva de evitar ou diminuir eventos relacionados aos processos imunológicos transfusionais. Assim, estas amostras colhidas devem ser transportadas até os respectivos laboratórios de forma a garantir integridade e qualidade pré-analítica, evitando todos os tipos de interferências e erros laboratoriais.

Convém ainda citar que as amostras de sangue colhidas dos pacientes (receptores) que se submeterão à transfusão sanguínea nos diferentes serviços de saúde devem seguir os mesmos cuidados referentes ao transporte até os serviços de hemoterapia e serviços de saúde que realizarão os testes imuno-hematológicos para prestar a assistência hemoterápica.

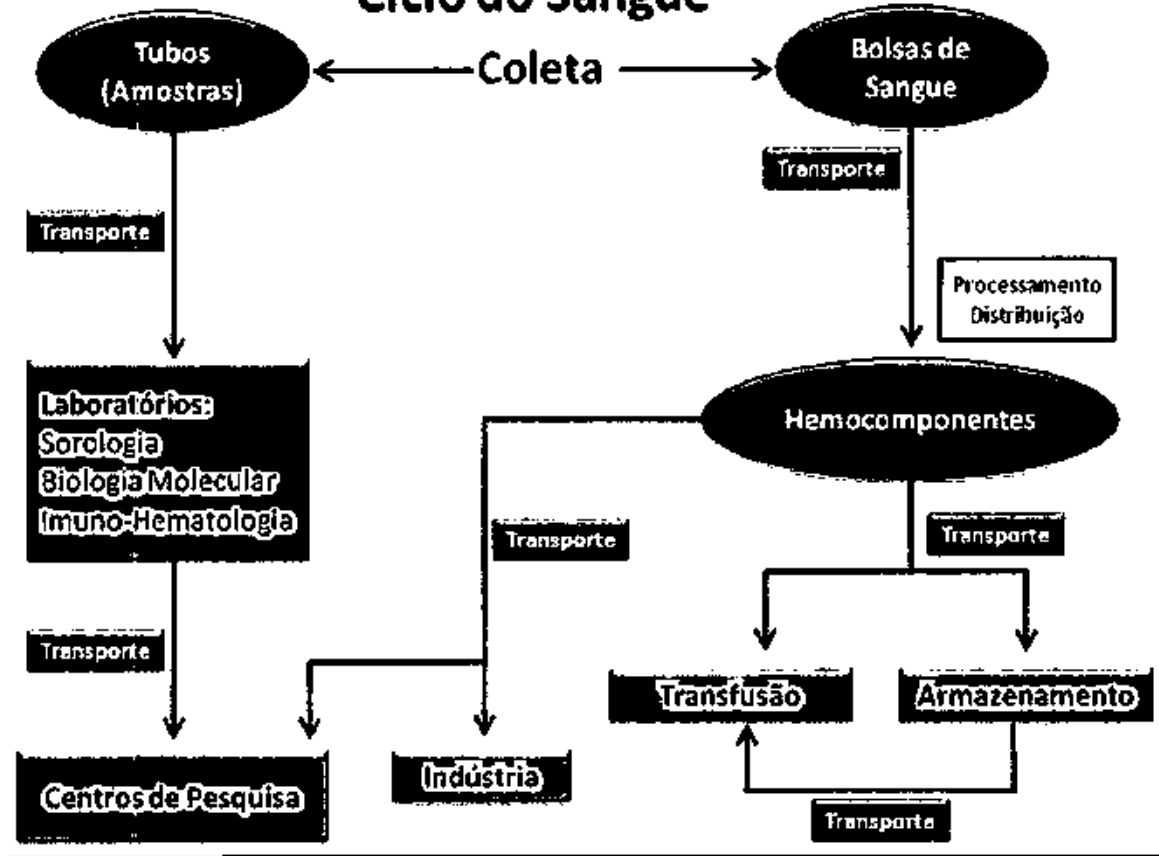
Outro aspecto importante a ser considerado na regulação sanitária do transporte de sangue e componentes diz respeito à segurança dos profissionais envolvidos nesse processo, bem como da população em geral que, de alguma forma, possa entrar em contato com o material biológico em casos de acidentes, além dos requisitos de proteção ao meio ambiente. Dessa forma, o presente manual se utilizou de normativas nacionais e internacionais estabelecidas por órgãos reguladores do transporte de produtos perigosos, considerando que o material biológico pode ser veículo de agentes infecciosos.

Neste contexto, várias rotas de transporte podem ocorrer, tanto internas quanto externas aos serviços de hemoterapia, com a participação de remetentes, destinatários e transportadores diversos, conforme definido no fluxo da Figura:

186



### Ciclo do Sangue



187  
+



### **3.4 – PROPOSTA PARA INCREMENTO DE ATIVIDADES**

#### **3.4.1 – Programa de Comunicação e Divulgação**

A comunicação é a base fundamental de todo trabalho desenvolvido pela Captação de Doadores. Ela deve ser clara, objetiva e simples, sendo o instrumento mais eficiente de motivação, educação e sensibilização para a doação de sangue. É fundamental que a equipe de trabalho mantenha a mesma linguagem/comunicação com o doador, com os demais clientes da instituição, com a comunidade em geral.

A comunicação pressupõe ações, estratégias, projetos de captação de doadores, já que se constitui por si só em estratégia. Cada projeto ou programa desenvolvido poderá dispor de material de divulgação específico conforme a sua necessidade, sendo importante a criação de materiais informativos – folderes, *banners*, cartazes, adesivos, *flyers*, revistas/jornais, manuais, malas-diretas, cartões de aniversário (impresso e/ou por e-mail) de acordo com o perfil do público a ser atingido. É essencial avaliar o melhor meio para transmitir a mensagem desejada, de acordo com o objetivo e o perfil do grupo que se intenciona atingir, lembrando que as campanhas publicitárias devem ser criativas, enfocando positivamente a doação de sangue e sua importância como saúde pública.

#### **Operacionalização**

- ▶▶ Diagnóstico do ambiente a ser trabalhado;
- ▶▶ Planejamento e elaboração do material de divulgação;
- ▶▶ Quando possível, contar com o apoio de uma agência de publicidade;
- ▶▶ Estabelecimento do cronograma das ações;
- ▶▶ Avaliação do impacto das ações realizadas e dos materiais e meios de comunicação utilizados;
- ▶▶ Avaliação das estratégias utilizadas.

#### **Recursos Necessários**

- ▶▶ Profissional da Captação;
- ▶▶ Se possível, agência de publicidade;
- ▶▶ Material de divulgação e administrativo;
- ▶▶ Meios de comunicação.

### 3.4.2 – Projeto Escola/Doador do Futuro

Esse projeto é voltado para a educação de jovens sobre a doação de sangue, objetivando contribuir para a “formação” do doador do futuro. Tem a intenção de incentivar, estimular e educar os alunos a se tornarem doadores e/ou multiplicadores da doação de sangue.

Encontros dialogados com alunos, pedagogicamente intitulados de palestras, em instituições públicas e privadas do ensino fundamental e do ensino médio, constituem atividade central do projeto. Outras atividades, como apresentação de trabalhos sobre a doação de sangue em feiras de ciências, gincanas, visitas de alunos aos hemocentros, coletas externas organizadas com a parceria da comunidade escolar, teatro, capacitação de professores da rede de ensino e capacitação de agentes comunitários, dentre outras, constituem desdobramentos desse projeto.

#### Objetivos

Tem como objetivo geral contribuir para a “formação” dos futuros doadores de sangue e/ou multiplicadores dessa ideia/ação.

- ▶▶ Despertar a comunidade escolar para a necessidade da doação de sangue;
- ▶▶ Desmistificar preconceitos e tabus sobre a doação de sangue;
- ▶▶ Motivar o jovem para o cuidado com a sua saúde e com seu corpo, a fim de contribuir para a saúde individual e coletiva;
- ▶▶ Informar, sensibilizar e educar alunos sobre a doação de sangue, visando à “formação” de futuros doadores e/ou multiplicadores dessa ideia;
- ▶▶ Incentivar a participação da comunidade escolar na realização de atividades referentes à doação de sangue, como gincanas, feiras de ciências, concursos, produções textuais, trabalhos artísticos, entre outros;
- ▶▶ Estimular a participação dos familiares no processo da doação de sangue a partir do próprio aluno.

#### Operacionalização

- ▶▶ Contatos com as escolas por meio de ofícios, e-mails para apresentar o projeto, buscando parcerias;
- ▶▶ Cadastro da escola contendo dados de identificação, contatos e registro histórico;

- ▶▶ Definição das ações: reuniões, palestras, gincanas, visitas de alunos ao hemocentro, etc.;
- ▶▶ Após a palestra com os alunos, se possível, distribuir um brinde (ex.: borracha, régua, marcador de texto com identificação do projeto), com o objetivo de lembrar o jovem sobre o trabalho desenvolvido;
- ▶▶ Estabelecer cronograma de ações/agenda;
- ▶▶ Criar, se possível, material informativo (folders, cartazes, etc.), buscando facilitar a integração e identidade do projeto com a comunidade escolar;
- ▶▶ Registrar, fotografar, quando possível, as ações e socializa-las no site institucional e/ou disponibiliza-las para divulgação na escola;
- ▶▶ Avaliação das ações realizadas.

#### **Recursos Necessários**

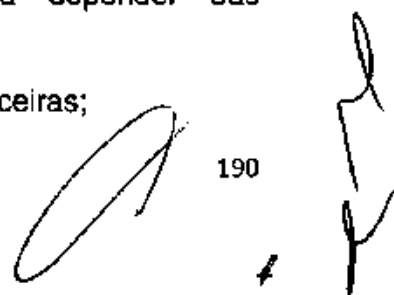
- ▶▶ Profissional da Captação;
- ▶▶ Material de divulgação;
- ▶▶ Brindes para os alunos;
- ▶▶ Computador;

#### **3.4.3 - Projeto de Formação de Agentes Multiplicadores para a Doação de Sangue**

É estratégia importante e eficaz na mobilização de diversos segmentos, com resultados que impactam positivamente a quantidade e qualidade do sangue doado. Uma ferramenta que diferencia a relação que se estabelece entre lideranças de diversos grupos sociais e os Hemocentros, fomentando a participação e compromisso com a promoção da doação de sangue e oportunizando à população contribuir para a ampla divulgação da doação de sangue e sua importância.

#### **Operacionalização**

- ▶▶ Contatos com diversos segmentos da sociedade por meio de *e-mails* ou telefones, para apresentar o projeto e estabelecer parcerias;
- ▶▶ Estabelecer cronograma de ações;
- ▶▶ Estabelecer prazo para realização de projeto dentro da instituição, podendo este ser realizado trimestralmente, semestralmente ou a depender das possibilidades da equipe de Captação do Hemocentro;
- ▶▶ Realizar treinamento no Hemocentro ou nas instituições parceiras;



- ▶▶ Organizar programa que contemple a história da hemoterapia, o ciclo do sangue, as condições para doação do sangue (legislação vigente), a importância da doação de sangue, a doação como responsabilidade social, o papel e contribuição do multiplicador;
- ▶▶ Avaliação de impactos das ações do "Multiplicador", nas campanhas realizadas;
- ▶▶ Definir carga horária mínima para realizar a qualificação.

**Recursos Necessários:**

- ▶▶ Profissional da Captação;
- ▶▶ Material específico de orientação para o "Multiplicador", como: cartilhas, manual e/ou fôlder;
- ▶▶ Fichas de inscrição, certificados, fichas de avaliação;
- ▶▶ Computador;
- ▶▶ Pen drive;
- ▶▶ Local para realização do treinamento

**3.4.4 - Projeto de Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde para a Captação de Doadores**

O projeto surgiu a partir da necessidade e da importância do trabalho em parceria com os diversos segmentos da sociedade, especialmente com os agentes comunitários de saúde, devido à sua atuação entre a comunidade em prol da prevenção e promoção da saúde, por meio de ações educativas para a saúde individual e coletiva.

**Objetivos**

- ▶▶ Qualificar os agentes comunitários para que se tornem multiplicadores de informações sobre a doação de sangue entre a comunidade em que atuam;
- ▶▶ Motivar, cada vez mais, pessoas a tomarem a doação de sangue uma atitude habitual, humanitária e de responsabilidade;
- ▶▶ Incentivar o indivíduo para o cuidado com a sua saúde e com o seu corpo, a fim de contribuir para a saúde coletiva;
- ▶▶ Aumentar o número de doadores de sangue.

**Operacionalização**

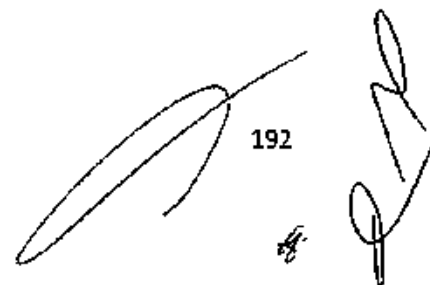
191  
\*  
Q

- ▶▶ Contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- ▶▶ Reunião junto à Secretaria Municipal de Saúde com coordenadores do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para apresentação e discussão do projeto;
- ▶▶ Elaboração de cronograma para operacionalizar o projeto;
- ▶▶ Avaliação do Projeto de qualificação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- ▶▶ Acompanhamento e supervisão dos ACS na captação de doadores;
- ▶▶ Retorno dos resultados alcançados à SMS;
- ▶▶ O registro das atividades deve ser realizado durante todo o processo.

#### **Recursos Necessários**

- ▶▶ Local adequado para a realização da qualificação;
- ▶▶ Profissionais da área do ciclo do sangue;
- ▶▶ Cartilha, pôlderes e cartazes de divulgação;
- ▶▶ Computador e *data show*.

Com essas ações, haverá um aumento de 15% na meta correspondente a Candidatos a Doação, que passará de 5.060/ mês para 5.819/mês (a partir do 6º mês de contrato de gestão).



Proposta Técnica para gerenciamento, operacionalização e  
execução das ações e serviços de saúde na

# Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás

VOL II

Fevereiro de 2018  
Instituto de Gestão e Humanização

CB  
\*

#### **4 - IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE**

Dado o nível de recursos e tecnologia existentes no ambiente de serviços de saúde, as atividades voltadas à Qualidade na **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** visam obter e garantir o melhor nível de qualidade assistencial e segurança possível. A seguir apresentamos nossa proposta para atender aos requisitos de Qualidade.

##### **Objetivos Específicos:**

- Assegurar a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS;
- Garantir a humanização da assistência prestada aos usuários;
- Disponibilizar meios para referenciar o paciente quando a capacidade operacional da unidade não dispor dos serviços de alta complexidade ou tecnologias adequadas para assegurar a terapêutica do paciente;
- Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, com foco nos resultados alcançados face às metas pactuadas;
- Cumprir a programação físico-financeira pactuada, garantindo atendimentos ambulatoriais aos municípios pertencentes à microrregião;
- Implantar métodos de planejamento e controles de qualidade de gestão;
- Planejar e executar orçamento prevendo todas as despesas e receitas dos diversos departamentos, provendo os recursos materiais e humanos indispensáveis ao funcionamento pleno da Hemorrede Pública de Goiás;
- Acompanhar, avaliar e formalizar contratos pelo IGH com a rede privada resguardando o interesse público;
- Observar tempestivamente se os fluxos das informações estão em conformidade com normas e rotinas estabelecidas pelo IGH bem como, os protocolos clínicos e administrativos implantados, de forma a avaliar tecnicamente os resultados;
- Contribuir com o crescimento da organização, aplicando práticas comprometidas com os objetivos deste edital que se traduzem basicamente pela busca da eficiência com qualidade.

193  
e

#### 4.1 – QUALIDADE OBJETIVA

##### Comissões Técnicas:

As Comissões Técnicas da Hemorrede Pública de Goiás serão criadas com o objetivo de realizar ações preventivas, corretivas, de melhorias de processos, de manutenção da qualidade da assistência, de investigação, etc.

Algumas delas são obrigatórias por lei enquanto outras serão criadas a critério do Instituto de Gestão e Humanização – IGH a partir da identificação de sua necessidade. As comissões serão formadas por grupos de profissionais das equipes interdisciplinares da unidade, e será representadas, cada uma delas, por um presidente ou coordenador. Esses grupos se reunirão de acordo com as características de cada comissão para propor as análises e as ações a serem realizadas.

##### 4.1.1 – Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde – CCISS

###### **CONSIDERAÇÕES**

A Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde – CCISS é uma das mais importantes comissões para o ambiente de saúde, uma vez que está intimamente ligada a todos os setores da estrutura e representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a correta prática assistencial, no intuito de nunca trazer prejuízo ao paciente, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

A CCISS da Hemorrede Pública Estadual de Goiás será um órgão colegiado, criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral e será norteadada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores. Será composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados pelo Diretor Geral. Nossa proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde da Hemorrede Pública Estadual de Goiás vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem seguidas por todos os profissionais da



saúde que exerçam suas atividades na unidade no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar. A segunda ação é a vigilância epidemiológica, através da qual os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, os profissionais da CCISS podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares, e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a CCISS proporá medidas que visam minorar os problemas identificados.

**Objetivos:**

1. Estabelecer o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções, com monitoramento de suas taxas, e ainda, a difusão de conhecimentos para os outros profissionais da unidade, através de palestras, cursos ou comunicação impressa.
2. Padronizar e controlar o uso de antimicrobianos, a investigação de surtos de infecção, bem como elaborar, implementar e avaliar o Programa de Controle de Infecções em Serviços de Saúde.

**Reuniões:**

As atividades da CCISS ocorrerão em reuniões ordinárias, numa frequência mensal, de acordo com calendário anual preestabelecido, sendo realizadas durante o expediente normal e em local apropriado. Em situações especiais, poderá ocorrer reuniões extraordinárias.

**Membros:**

Os Membros da CCISS serão de dois tipos: Consultores e Executores. O Presidente ou Coordenador da CCISS será indicado pelo Diretor Geral e poderá ser membro consultor ou executor.

- 01 Médico
- 01 Enfermeiro
- 01 Farmacêutico
- 01 Bioquímico
- 01 Representante da Administração
- Membros executores - SCISS

Os membros executores representam o Serviço de Controle de Infecção em

Serviços de Saúde (S.C.I.S.S) e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

O SCISS será composto pelos seguintes membros:

- 01 Médico Infectologista
- 01 Enfermeiro especialista em Controle de Infecção em Serviços de Saúde
- 01 Auxiliar Administrativo

**Nota:** Os componentes do SCISS deverão ter experiência ou treinamento prévio em controle de infecção em serviços de saúde, exceto o secretário que deverá ter noções em microinformática.

**Finalidades:**

1. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 2616, de 12 de maio de 1998, e seus anexos;
2. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção em serviços de saúde;
3. Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade;
4. Propiciar intercâmbio técnico-científico com serviços similares de outras instituições;
5. Comunicar, regular e notificar mensalmente, aos Diretores e Chefes dos diversos Serviços da Unidade, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de infecção em serviços de saúde;
6. Comunicar, regular e semestralmente, ao Sistema Único de Saúde do Município, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de infecção em serviços de saúde;
7. Integrar com o SCISS do hospital objetivando desenvolver um conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramentos das infecções em serviços de saúde;
8. Estimular o quadro técnico da unidade ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção em serviços de saúde.

**Finalidades do SCISS – Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde:**

1. Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar, se necessário, o Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde da unidade compreendendo aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
2. Estabelecer um Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas, para as infecções em serviços de saúde em pacientes internados em regime leito/dia e corpo funcional da unidade;
3. Propor o controle efetivo no uso de antimicrobianos, bem como assessorar e supervisionar esta atividade junto ao Serviço de Farmácia da Unidade;
4. Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção em Serviços de Saúde, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade;
5. Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções em todos os setores;
6. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos por meio de relatório padronizado objetivando informar ao quadro técnico da unidade a situação existente relativa à infecção em serviços de saúde;
7. Assegurar a qualidade das informações necessárias para as atividades de assistência, docência, pesquisa e estatística da unidade, relativas ao conhecimento, controle, prevenção e investigação de infecções;
8. Interagir com a CCISS, objetivando desenvolverem conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramento das infecções.

#### **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

##### **CAPÍTULO I**

##### **DA FINALIDADE DA CCISS E DO SCISS**

**Art. 1º** - A CCISS terá por finalidade:

1. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Portaria Ministerial nº 2616, de 12 de maio de 1998, e seus anexos;
2. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção em serviços de saúde;
3. Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção em Serviços,

de Saúde e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade;

4. Propiciar intercâmbio técnico científico com serviços similares de outras instituições;
5. Comunicar, regular e mensalmente, aos Diretores e Chefes dos diversos Serviços da Unidade, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de infecção em serviços de saúde;
6. Comunicar, regular e semestralmente, ao Sistema Único de Saúde do Município, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de infecção em serviços de saúde;
7. Integrar com o SCISS da Unidade, objetivando desenvolver um conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramentos das infecções em serviços de saúde;
8. Estimular o quadro técnico da Unidade ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle das infecções.

**Art.2º** O SCISS terá por finalidade:

1. Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar, se necessário, o Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde da unidade, compreendendo aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
2. Estabelecer um Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade, para as infecções em pacientes internados em regime leito/dia e corpo funcional da unidade;
3. Propor o controle efetivo no uso de antimicrobianos, bem como assessorar e supervisionar esta atividade junto ao Serviço de Farmácia da Unidade;
4. Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção em serviços de saúde, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade;
5. Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções em todos seus setores;
6. Coletar, consolidar, analisar e divulgar, mensalmente, dados estatísticos

- por meio de relatório padronizado objetivando informar ao quadro técnico da unidade a situação existente relativa à infecção em serviços de saúde;
7. Assegurar a qualidade das informações necessárias para as atividades de assistência, docência, pesquisa e estatística da unidade, relativas ao conhecimento, controle, prevenção e investigação de infecções em serviços de saúde;
  8. Interagir com a CCISS da Unidade, objetivando desenvolverem conjunto de ações buscando a redução máxima possível na incidência, gravidade e desdobramento das infecções em serviços de saúde.

## **CAPÍTULO II**

### **DA NATUREZA E POSIÇÃO DA CCISS E DO SCISS**

**Art.3º** - A CCISS é um órgão de assessoramento de caráter técnico normativo/consultivo, subordinado diretamente ao Diretor Geral.

**Art.4º** - O SCISS é um órgão de caráter técnico-executivo, sendo responsável pela execução do Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, estando subordinado diretamente ao Presidente da CCISS.

## **CAPÍTULO III**

### **DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO**

**Art. 4º** A CCISS deve ser composta por profissionais de nível universitário que exerçam atividades nesta Instituição, sendo representada por um Presidente, responsável pela coordenação e condução das atividades da Comissão, que deverá ser representada na sua essência pelas seguintes áreas profissionais:

1. Medicina
2. Enfermagem
3. Nutrição
4. Farmácia
5. Laboratório
6. Administração

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A Presidência da CCISS é exercida pelo Presidente que é designado pelo Diretor Geral, sendo substituído nos seus impedimentos.

eventuais por outro membro da CCISS, delegado por ele.

**Art. 6°** - O SCISS deverá ser integrado por profissionais e técnicos em atividade nesta Instituição, sendo representado por uma chefia, responsável pela coordenação e condução dos trabalhos deste Serviço, compreendendo as seguintes categorias:

1. 01 Médico, com carga horária mínima de 4h/dia.
2. 01 Enfermeira, com carga horária mínima de 6h/ dia e dedicação exclusiva.
3. 01 Técnico de Enfermagem, com carga horária mínima de 6h/ dia e dedicação exclusiva.
4. Responsável pelo Serviço de Higiene.
5. Auxiliar Administrativo.

**PARAGRÁFO ÚNICO** - O enfermeiro do SCISS poderá acumular a responsabilidade pelo Serviço de Higiene e Lavanderia.

**Art. 7°** - O SCISS da unidade desenvolverá ações de prevenção e controle de infecção em serviços de saúde junto aos diversos segmentos da unidade.

#### CAPÍTULO IV

#### DA COMPETÊNCIA DA CCISS E O SCISS

**Art. 8°** - Compete à CCISS:

1. Ratificar o programa anual de trabalho do SCISS;
2. Avaliar o Programa de Controle de Infecção em serviços de saúde, proposto pelo SCISS;
3. Avaliar permanentemente as informações providas pelo Sistema de Vigilância e Notificação e aprovar medidas de controle propostas pelo SCISS;
4. Comunicar, regular e mensalmente, à Diretoria Geral e Chefias dos diversos Serviços, a situação do controle de infecção em serviços de saúde, promovendo o debate e a participação da comunidade da unidade;
5. Assessorar a Direção da unidade em assuntos relacionados à prevenção e ao controle de infecção em serviços de saúde;
6. Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para a prevenção e o controle de infecção em serviços de saúde;
7. Assessorar a Diretoria Geral da Unidade em projetos de reforma e

- construção de estruturas físicas, bem como na estruturação de serviços;
8. Acompanhar e participar das ações do Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde do Estado, associação de profissionais e instituições de ensino, para envolvimento em atividades de prevenção e controle de infecção em serviços de saúde;
  9. Possuir autonomia de resoluções científicas referentes às ações que contribuam para prevenção e controle de infecção em serviços de saúde.

**Art. 9º - Compete ao SCISS:**

1. Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o Programa de Controle de Infecção da unidade dos pacientes internados em regime leito/dia;
2. Elaborar, implantar, manter e avaliar permanentemente o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas de Infecção em Serviços de Saúde, investigando casos de surtos, sempre que necessário, bem como a implantação de medidas imediatas de controle;
3. Elaborar e acompanhar, conjuntamente com os Chefes de Serviços normas, rotinas, procedimentos, padronização e recomendações específicas, pertinentes à prevenção e ao controle de infecções em serviços de saúde;
4. Estabelecer e acompanhar rotinas e precauções específicas da unidade;
5. Elaborar e acompanhar rotinas, normas, procedimentos e precauções específicas, bem como estabelecer responsabilidades para utilização de recursos e emprego de determinadas técnicas que oferecem maiores riscos de infecção em serviços de saúde, tais como:
  - a) Cateterização de vasos
  - b) Esterilização química e física
6. Elaborar e acompanhar os padrões de circulação de pessoas, do sistema de transporte de materiais, equipamentos e resíduos, do sistema de ventilação e controle de circulação de ar, de controle de insetos e roedores etc.;
7. Elaborar, implantar e avaliar permanentemente um sistema de fiscalização e avaliação de serviços, de recursos humanos, de estrutura física e de equipamentos no aspecto da prevenção e do controle de infecção em serviços de saúde;

8. Elaborar e implantar rotineiramente programa de treinamento e cursos de atualização em infecção em serviços de saúde dirigidos ao quadro de recursos humanos da unidade ou de outras Instituições participantes do SUS;
9. Elaborar, implantar, acompanhar e avaliar um programa de identificação, avaliação prevenção e tratamento de infecção no corpo funcional da unidade;
10. Elaborar, implantar, acompanhar e avaliar regularmente programa para acompanhantes e visitantes;
11. Emitir parecer de ordem técnica para licitação e compra de materiais médico hospitalares, levando-se em consideração a qualidade, custo/benefício e a realidade administrativo-financeira da unidade;
12. Elaborar e divulgar, mensalmente, relatório referente à situação do controle de infecção em Serviços de Saúde, fornecendo ampla divulgação a todos os serviços existentes na unidade;
13. Cooperar amplamente com o SUS, cumprindo todas as normas e exigências estabelecidas relativas à prevenção e ao controle de infecção em Serviços de Saúde, bem como fornecer informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;
14. Notificar aos organismos de gestão estadual e/ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos sob vigilância epidemiológica ocorridos na unidade, bem como atuar cooperativamente com os serviços de saúde pública, sempre que solicitado.

#### **CAPÍTULO V**

#### **DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 10º** - Ao Presidente da CCISS, compete:

1. Exercer a Presidência e representar a Comissão em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente na unidade, bem como a nível externo, quando solicitado;
2. Convocar, presidir e elaborar as pautas de reuniões da CCISS;
3. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da CCISS e do SCISS;
4. Dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar todas as atividades;



desenvolvidas pela CCISS e pelo SCISS;

5. Apresentar ao Diretor da Unidade, mensalmente e atualizado, relatório elaborado pelo SCISS da Unidade, informando a situação existente no aspecto da infecção em serviços de saúde;
6. Apresentar ao SUS, semestralmente ou quando solicitado, as atividades desenvolvidas e a situação interna relativa ao controle de infecção em serviços de saúde;
7. Encaminhar oficialmente ao Diretor Geral da Unidade as resoluções da CCISS e do SCISS;
8. Apresentar à Direção da Unidade os nomes de profissionais para comporem a CCISS e o SCISS;
9. Propor à Direção da Unidade diretrizes, contratação de pessoal e normalização de medidas que visem a melhoria do padrão de assistência relacionado com a prevenção e controle de infecção em serviços de saúde;
10. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades desta Comissão.

**Art. 11º** - Aos demais membros da CCISS, conjuntamente com seu Presidente, compete:

1. Ratificar o programa anual de trabalho do SCISS;
2. Avaliar o Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde da unidade de modo contínuo;
3. Avaliar rotineiramente as informações promovidas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle propostas pelo SCISS;
4. Colaborar com o Presidente da Comissão em todas as suas atribuições;
5. Participar, com os demais membros do SCISS do hospital, da elaboração de propostas de atuação e implementação em assuntos relevantes para o controle de infecção em serviços de saúde.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - ao representante do Serviço Médico também compete colaborar com a CCISS na implementação das ações de controle de infecções em serviços de saúde, nas áreas específicas de sua responsabilidade.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - ao representante do Serviço de Enfermagem compete colaborar com a CCISS para que haja uma adesão máxima de

*[Handwritten signature and initials]*

Serviço de Enfermagem à política de controle de infecções adotadas pela instituição.

**PARAGRÁFO TERCEIRO** – ao representante do Serviço de Farmácia compete:

1. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos, e informar ao SCISS;
2. Cooperar efetivamente com a política de controle de antimicrobianos, adotadas na Instituição;
3. Informar ao SCISS o uso inadequado de produtos e materiais que visem o controle profilático ou terapêutico da infecção em serviços de saúde;
4. Colaborar para avaliação microbiológica dos produtos usados na unidade;
5. Emitir parecer técnico sobre germicidas usados no processamento de áreas, artigos, superfícies fixas e assepsias realizadas na unidade.

**PARAGRÁFO QUARTO** – ao representante da administração compete:

1. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis, que auxiliem o bom desempenho do SCISS, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções em serviços de saúde;
2. Apoiar os atos do SCISS para difusão de medidas de prevenção e controle de infecção em serviços de saúde.

**Art. 12º** - Ao chefe do SCISS, compete:

1. Exercer a Chefia e representar o Serviço em atividades internas técnico administrativas e acadêmico-científicos e externos á unidade, quando solicitado;
2. Convocar, coordenar e elaborar pautas das reuniões do SCISS;
3. Cumprir e fazer cumprir as deliberações do SCISS;
4. Dirigir, coordenar, supervisionar, avaliar e participar efetivamente de todas as atividades executivas desenvolvidas pelo SCISS;
5. Apresentar aos membros da CCISS, mensalmente e atualizado, relatório das atividades desenvolvidas e situação interna relativa ao controle de infecção em serviços de saúde;
6. Elaborar e executar, após ratificação pela CCISS, o programa anual de trabalho do SCISS;
7. Elaborar e executar, após ratificação pela CCISS, o Programa de Controle

- de Infecção em Serviços de Saúde;
8. Elaborar e executar, após ratificação pela CCISS, o Sistema de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas da unidade;
  9. Colaborar com a ação fiscalizadora do Serviço de Vigilância Sanitária do SUS, fornecendo as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias;
  10. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos identificados e executar as medidas de controle necessárias;
  11. Elaborar, executar; supervisionar e avaliar normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e ao controle de infecção em serviços de saúde, bem como a limitação da disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na Unidade, por meio de medidas de isolamento e outras de natureza preventiva;
  12. Elaborar e implementar programa de Educação Continuada para o quadro de recursos humanos da unidade, executando treinamento para capacitação adequada no que diz respeito ao controle de infecção em Serviços de Saúde;
  13. Informar ao SUS, as doenças de notificação compulsória bem como os casos ou surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
  14. Exercer demais atividades relacionadas às finalidades deste Serviço.

**Art. 13º - Ao médico infectologista do SCISS, compete:**

1. Participar da elaboração, implementação e avaliação do Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
2. Realizar busca ativa de casos de infecção em Serviços de Saúde;
3. Participar da Programação de Treinamento do SCISS;
4. Realizar trabalhos científicos em controle de infecção em Serviços de Saúde;
5. Participar de discussões de casos clínicos e da adoção de medidas para a prevenção e controle de infecção em Serviços de Saúde;
6. Participar das reuniões do serviço;
7. Colaborar na investigação epidemiológica de casos e surtos, participando da implementação de medidas de controle;

8. Elaborar parecer técnico em relação ao controle de infecção em Serviços de Saúde, quando solicitado;
9. Participar do controle do uso de antimicrobiano;
10. Avaliar pacientes com infecção hospitalar quanto a conduta terapêutica;
11. Supervisionar estagiários do SCISS;
12. Participar da consolidação e análise dos dados estatísticos.

**Art. 14º - À Enfermeira do SCISS compete:**

1. Participar da elaboração, implementação e avaliação do Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
2. Realizar busca ativa de casos de infecção em Serviços de Saúde;
3. Participar das atividades de ensino em colaboração com Recursos Humanos;
4. Realizar trabalhos científicos em controle de infecção em Serviços de Saúde;
5. Participar de discussões de casos clínicos e da adoção de medidas para a prevenção e controle de infecção em Serviços de Saúde;
6. Participar das reuniões de serviços;
7. Colaborar na investigação epidemiológica de casos e surtos, participando da implementação de medidas de controle;
8. Elaborar parecer técnico em relação do controle de infecção em Serviços de Saúde, quando solicitado;
9. Supervisionar estagiários do SCISS;
10. Participar da consolidação e análise dos dados estatísticos.
11. Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Higienização e da Lavanderia.

**Art. 14º - São atribuições da Secretária do SCISS:**

1. Organizar administrativamente o setor;
2. Arquivar documentos e relatórios em geral;
3. Digitar os documentos e trabalhos produzidos;
4. Auxiliar todos os membros da equipe para o bom andamento do serviço;
5. Realizar trabalhos externos do serviço, na área interna da Unidade, quando necessário;
6. Participar do levantamento de dados para pesquisa ou relatórios;

7. Gerar dados no computador e retirar relatórios;
8. Manter atualizada a agenda de atividade do SCISS;
9. Secretariar reuniões do SCISS, quando convocado;
10. Organizar materiais didáticos e de pesquisa;
11. Transcrever as notificações compulsórias para formulários apropriados;
12. Receber profissionais e estudantes que procurem o SCISS, encaminhando-os aos membros do serviço, quando necessário;
13. Desempenhar outras atribuições ocasionais, que contribuam para o bom andamento do SCISS.

**PARAGRÁFO ÚNICO** - A Secretária é exercida por auxiliar administrativa indicada e nomeada pela presidência da CCISS.

#### **CAPÍTULO VI**

##### **DO FUNCIONAMENTO DA CCISS E SCISS**

**Art. 20°** - A CCISS reunir-se-á ordinariamente cada mês e extraordinariamente por convocação do Presidente ou em decorrência de proposição da maioria simples de todos os membros. Serão realizadas com presença da maioria absoluta de seus membros, e em segunda convocação, com qualquer número.

**Art. 21°** - O SCISS reunir-se-á ordinariamente semanalmente e extraordinariamente por convocação de sua Chefia ou em decorrência de proposição da maioria simples dos seus componentes.

**PARAGRÁFO ÚNICO** - as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em atas escritas que quando solicitadas são apresentadas como documentos ao sistema de vigilância sanitária das diferentes instâncias municipal, estadual e federal.

#### **CAPÍTULO VII**

##### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 22°** - O Presidente da CCISS e o Chefe do SCISS, conjuntamente com seus membros específicos, poderão definir resoluções para situações não previstas no presente Regimento.

**Art. 23°** - Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento)

serão solucionados pela CCISS, ouvindo os integrantes da SCISS.

### CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato:

1. Identificar, entre os profissionais do Corpo Clínico, indivíduos com perfil adequado para compor a comissão.
2. Nomear oficialmente os membros da Comissão.
3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
4. Mapear fontes de informação para realização das atividades.
5. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
6. Elaboração de relatórios mensais.

<b>Mês 1 e 2</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criar a Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente os seus representantes consultores e executores.</li><li>2. Contratar os membros executores (SCISS)</li><li>3. Realizar busca ativa de casos de ISS</li><li>4. Aprovar o Regimento Interno da CCISS-SCISS</li><li>5. Elaborar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) para o primeiro ano de atuação da CCISS.</li><li>6. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.</li><li>7. Elaborar programa de treinamento.</li><li>8. Realizar treinamento</li><li>9. Aprovar protocolos</li><li>10. Reunião ordinária a CCISS</li></ol>
<b>Mês 3</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaborar cronograma de visita técnica aos serviços</li><li>2. Elaborar programa de vigilância epidemiológica das infecções em Serviços de Saúde</li><li>3. Realizar busca ativa de casos de ISS</li><li>4. Elaborar relatórios sobre os indicadores epidemiológicos das infecções em Serviços de Saúde</li><li>5. Realizar treinamento</li></ol>

	6. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 4</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 5</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Realizar treinamento 4. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 6</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 7</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Realizar treinamento 4. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 8</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 9</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Estruturar comissão para a elaboração do Programa de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS) e, encaminhar ao Diretor Geral. 4. Realizar treinamento 5. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 10</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 11</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS 2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento 3. Realizar treinamento 4. Reunião ordinária a CCISS
<b>Mês 12</b>	1. Realizar busca ativa de casos de ISS

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Realizar visitas técnicas conforme planejamento</li><li>3. Aprovar o Programa de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS) e, encaminhar ao Diretor Geral.</li><li>4. Reunião ordinária a CCISS</li><li>5. Realizar Relatório Anual das atividades da CCISS.</li></ol>
--	---

#### 4.1.2 – Comissão de Captação de Doadores - CCD

##### Considerações:

A doação de sangue e hemoderivados é um tratamento efetivo para muitas doenças, sendo indicado quando todos os métodos terapêuticos falham. Muitas pessoas dependem da transfusão sanguínea para continuarem vivos ou para melhorar sua qualidade de vida. A legislação brasileira é rigorosa no controle de transfusão sanguínea, contemplando desta forma, pré-requisitos para credenciamento de hospitais e equipes e para o uso de bolsas de sangue do doador, forma de consentimento e proibição de comércio de sangue. Como parte da política nacional de transfusão sanguínea, o Ministério da Saúde determina que as Hemorredeles constituam a Comissão de Captação de Doadores – CCD.

Assim, a CCD da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** deverá ser formalmente constituída pelo Diretor Geral da unidade e estará subordinada ao seu Diretor Técnico.

##### Objetivos:

1. Atender a Portaria nº 158/GM de 04 de fevereiro de 2006 que versa sobre a obrigatoriedade da existência da CCD;
2. Atender a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças;
3. Atender a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição, para dispor sobre a execução das atividades de coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades;



4. Atender o Decreto nº 95.721, de 11 de setembro de 1988, que regulamenta a Lei nº 7.649, de 1988, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doença;
5. Atender o Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001, que regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.

**Reuniões:**

A periodicidade das reuniões ordinárias deverá ser mensal. Para cada reunião realizada se lavrará ata simples, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Diretor Técnico da Unidade.

**Membros:**

A CCD será composta cinco profissionais integrantes da equipe multiprofissional de saúde, dentre os quais:

- 01 Enfermeiro, designado como Coordenador da CCD ✓
- 01 Enfermeiro Assistencial, preferencialmente da Terapia Intensiva
- 01 Médico, preferencialmente da Terapia Intensiva *Amatolegueta*
- 01 Psicólogo ✓
- 01 Assistente Social ✓

A critério da Comissão, poderão ser convidados outros profissionais para participar de reuniões específicas ou rotineiras.

**Competências:**

1. Articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Sangue do Estado, notificando as situações de possíveis doações de sangue;
2. Identificar os recursos diagnósticos disponíveis do hospital, necessários para a avaliação do possível doador de sangue;
3. Organizar rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de sangue;
4. Padronizar itens de abordagem e garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;
5. Promover Programa de Educação Continuada para todos os profissionais do

- estabelecimento para compreensão do processo de doação de sangue;
6. Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de sangue na unidade.

**Proposta de Regimento Interno:**

**CAPÍTULO I**

**DAS JUSTIFICATIVAS LEGAIS**

**Artigo 1º.** A Comissão de Captação de Doadores será instituída em cumprimento a Portaria nº 158/GM de 04 de fevereiro de 2006 que versa sobre a obrigatoriedade da existência da CCD, Será instituída por ato formal do Diretor Geral da Unidade e estará subordinada ao seu Diretor Técnico.

**Artigo 2º.** O coordenador da CCD deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Sangue.

**CAPÍTULO II**

**DAS ATRIBUIÇÕES**

**Artigo 4º.** Caberá à CCD:

1. Identificar os recursos diagnósticos disponíveis da unidade, necessários para a avaliação do possível doador de sangue e hemocomponentes;
2. Articular-se com os profissionais de saúde encarregados da manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação de sangue e hemocomponentes;
3. Organizar rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de sangue e hemocomponentes;
4. Padronizar itens de abordagem e garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;
5. Promover programa de educação continuada para todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de sangue e hemocomponentes;
6. Disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de sangue e hemocomponentes na unidade.

**Artigo 5º.** Caberá à CCD:

1. Avaliar a capacidade da Unidade, diagnosticando a potencialidade da captação de sangue e hemocomponentes;

2. Definir, juntamente com o Diretor Técnico da Unidade, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;
3. Definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 158/GM de 2006, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para a Unidade;
4. Adotar estratégias para otimizar a captação de sangue e hemocomponentes, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;
5. Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade;
6. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

**Artigo 6º** Ao coordenador da CCD além das outras instituídas neste Regimento, compete:

1. Presidir as reuniões ordinárias;
2. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
3. Elaborar plano de trabalho a partir da análise de indicadores institucionais frente às políticas públicas relacionadas à transfusão de sangue e hemocomponentes, propondo ações específicas e conjuntas com as áreas responsáveis;
4. Encaminhar aos membros da Comissão as propostas da CCD para apreciação e aprovação;
5. Representar a CCD sempre que solicitado;
6. Nos impedimentos, indicar um representante para substituí-lo;
7. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
8. Fazer cumprir o regimento interno da CCD;
9. Zelar pelo sigilo ético das informações.

**Artigo 7º** Ao secretário da CCD compete:

1. acompanhar as reuniões da Comissão, assistindo o coordenador e representantes da CCD;
2. Dar encaminhamento formal às deliberações da CCD;
3. Preparar o expediente;
4. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

5. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados pela comissão;
6. Enviar aos representantes da CCD cópia das atas aprovadas, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;
7. Apresentar a CCD, na última reunião ordinária do ano, a proposta do calendário anual das reuniões ordinárias da Comissão para o ano seguinte;
8. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
9. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
10. Providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;
11. Encaminhar aos integrantes da CCD a pauta das reuniões;
12. Providenciar arquivo de documentos pertinentes.

### CAPÍTULO III

#### DAS RESPONSABILIDADES E DEVERES

**Artigo 8º.** A CCD terá as seguintes responsabilidades e deveres:

1. Elaborar Regimento Interno e manual de atribuições, rotinas e responsabilidades;
2. Manter os registros de suas atividades como relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações, conforme modelos previamente definidos;
3. Arquivar e guardar adequadamente documentos do doador, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros;
4. Apresentar relatórios mensais a CCD, conforme modelo estabelecido pela mesma;
5. Supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de sangue e hemocomponentes, e responsabilizar-se pela guarda e conservação e encaminhamento de sangue e hemocomponentes, conforme orientação da respectiva CCD;
6. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da Unidade.
7. Assessorar a Direção Técnica em assuntos de sua competência;
8. Zelar pelo sigilo ético das informações.

#### CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

**Artigo 9º** A CCD será composta cinco profissionais integrantes da equipe multiprofissional de saúde, dentre os quais: 01 Enfermeiro, designado como Coordenador da CCD; 01 Enfermeiro Assistencial, 01 Psicólogo e 01 Assistente Social

**Artigo 10º** O Coordenador da Comissão deverá ter participado do Curso de Formação de Coordenadores de Captação de Doadores ou pela CCD do Estado.

#### CAPÍTULO V DOS INDICADORES DO POTENCIAL DE DOAÇÃO E DA EFICIÊNCIA NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

**Artigo 11º** Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de sangue e hemocomponentes e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades serão:

1. Número de leitos;
2. Número de hospitalizações em leito/dia;
3. Notificações a CCD de potenciais doadores de sangue e hemocomponentes;
4. Número de doações efetivas;
5. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas;

#### CAPÍTULO VI DOS CURSOS DE FORMAÇÃO DE COORDENADOR DA COMISSÃO DE CAPTAÇÃO DE DOADORES

**Artigo 12º** O Coordenador da CCD deverá realizar o Curso de Formação de Coordenador de Captação de Doadores, que conta das seguintes diretrizes:

1. Detecção de potencial doador;
2. Seleção do doador;
3. Manutenção do doador de sangue e hemocomponentes;
4. Entrevista familiar para doação e atenção à família do doador;

*co 5º componente,  
o médico  
hematologista*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*  
*[Handwritten mark]*

5. Meios de preservação e acondicionamento de sangue e hemocomponentes;
6. Transporte de sangue e hemocomponentes;
7. Informações sobre o doador a CCD;
8. Logística do processo doação-transfusão;
9. Ética em doação e transfusão;
10. Critérios de distribuição de sangue e hemocomponentes;
11. Aspectos legais.

**Artigo 13º** A carga horária estabelecida para o Curso de Formação de Coordenador de Comissão de Captação de Doadores deverá ser de no mínimo 24 horas.

**Artigo 14º** Deverão ser considerados outros aspectos a serem abordados durante a realização do curso e estejam relacionados à:

1. Possibilidade de capacitação para a elaboração de um programa estratégico pró-ativo para detectar a existência de possíveis doadores na instituição;
2. Possibilidade de capacitação para promoção de educação continuada na instituição;
3. Possibilidade de capacitação para a organização de um sistema de controle de qualidade de todas as ações realizadas durante o processo de doação de sangue e hemocomponentes;
4. Possibilidade de capacitação para a organização da equipe de trabalho e treinamento dos integrantes.

## CAPÍTULO VII DO FUNCIONAMENTO

**Artigo 15º** O Diretor Técnico da Unidade deverá determinar que a CCD possua autonomia em suas atividades.

**Artigo 16º** A Comissão deverá criar Regimento Interno próprio, promover reuniões periódicas registradas em ata e disponíveis à fiscalização da CCD do Estado.

**Artigo 17º** O Diretor Técnico da Unidade deverá prover área física constituída e equipamentos adequados para o funcionamento da CCD e definir carga horária dos membros da Comissão.

**Artigo 18º** A CCD tomará ciência e promoverá o registro de todos os casos de possíveis doadores de sangue e hemocomponentes mesmo que a doação não seja efetivada.

**Artigo 19º** A CCD deverá comunicar formalmente à CCD do Estado a respeito de sua criação, composição e toda e qualquer situação de alteração de sua composição.

**Artigo 20º** A CCD terá como sede a Diretoria Técnica, onde reunir-se-á, ordinariamente, conforme cronograma anual de reuniões e, extraordinariamente, quando convocada pelo coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros;

**Artigo 21º** A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados, e remetida aos membros por meio eletrônico para discussão.

Parágrafo único - A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de cinco dias para as reuniões ordinárias e de três dias para as extraordinárias.

**Artigo 22º** Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e em caso de vacância, será solicitada a indicação de representante da área.

**Artigo 23º** Os membros da CCD não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável que sejam dispensados nos horários da Comissão, das outras obrigações nas Unidades em que prestam serviço.

#### CAPÍTULO VIII

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 24º** A CCD da Unidade possui autonomia em suas atividades. A Comissão deverá criar Regimento Interno próprio, promover reuniões periódicas registradas em ata e disponíveis à fiscalização da CCD do Estado de Goiás.

**Artigo 25º** O mandato dos membros da CCD se extinguirá com o mandato do Diretor Técnico.

Parágrafo único - Havendo motivo justificado, o Diretor Técnico poderá cessar o mandato dos membros da CCD, antecipadamente, e promover a substituição.

**Artigo 26º** Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno, serão dirimidos pelo Coordenador da CCD e em grau de recurso pelo Diretor Técnico.

**Artigo 27º** O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCD, por meio da maioria absoluta de seus membros e, submetido à apreciação do Diretor Técnico.

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

**Artigo 28º** Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

**Artigo 29º** Nenhum membro da CCD, com exceção do Coordenador, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CCD.

**Artigo 30º** O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

### **CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL**

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Contrato:

1. Identificar, entre os profissionais das equipes multiprofissionais, aqueles com perfil adequado para compor a comissão.
2. Nomear oficialmente os membros da CCD.
3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
4. Reunião com os coordenadores de todos os serviços da Unidade para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
5. Elaboração de relatório mensal.

<b>Mês 1 e 2</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criar a CCD, através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros;</li><li>2. Aprovar o Regimento Interno da CCD;</li><li>3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da CCD;</li><li>4. Coordenador da CCD deverá realizar o Curso de Formação de Coordenador;</li><li>5. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas;</li><li>6. Elaborar programa de palestras;</li><li>7. Reunião ordinária da CCD;</li><li>8. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.</li></ol>
<b>Mês 3</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reunião ordinária da CCD;</li><li>2. Realizar treinamento – Palestra.</li><li>3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores.</li></ol>



	4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.
<b>Mês 4</b>	1. Reunião ordinária da CCD; 2. Realizar treinamento – Palestra. 3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores. 4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.
<b>Mês 5</b>	1. Reunião ordinária da CCD; 2. Realizar treinamento – Palestra. 3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores. 4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.
<b>Mês 6</b>	1. Reunião ordinária da CCD; 2. Realizar treinamento – Palestra. 3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores. 4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.
<b>Mês 7</b>	1. Reunião ordinária da CCD; 2. Realizar treinamento – Palestra. 3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores. 4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.
<b>Mês 8</b>	1. Reunião ordinária da CCD; 2. Realizar treinamento – Palestra. 3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores. 4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.
<b>Mês 9</b>	1. Reunião ordinária da CCD;

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Realizar treinamento – Palestra.</li><li>3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores.</li><li>4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.</li></ol>
<b>Mês 10</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reunião ordinária da CCD;</li><li>2. Realizar treinamento – Palestra.</li><li>3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores.</li><li>4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.</li></ol>
<b>Mês 11</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reunião ordinária da CCD;</li><li>2. Realizar treinamento – Palestra.</li><li>3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores.</li><li>4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.</li></ol>
<b>Mês 12</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reunião ordinária da CCD;</li><li>2. Realizar treinamento – Palestra.</li><li>3. Realizar abordagens e entrevistas às famílias de potenciais doadores.</li><li>4. Elaborar relatório mensal para envio à Central de Notificação, Captação de Doadores do Estado.</li></ol>

#### 4.1.3 – Comissão de Avaliação de Prontuários

##### CONSIDERAÇÕES

Entende-se por Prontuário do Paciente o conjunto de documentos gerados a partir do ato assistencial, por todos os profissionais da equipe multiprofissional de saúde, quer seja <sup>em</sup> nível ambulatorial ou de internação. O prontuário do Paciente constitui um documento legal, organizado para prestar serviços ao paciente, à equipe multiprofissional de saúde, à sociedade e à administração da unidade de saúde que presta a assistência. Serve como instrumento de

consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria e estatística.

A **Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente – CAPP**, da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral e será norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

A CAPP avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados em regime leito/dia na unidade, através de instrumento padronizado.

Abaixo serão citados os objetivos, perfil e competências dos membros, reuniões e objetivos da CAPP para o primeiro ano de contrato.

**Objetivos:**

Melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem da unidade, para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

**Reuniões:**

A periodicidade das reuniões ordinárias deverá ser mensal. Para cada reunião realizada pela CAPP se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Diretor de Atenção à Saúde e ao Coordenador de Enfermagem.

**Membros:**

A Equipe será composta por representante por:

01 Médico

01 Enfermeiro

Representante do serviço administrativo

Representantes da equipe multidisciplinar

**Competências:**

Compete à CAPP:

1. Definir e observar o cumprimento dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado tanto em suporte de papel ou eletrônico, a saber:

- 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 do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
2. Definir critérios para a realização dos registros seguro no prontuário do paciente, observando:
- Identificação correta do paciente, constando nome completo, idade, número do prontuário e leito.
  - Identificação do profissional que realizou o atendimento, constando de nome legível e número do conselho de classe.
  - Legibilidade da letra do profissional que realiza o registro.
  - Brevidade, com registros claros, concisos e objetivos.
  - Exatidão, utilizando termos técnicos e abreviaturas padronizadas.

Observação: Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível realização do registro em tempo real, o profissional deverá fazê-lo assim que possível.

3. Assegurar a responsabilidade do preenchimento do prontuário pelos profissionais que realizam o atendimento;
4. Definir os critérios de acesso e manuseio do prontuário do paciente por parte dos profissionais envolvidos com a assistência multiprofissional;
5. Estabelecer e acompanhar critérios de guarda e arquivamento do prontuário do paciente.

**Finalidades:**

1. Corrigir fatores que não estão permitindo a continuidade da assistência.
2. Identificar meios que possibilitem: a elaboração do diagnóstico, avaliação mais eficiente do paciente, a comunicação entre diferentes equipes e entre diferentes períodos de tempo.

3. Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para o paciente, Informando sobre alguma reação adversa a medicamentos que o paciente possa ter.
4. Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para os profissionais de saúde que o utilizam: Para fins ético-legais, comprovando a presteza e o correto atendimento ao paciente.
5. Garantir que o prontuário seja uma fonte de pesquisa: Prontuários corretamente preenchidos são preciosos auxiliares para a pesquisa, fornecem dados que possibilitam a realização de trabalhos científicos que irão beneficiar o tratamento das doenças.

**Definições:**

A CAPP será um órgão multidisciplinar que assessorará a Diretoria Técnica do hospital e se empenhará em conhecer, estudar e aplicar da melhor forma possível os preceitos éticos e legais relativos ao prontuário de seus pacientes, nas questões referentes ao registro das informações relevantes; à guarda e armazenamento destas informações e à manutenção do sigilo e privacidade das mesmas. A CAPP estará subordinada ao Diretor Técnico da Unidade.

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

**CAPÍTULO I**

**DAS JUSTIFICATIVAS LEGAIS**

**Artigo 1º** -- A CAPP do Hospital será designada através de portaria interna, e executa o papel de assessoria à Diretoria Técnica.

**CAPÍTULO II**

**DAS FINALIDADES**

**Artigo 2º.** Atender a resolução CFM nº. 1638/2002, que define prontuário 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.

**Artigo 3º.** É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da Unidade.

**CAPÍTULO III  
DA COMPOSIÇÃO**

**Artigo 4º** - A composição mínima da Comissão deverá ser de quatro membros, sendo:

- 01 Médico
- 01 Enfermeiro
- 01 Nutricionista
- 01 Fisioterapeuta
- 01 Membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME).

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

**CAPÍTULO IV  
DA COMPETÊNCIA**

**Artigo 4º** - Ao presidente da CAPP além das outras instituídas neste Regimento, compete:

1. Presidir as reuniões ordinárias;
2. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
3. Encaminhar aos membros da Comissão as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CAPP para apreciação e aprovação;
4. Representar a CAPP sempre que solicitado;
5. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
6. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
7. Fazer cumprir o Regimento;
8. Nas decisões da Comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
9. Indicar seu vice-presidente;
10. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência;
11. Zelar pelo sigilo ético das informações.

**Artigo 6º** - À CAPP compete:

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

A  
B

- Ética Médica e de Enfermagem ou outro serviço interessado;
2. Assessorar a Diretoria Técnica e Coordenação Geral de Enfermagem da unidade em assuntos de sua competência;
  3. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
  4. Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
  5. Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações das orientações da Comissão;
  6. Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CAPP;
  7. Avaliar os itens que deverão constar obrigatoriamente nos prontuários;
  8. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos;
  9. Manter estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;
  10. Zelar pelo sigilo ético das informações.

#### **CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO**

**Artigo 7º** – A CAPP será presidida por um médico, nomeado através de Portaria Interna pela Diretoria Técnica.

#### **CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES**

**Artigo 8º** – São atribuições de todos os membros da CAPP:

1. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à aos prontuários que lhe forem enviados;
2. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários;
3. Realizar a revisão dos prontuários de acordo com este Regimento;
4. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos itens

obrigatórios nos prontuários como:

- 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;
5. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários.

**Artigo 9º** – São atribuições da secretário da CAPP:

1. Receber e protocolar os processos e expedientes;
2. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
3. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
4. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
5. Preparar a correspondência;
6. Solicitar ao Serviço de Arquivo de Prontuários todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

## CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 10º** – As reuniões da CAPP serão realizadas mensalmente, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente. Com local e horário, previamente definidos e informados.

**Artigo 11º** – As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

**Artigo 12º** – As decisões consideradas resoluções serão submetidas à Diretoria Técnica, para os encaminhamentos necessários.

**Artigo 13º** – O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica.



**Artigo 14º** – O presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico da Unidade. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão.

**Artigo 14º** – As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

**Artigo 16º** – 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.

**Artigo 17º** – Poderá ser convidado outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

**Artigo 18º** – 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 e decisões tomadas.

**Artigo 19º** – Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo Diretoria Técnica e Coordenação Geral de Enfermagem.

**Artigo 20º** – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CAPP, em conjunto com o Diretor Técnico da Unidade.

**Artigo 21º** – Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

**Artigo 22º** – Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

**Artigo 23º** – Nenhum membro da CAPP, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CAPP.

**Artigo 24º** – A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Técnica.

**Artigo 25º.** Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL**

Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato:

1. Identificar, entre os profissionais da Unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a Comissão.
2. Nomear oficialmente os membros da Comissão.
3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
4. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
5. Realizar Planejamento Anual de atividades da CAPP.

<b>Mês 1 e 2</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criar a Comissão de Revisão de Prontuários CAPP, através de uma Resolução do Diretor Técnico, indicando nominalmente seus membros.</li><li>2. Aprovar o Regimento Interno da CAPP.</li><li>3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da CAPP.</li><li>4. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.</li><li>5. Elaborar programa de palestras.</li><li>6. Reunião ordinária a CAPP.</li></ol>
<b>Mês 3</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes;</li><li>2. Reunião ordinária a CAPP.</li><li>3. Realizar treinamento – Palestra</li></ol>
<b>Mês 4</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas;</li><li>2. Reunião ordinária a CAPP.</li></ol>
<b>Mês 5</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas;</li><li>2. Reunião ordinária a CAPP.</li></ol>
<b>Mês 6</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas;</li><li>2. Reunião ordinária a CAPP.</li><li>3. Realizar treinamento – Palestra</li></ol>
<b>Mês 7</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar a revisão dos prontuários relacionados a 100% das altas;</li><li>2. Reunião ordinária a CAPP.</li></ol>

2. Contribuir na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis no Conselho Regional de Medicina – CRM.
3. A CEMed será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral e será norteadada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores.

**Reuniões:**

A periodicidade das reuniões ordinárias deverá ser mensal. Para cada reunião realizada pela CEMed se lavrará ata, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Diretor Geral e Diretor Técnico.

**Membros:**

1. A Comissão de Ética Médica será composta onze membros titulares e seus respectivos suplentes, médicos que façam parte do corpo clínico da Unidade.
2. A Comissão de Ética Médica terá um Presidente e um Secretário, ambos os membros titulares, eleitos pelos demais membros.
3. Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.
4. Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

**Competências:**

A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

1. Eleger o Presidente e Secretário;
2. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
3. Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

**Finalidades:**

1. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
2. 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;
3. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de

- Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
4. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
  5. Assessorar o Diretor Técnico, dentro de sua área de competência;
  6. Realizar 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.

**Definições:**

A Comissão de Ética Médica apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina. A CEMed será um órgão que assessorará o Diretor Técnico da Unidade.

**Processo de Sindicância**

As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos:

1. Reclamação por escrito e devidamente identificada;
2. Comunicação escrita do Diretor Técnico;
3. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
4. Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
5. Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

**Nota 01:** 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.

**Nota 02:** 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.

**Nota 03:** Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado, por se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

**CAPÍTULO I**

**DAS JUSTIFICATIVAS LEGAIS**

**Artigo 1º** - A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado, para o Desenvolvimento da Saúde – na Unidade

estando a ele vinculada.

**Artigo 2º** – Regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1647/02, de 19/12/2002.

## **CAPÍTULO II DAS FINALIDADES**

**Artigo - 3º** Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

**Artigo - 4º** É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da Unidade.

## **CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO**

**Artigo - 4º** - A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o Corpo Clínico da Unidade para o Desenvolvimento da Medicina, sendo um Presidente e um Secretário, ambos os membros titulares.

**PARAGRÁFO PRIMEIRO** - Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

**PARAGRÁFO SEGUNDO** - Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

## **CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA**

**Artigo 6º.** Ao presidente da CEMed além das outras instituídas neste regimento, compete:

1. Presidir as reuniões ordinárias;
2. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
3. Encaminhar aos membros da Comissão as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CEMed para apreciação e aprovação;
4. Representar a CEMed sempre que solicitado;
5. Fazer cumprir o regimento.
6. Zelar pelo sigilo ético das informações;

**Artigo 7º** - A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

1. Eleger o Presidente e o Secretário;
2. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
3. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista neste regimento;
4. Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

**Artigo 8º-** A Comissão de Ética Médica reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente:

1. A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;
2. As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos.

#### **CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES**

**Artigo 9º -** São atribuições da Comissão de Ética Médica:

1. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
2. 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;
3. Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
4. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
5. Assessorar a Diretoria Clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;
6. Proceder a 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;
7. As reuniões da CEMed serão realizadas mensalmente, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente, constando local e horário, previamente definidos e informados.

**Artigo 10º** – As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

**Artigo 11º** – 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 e decisões tomadas.

**Artigo 12º** – Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Diretoria Técnica.

**Artigo 13º** – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEM, em conjunto com o Diretor Técnico da Unidade.

**Artigo 14º** – Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

**Artigo 15º** – Nenhum membro da CEMed, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CEMed.

## CAPÍTULO VI

### DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

**Artigo 16º** - As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste Regimento:

1. Reclamação por escrito e devidamente identificada;
2. Comunicação escrita do Diretor Clínico;
3. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
4. Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
5. Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado.

**Artigo 17º** - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 14 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito a cerca da questão, oportunidade em que será facultada 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 18º** - 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.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - acesso a estes documentos são facultados somente às partes e a Comissão de Ética Médica.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Toda e qualquer peça compilada à Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

**Artigo 19º** - 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 20º** - 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 poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

**Artigo 21º** - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforme previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

**Artigo 22º** - Havendo indícios de infração ético profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado, por se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

**Artigo 23º** - Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado.

## CAPÍTULO VII DAS ELEIÇÕES

**Artigo 24º** - Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico da Unidade para o desenvolvimento da Medicina, obedecidas às 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 tomarem-se Diretores Clínicos, Administrativos ou Técnicos,

R  
AB



deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

**Artigo 25º** - 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 26º** - As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no dia do Médico, isto é no dia 18 de outubro, nos anos pares.

1. A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 14 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;
2. O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;
3. 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;
4. 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 para os devidos assentamentos.

**Artigo 27º** - 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 28º** - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

**Artigo 29º** - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6 (seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

**Artigo 30º** - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

## CAPÍTULO VIII

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 31º** 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;

**Artigo 32º.** A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas;

**Artigo 33º.** O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;

**Artigo 34º.** O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.

**Parágrafo Único:** Aprovada a Resolução nº 1.647/02 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 instrumento.

### CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato:

1. Identificar, entre os profissionais médicos da Unidade, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral.
2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral.
3. Publicar edital de convocação das eleições.
4. Realizar a inscrição das chapas.
5. Realizar a eleição, publicar o resultado.
6. Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina do Estado.
7. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
8. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
9. Elaboração de relatório mensal.
10. Reuniões mensais.

<b>Mês 1 e 2</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identificar, entre os profissionais médicos da Unidade, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral.</li><li>2. Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral.</li><li>3. Realizar treinamento – Palestra (Responsável: Comissão Eleitoral).</li></ol>
------------------	---

	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Publicar edital de convocação das eleições (Responsável: Comissão Eleitoral).</li><li>5. Realizar a inscrição das chapas (Responsável: Comissão Eleitoral).</li><li>6. Realizar a eleição, publicar o resultado.</li><li>7. Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina.</li><li>8. Elaborar um Plano de Ações para o mandato em curso.</li></ol>
<b>Mês 3</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li><li>3. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.</li></ol>
<b>Mês 4</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 5</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 6</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 7</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 8</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 9</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 10</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 11</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 12</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório mensal.</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li><li>3. Realizar treinamento – Palestra.</li><li>4. Realizar Relatório Anual das atividades da Comissão.</li></ol>

#### 4.1.5 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde

##### Considerações:

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar na Unidade, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde dos usuários, dos colaboradores e do meio ambiente. O Gerenciamento dos RSS – Resíduos dos Serviços de Saúde constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. A **Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – CGRSS da Hemorrede Pública Estadual de Goiás** será criada por ato próprio do Diretor Geral, subordinada a Diretoria Administrativa e estruturada de acordo com a legislação em vigor.

##### Objetivos:

- Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na unidade;
- Coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;
- Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para o descarte, manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Diretoria;
- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS.
- Instituir Grupos de Trabalho.

##### Reuniões:

A periodicidade das reuniões ordinárias da CGRSS deverá ser mensal. Para

cada reunião realizada se lavrará ata simples, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Diretor Técnico e Coordenadores de Serviços.

**Membros:**

Atendendo a legislação vigente a CGRSS será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral que norteará a periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas. Os membros da citada equipe serão:

- Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Higienização;
- Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- Farmacêutico Responsável pelo Serviço de Farmácia;
- Médico do Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- Representante da CIPA;
- Representante do SESMT;
- Representante do Laboratório.

**Competências:**

1. Caberá a CGRSS a elaboração do Plano de Gerenciamento dos Resíduos (PGRSS), o qual deverá ser apresentado ao Diretor Geral (Gestor) no terceiro mês após assinatura do contrato de gestão. O referido Plano deverá atender aos seguintes tópicos:

- Nome do estabelecimento
- Responsável pelo estabelecimento
- Caracterização do estabelecimento
- Planta do estabelecimento
- Comissão Responsável pelo PGRSS
- Fluxograma
- Manejo
- Segregação e identificação
- Acondicionamento
- Coleta
- Armazenamento temporário
- Tratamento
- Armazenamento externo
- Coleta e transporte externos
- Disposição final

- Cronograma de implantação
  - Estudo: Unidade x resíduos gerados x quantidade
  - Avaliação e controle: construção de indicadores
  - Mapa de resíduos, incluindo o fluxo percorrido pelo resíduo
  - Rotinas de emergência
  - Cronograma de treinamento dos colaboradores
2. Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviços de Saúde, adequado às características e necessidades da Instituição contemplando, no mínimo, ações relativas a:
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos de serviços de saúde;
  - Capacitação do quadro de colaboradores e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos de serviços de saúde;
  - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza da Unidade e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSS;
  - Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à Diretoria Geral da instituição, a situação do controle dos resíduos de serviços de saúde;
  - Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
  - Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de colaboradores e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pela Unidade;
  - Elaborar regimento interno para a CGRSS;
  - Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

**Proposta de Regimento Interno:**

## CAPÍTULO I

### DA JUSTIFICATIVA LEGAL

Artigo 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – CGRSS será instituída em cumprimento às à Resolução RDC nº 306 de 2004 do MS/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

## CAPÍTULO II

### DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

Art. 2º . A CGRSS é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria Geral instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados na Unidade.

Art. 3º . A CGRSS tem por finalidade assessorar a Direção da Unidade na formulação de políticas nas áreas de controle de infecção em serviços de saúde, resíduos e saneantes, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde para o corpo técnico da Unidade.

## CAPÍTULO III

### DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º. A CGRSS, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, com experiência na área gestão e liderança, sendo: Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Higienização; Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde; Farmacêutico Responsável pelo Serviço de Farmácia; Médico do Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde; Representante da CIPA; Representante do SESMT; Representante do Laboratório.

Artigo 5º. Todos os membros da CGRSS deverão contar com um suplente para substituí-lo em seus impedimentos como afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas.

Artigo 6º. O Diretor Geral deverá indicar o Coordenador da CGRSS, entre os membros. Os demais membros deverão eleger o vice coordenador e o secretário.

O mandato dos membros executores será de dois anos, podendo ser

reconduzidos.

Artigo 7º. À CGRSS será assegurada autonomia funcional, possuindo independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas ao gerenciamento e prevenção de riscos.

Artigo 8º. A CGRSS utilizará deste Regimento, das normas dos Conselhos Regionais dos membros da equipe e da legislação vigente para o exercício de suas atividades disciplinares.

#### **CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 9º. Compete à Comissão:

3. Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
4. Coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;
5. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
6. Orientar a comunidade hospital no que tange a manipulação de resíduos;
7. Em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e avaliar se a causa foi desinformação ou negligência;
8. Divulgar à comunidade a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na unidade por meio de cursos, manuais, palestras, videos, cartazes, etc.
9. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Diretoria;
10. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;
11. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS.
12. Instituir Grupos de Trabalho;
13. Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduos;



de Serviços de Saúde, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

14. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos de serviços de saúde;
15. Capacitação do quadro de colaboradores e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos de serviços de saúde;
16. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza Hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
17. Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à Diretoria Geral da instituição, a situação do controle dos resíduos de serviços de saúde;
18. Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
19. Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de colaboradores e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pela Unidade;
20. Elaborar Regimento Interno para a CGRSSS;
21. Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

#### CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º. São atribuições do Coordenador da CGRSS:

1. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;
2. Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e de Apoio, quando necessário;
3. Representar a CGRSS em suas relações internas e externas;
4. Instalar a Comissão e coordenar suas reuniões;
5. Convocar e presidir reuniões extraordinárias, sempre que necessário;
6. Emitir pronunciamento da CGRSS quanto às questões relativas a resíduos;
7. Promover a convocação das reuniões;

8. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
9. Designar membros da CGRSS para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;
10. Zelar pelo sigilo ético das informações.

Art. 11º. São atribuições dos membros da CGRSS:

1. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
2. Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;
3. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
4. Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Coordenador;
5. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
6. Coordenar os grupos técnicos de trabalho e apoio, quando solicitado.

Art. 12º. São atribuições do Secretário da CGRSS:

1. Acompanhar as reuniões do Colegiado;
2. Assistir ao Coordenador e aos representantes da CGRSS;
3. Dar encaminhamento formal às deliberações do Colegiado e preparar o expediente;
4. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
5. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
6. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
7. Enviar aos representantes da CGRSS cópia das atas aprovadas, pautas das reuniões, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;
8. Lavrar e assinar as atas de reuniões;
9. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;
10. Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
11. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

## CAPITULO VI

### FUNCIONAMENTO

Artigo 13º. A CGRSS deverá reunir-se, ordinariamente, conforme cronograma mensal e extraordinariamente, quando convocada pelo Coordenador ou solicitada pela maioria de seus membros.

Artigo 14º. 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 e decisões tomadas.

Artigo 15º. De forma sistemática, as sessões da CGRSS são iniciadas com a presença da maioria simples dos seus membros. Não havendo "quorum" a reunião será suspensa.

Artigo 16º – Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 17º. As reuniões poderão seguir este roteiro: verificação da presença do coordenador; verificação de presença dos membros e existência de "quorum"; aprovação e assinatura da ata da reunião anterior; leitura e despacho do expediente; apresentação de assuntos por convidados externos; leitura da ordem do dia, seguida por discussão e votação; encaminhamento das deliberações para Diretoria Geral; organização da pauta da próxima reunião; encerramento dos trabalhos. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CGRSS, por voto da maioria, pode alterar a pauta da reunião, e a ordem do dia deve ser comunicada antecipadamente a todos os membros executivos.

Artigo 18º. De preferência, as questões devem ser decididas por consenso. Contudo, se durante a discussão verificar-se a impossibilidade de consenso, e esgotados argumentos com bases em evidências científicas, o coordenador tem o direito ao voto de desempate.

### CAPÍTULO VII

#### DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 19º. O Plano de Gerenciamento dos Resíduos - PGRSS da Unidade constará de instruções e rotinas escritas que obedecerão a critérios técnicos e sanitários, contemplando, assim, os aspectos de minimização na geração, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, e será um documento integrante do processo de

licenciamento ambiental da organização.

Artigo 20º. Considerando a urgente necessidade da administração, deverão ser criados, sob a responsabilidade da CGRSS, Grupos de Trabalho, permanentes ou transitórios, com a finalidade de otimizar os resultados definidos pelo Plano de Gerenciamento de Resíduos. Ficam instituídos os seguintes Grupos de Trabalho: GT Infectantes; GT Químicos; GT Radioativo; GT Comuns; GT Recicláveis.

Artigo 21º. Anualmente, deve-se elaborar um relatório de desempenho de atividades executadas pela CGRSS, incluindo os boletins e publicações elaborados, e os resultados dos indicadores.

Artigo 22º. As infrações decorrentes do não cumprimento das decisões da CGRSS serão encaminhadas ao Diretor Geral e Coordenadores de Serviços, solicitando-se uma manifestação dessas entidades em um prazo de dez dias.

Artigo 23º. Cabe ao Diretor Geral do hospital aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CGRSS.

Artigo 24º. As decisões não consideradas neste Regimento serão submetidas à avaliação da Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 25º. Nenhum membro da CGRSS, com exceção do Coordenador, pode falar em nome da Comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CGRSS.

Artigo 26º. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Artigo 27º. O presente Regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.


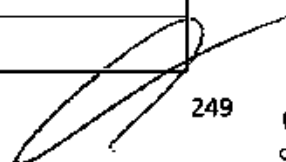

**Cronograma de Atividade Anual:**

Mês 1 e 2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criar a Comissão.</li><li>2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão.</li><li>3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da Comissão.</li><li>4. Elaborar programa de palestras e visitas técnicas aos serviços.</li><li>5. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>6. Elaborar Plano de Gerenciamento de Resíduos do Hospital.</li></ol>
-----------	---

Mês 3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li></ol>
Mês 4	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li></ol>
Mês 5	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li></ol>
Mês 6	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li><li>4. Elaborar relatórios semestral de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas pela Comissão.</li></ol>
Mês 7 e 8	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li></ol>
Mês 9 e 10	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li></ol>
Mês 11	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li></ol>
Mês 12	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária da Comissão.</li><li>2. Realizar atividades educativas programadas.</li><li>3. Realizar visitas técnicas programadas.</li><li>4. Elaborar relatórios semestral de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas pela Comissão.</li></ol>

#### 4.1.6 – Comissão de Farmacoterapia

<b>Considerações:</b>
<p>A constante inovação tecnológica na área da saúde, a introdução de novos produtos farmacêuticos, bem como a influência da propaganda sobre a prescrição médica, torna a seleção de novas tecnologias um processo imprescindível nas instituições de saúde. Neste contexto, o medicamento se configura como um dos insumos mais importantes dessa intensa incorporação tecnológica, o qual necessita de constantes avaliações para garantir a sua melhor utilização. Assim, a seleção dos medicamentos que farão parte do acervo medicamentoso nos sistemas de saúde torna-se componente fundamental da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual possui como eixos norteadores a garantia de acesso e o uso racional dos mesmos. Desta forma, a criação da <b>Comissão de Farmacoterapia – CF da Hemorrede Pública Estadual de Goiás</b> pretende atender aos requisitos legais relacionados às políticas nacionais de assistência farmacêutica e terá como principal objetivo otimizar a eficiência administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e na utilização das novas tecnologias. A CF será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral, subordinada a Diretoria Técnica e será norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.</p>
<b>Objetivos:</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Assessorar a Diretoria Técnica na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos na unidade;</li><li>2. Elaboração dos formulários relacionados às práticas farmacêutico em serviços de saúde;</li><li>3. Elaborar atividades educativas para divulgação de informações relacionadas ao uso de medicamentos, materiais e equipamentos aos profissionais da equipe multiprofissional.</li></ol>
<b>Reuniões:</b>

  
  
249  


Os membros da Comissão de Farmacoterapia – CF deverão reunir-se mensalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente. As ata das reuniões deverão ser encaminhadas para o Diretor Técnico para conhecimento e providências ocasionais.

**Membros:**

A Comissão de Farmacoterapia – CF será constituída por membros executores e por membros consultores "ad hoc", com a finalidade de fornecer subsídios para emissão de parecer técnico e tomada de decisão, possuindo característica multiprofissional. Os membros executores serão indicados pela Direção Técnica da unidade, e deverão representar os seguintes serviços:

- Corpo Clínico: 01 Médico
- Serviço de Farmácia: 01 Farmacêutico
- Serviço de Farmácia: 01 Enfermeiro
- CCISS: 01 Enfermeiro e/ou Médico
- Representante da Administração: Encarregado de Compras

**Competências:**

- Desempenhar papel consultivo, científico e educativo, propondo na instituição, as boas práticas de prescrição, dispensação, ministração e controle de medicamentos;
- Analisar estudos de utilização dos medicamentos padronizados, com foco no uso racional;
- Avaliar a adequação de cada medicamento e produto farmacêutico constantes do Guia Farmacoterapêutico, bem como a conveniência da inclusão ou exclusão dos medicamentos, em razão de novas evidências científicas disponíveis sobre eficácia, efetividade e segurança do medicamento;
- Atualizar a cada dois anos do Guia Farmacoterapêutico, seguindo as recomendações da OMS e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

**PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO**

**CAPÍTULO I**

**DAS JUSTIFICATIVAS LEGAIS**

**Artigo 1º.** A Comissão de Farmacoterapia – CF será instituída em cumprimento às políticas públicas que regulamentam a obrigatoriedade de sua existência

em serviços de saúde.

**Artigo 2º.** A Comissão de Farmacoterapia – CF será uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, instituída por ato formal do Diretor Geral da unidade e estará subordinada ao seu Diretor Técnico.

## CAPÍTULO II

### DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

**Artigo 3º.** Desempenhar papel consultivo, científico e educativo, propondo na instituição, as boas práticas de prescrição, dispensação, ministração e controle de medicamentos;

**Artigo 4º.** Analisar estudos de utilização dos medicamentos padronizados, com foco no uso racional;

**Artigo 5º.** Avaliar a adequação de cada medicamento e produto farmacêutico constantes do Guia Farmacoterapêutico, bem como a conveniência da inclusão ou exclusão dos medicamentos, em razão de novas evidências científicas disponíveis sobre eficácia, efetividade e segurança do medicamento;

**Artigo 6º.** Atualizar a cada dois anos do Guia Farmacoterapêutico, seguindo as recomendações da OMS e do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

**Artigo 7º.** Adotar critérios para seleção e padronização dos medicamentos/produtos farmacêuticos, definindo entre eles:

- Registro no país em conformidade com a legislação sanitária;
- Necessidade segundo aspectos clínicos e epidemiológicos;
- Valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica em seres humanos, destacando segurança, eficácia e efetividade, com algoritmo de escolha (fluxograma) de tratamento definido;
- Composição com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, associações em doses fixas;
- O princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, Denominação Comum Internacional (DCI).

## CAPÍTULO III

### DA COMPOSIÇÃO

**Artigo 8º.** Comissão de Farmacoterapia – CF será constituída por membros



executores e por membros consultores "ad hoc", com a finalidade de fornecer subsídios para emissão de parecer técnico e tomada de decisão, possuindo característica multiprofissional.

**Artigo 9º.** Os membros executores serão indicados pela Direção Técnica da Unidade, e deverão representar os seguintes serviços: Corpo Clínico: 01 Médico; Serviço de Farmácia: 01 Farmacêutico; Serviço <sup>de Enfermagem</sup> ~~de Farmácia~~: 01 Enfermeiro; CCISS: 01 Enfermeiro e/ou Médico; Representante da Administração: Encarregado de Compras.

**Artigo 10º.** Para auxiliar na execução das atividades, a CF poderá compor grupos técnicos de trabalho, sempre que se fizer necessário. Estes grupos técnicos poderão ser criados a critério da CF ou quando solicitado pelo diretor técnico da unidade e submetidos ao plenário que definirá o prazo para cumprimento dos trabalhos e aprovação de sua composição. O critério de participação deverá estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde.

**Artigo 2º.** Todos os membros da CF deverão contar com um suplente para substituí-lo em seus impedimentos como afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas

**Artigo 11º.** O Diretor Técnico deverá indicar o presidente da CF, entre os membros executores. Os demais membros deverão eleger o vice presidente e o secretário. O mandato dos membros executores será de dois anos, podendo ser reconduzidos.

**Artigo 12º.** À CF será assegurada autonomia funcional, possuindo independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicações, materiais e equipamentos.

**Artigo 13º.** A CF utilizará deste Regimento, das normas dos Conselhos Regionais dos membros da equipe e da legislação vigente para o exercício de suas atividades disciplinares.

#### CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

**Artigo 14º.** A CF deverá reunir-se, ordinariamente, conforme cronograma

mensal e extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou solicitada pela maioria de seus membros executivos.

**Artigo 15º** – 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 e decisões tomadas.

**Artigo 16º.** De forma sistemática, as sessões da CF são iniciadas com a presença da maioria simples dos seus membros. Não havendo “quorum” a reunião será suspensa.

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

**Artigo 18º.** As reuniões poderão seguir este roteiro: verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente; verificação de presença dos membros e existência de “quorum”; aprovação e assinatura da ata da reunião anterior; leitura e despacho do expediente; apresentação de assuntos por convidados externos; leitura da ordem do dia, seguida por discussão e votação; encaminhamento das deliberações para Diretoria Técnica; organização da pauta da próxima reunião; encerramento dos trabalhos. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CF, por voto da maioria, pode alterar a pauta da reunião, e a ordem do dia deve ser comunicada antecipadamente a todos os membros executivos.

**Artigo 19º.** De preferência, as questões devem ser decididas por consenso. Contudo, se durante a discussão verificar-se a impossibilidade de consenso, e esgotados argumentos com bases em evidências científicas, o Presidente tem o direito ao voto de desempate.

#### CAPÍTULO V DA COMPETÊNCIA

**Artigo 20º.** Competências relacionadas a Assessoramento Farmacoterapêutico:

1. Seleção e padronização dos medicamentos;

2. Elaboração e atualização do Guia Farmacoterapêutico;
3. Definição de diretrizes para o uso racional dos medicamentos;
4. Elaboração de normas para prescrição, dispensação e uso de medicamentos;
5. Avaliação para incorporação de novas tecnologias;
6. Promoção e elaboração de Protocolos Clínicos de tratamento.

**Artigo 21º.** Competências relacionadas a Investigação Científica:

1. Promoção de estudos de utilização de medicamentos e de farmacoeconomia para analisar o perfil farmacoepidemiológico e de impacto econômico dos medicamentos nas instituições da saúde;
2. Atividades voltadas ao gerenciamento de riscos e farmacovigilância (queixas técnicas, reações adversas ao medicamento e erros de medicação).

**Artigo 22º.** Competências relacionadas a Ações Educativas:

1. Desenvolvimento e apoio às ações de promoção do uso racional de medicamentos;
2. Colaboração e participação em atividades de educação permanente da equipe da saúde;
3. Elaboração e divulgação de instrumentos educativos, utilizando os meios de comunicação;
4. Incentivo e realização de campanhas para práticas seguras do uso do medicamento.

**CAPÍTULO VI  
DAS ATRIBUIÇÕES**

**Artigo 23º** – São atribuições do presidente da CF:

1. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;
2. Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e de Apoio;
3. Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e de Apoio;
4. Representar a CF em suas relações internas e externas;
5. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
6. Convocar e presidir reuniões extraordinárias, sempre que necessário;
7. Emitir pronunciamento da CF quanto às questões relativas a medicamentos;

8. Promover a convocação das reuniões;
9. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
10. Designar membros executivos da CF para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;
11. Aprovar "ad referendum", nos casos de manifesta urgência;
12. Zelar pelo sigilo ético das informações.

**Artigo 24.** São atribuições dos membros executores da CF:

1. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
2. Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
3. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
4. Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
5. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
6. Coordenar os grupos técnicos de trabalho e apoio, quando solicitado.

**Artigo 25.** São atribuições dos membros consultores da CF:

1. Auxiliar os membros executores na inclusão em matérias específicas.

**Artigo 26º.** São atribuições do secretário da CF:

1. Acompanhar as reuniões do Colegiado;
2. Assistir ao Presidente e aos representantes da CF;
3. Dar encaminhamento formal às deliberações do Colegiado e preparar o expediente;
4. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
5. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
6. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
7. Enviar aos representantes da CF cópia das atas aprovadas, pautas das reuniões, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;

8. Lavrar e assinar as atas de reuniões;
9. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;
10. Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
11. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

## CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 27º.** Os membros executivos e os suplentes integrantes da CF devem declarar os potenciais conflitos de interesse. Além disso, durante os trabalhos qualquer situação, que configure possível conflito de interesse, deve ser declarada pelo membro, que se absterá de participar da atividade específica.

**Artigo 28º.** Com o objetivo de monitorar o seu funcionamento, A CF deverá elaborar indicadores de desempenho, tais como: Taxa de reuniões realizadas; Taxa de itens incluídos; Taxa de itens excluídos.

**Artigo 29º.** Anualmente, deve-se elaborar um relatório de desempenho de atividades executadas pela CF, incluindo os boletins e publicações elaborados, e os resultados dos indicadores.

**Artigo 30º.** As infrações decorrentes do não cumprimento das decisões da CF serão encaminhadas às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e dado ciência ao Diretor Técnico, solicitando-se uma manifestação dessas entidades em um prazo de dez dias.

**Artigo 31º.** Cabe ao Diretor Técnico da Unidade aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CF.

**Artigo 32º.** As decisões não consideradas neste regimento serão submetidas à avaliação da Diretoria Técnica, para os encaminhamentos necessários.

**Artigo 33º.** Nenhum membro da CF, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CF.

**Artigo 34º.** A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Técnica.

256

**Artigo 35º.** O presente Regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

**Cronograma de Atividade Anual:**

Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato:

1. Identificar, entre os profissionais do hospital aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.
2. Nomear oficialmente os membros da Comissão.
3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
4. Reunião com as equipes multiprofissionais de saúde para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
5. Redigir o formulário de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos;
6. Selecionar os medicamentos para uso da Unidade;
7. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa;
8. Avaliar a exclusão de medicações da padronização;
9. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos, materiais e equipamentos;
10. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos;
11. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados.
12. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de anti-infecciosos o parecer será dado pela CCIH.

**Mês 1 e 2**

1. Identificar, entre os profissionais da Unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a Comissão.
2. Nomear oficialmente os membros da Comissão.
3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.
4. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.
5. Realizar reunião ordinária.

<b>Mês 3 e 4</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Redigir o formulário de padronização de medicamentos;</li><li>2. Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos;</li><li>3. Selecionar os medicamentos para uso da Unidade;</li><li>4. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa;</li><li>5. Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados;</li><li>6. Avaliar a exclusão de medicações da padronização.</li><li>7. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 4</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos;</li><li>2. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos;</li><li>3. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados.</li><li>4. Realizar reunião ordinária.</li></ol>
<b>Mês 5</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados;</li><li>2. Elaboração de relatório mensal;</li><li>3. Realizar reunião ordinária;</li><li>4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.</li></ol>
<b>Mês 6</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados;</li><li>6. Elaboração de relatório mensal;</li><li>7. Realizar reunião ordinária.</li><li>8. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas.</li></ol>
<b>Mês 7</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados;</li><li>2. Elaboração de relatório mensal;</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Realizar reunião ordinária.</li><li>4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.</li></ol>
<b>Mês 8</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados;</li><li>2. Elaboração de relatório mensal;</li><li>3. Realizar reunião ordinária.</li><li>4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.</li></ol>
<b>Mês 9</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados;</li><li>2. Elaboração de relatório mensal;</li><li>3. Realizar reunião ordinária.</li><li>4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 80% das áreas específicas.</li></ol>
<b>Mês 10</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados;</li><li>2. Elaboração de relatório mensal;</li><li>3. Realizar reunião ordinária.</li><li>4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 100% das áreas específicas.</li><li>5. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados.</li></ol>
<b>Mês 11</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião ordinária.</li><li>2. Realizar palestras educativas.</li></ol>
<b>Mês 12</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboração de relatório anual de atividades da comissão;</li><li>2. Realizar reunião ordinária.</li></ol>

  
  
289



#### 4.1.7 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

**Considerações:**

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA é, segundo a legislação brasileira, uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária, que tem a finalidade de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. A **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – CIPA da Hemorrede Pública Estadual de Goiás** abordará as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes de atividades laborais.

**Objetivos:**

1. Observar e relatar condições de risco no ambiente de trabalho e solicitar medidas para reduzir e até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos;
2. Discutir os acidentes ocorridos e solicitar medidas que previnam acidentes semelhantes;
3. Orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes.

**Reuniões:**

As reuniões da CIPA serão mensais, de acordo com um calendário preestabelecido, sendo realizadas durante o expediente normal e em local apropriado.

**Membros:**

Os membros da CIPA deverão ser em 50% indicados pelo Diretor Geral do hospital e 50% eleitos pelos colaboradores da Unidade, em processo eleitoral formalmente instituído.

O tempo de duração da CIPA será de um ano podendo ocorrer reeleição para o ano seguinte. Os candidatos eleitos deverão participar do curso de cipeiros, com duração de 20 horas e direito a certificado de participação.

**Competências:**

De acordo os padrões estabelecidos na Norma Regulamentadora – NR nº 5 do

Ministério do Trabalho e Emprego.

**Finalidades:**

De acordo os padrões estabelecidos na Norma Regulamentadora – NR nº 5 do Ministério do Trabalho e Emprego.

**Proposta de Regimento Interno:**

**CAPÍTULO I**

**DA JUSTIFICATIVA LEGAL**

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, da Unidade será instituída em atendimento a Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978 – Norma Regulamentadora – NR 5 do Ministério do Trabalho e Emprego.

**CAPÍTULO II**

**DO OBJETIVO**

**Art. 1º** - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem por objetivo desenvolver atividades voltadas à prevenção de acidentes do trabalho e de doenças profissionais, à melhoria das condições de trabalho dos empregados da Unidade.

**Art. 2º** - Para cumprir seu objetivo, a CIPA deverá desenvolver as seguintes atividades:

1. Realizar inspeções nos respectivos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais;
2. Estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem-estar dos empregados, estabelecendo medidas preventivas ou corretivas para eliminar ou neutralizar os riscos existentes;
3. Investigar as causas e conseqüências dos acidentes e das doenças associadas ao trabalho e acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua finalização;
4. Discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;
5. Realizar, quando houver denúncia de risco ou por iniciativa própria, inspeção no ambiente de trabalho, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pela área, à chefia da Unidade e ao Setor de Segurança do Trabalho;

6. Promover a divulgação das normas de segurança e medicina do trabalho, emitidas pelos setores de Segurança e Medicina do Trabalho, zelando pela sua observância;
7. Despertar o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, por meio de trabalho educativo, estimulando-os a adotar comportamento preventivo;
8. Participar de campanhas de prevenção de acidentes do trabalho promovidas pela Unidade;
9. Promover em conjunto com o setor de Segurança do Trabalho, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;
10. Promover a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à Segurança e Medicina do Trabalho e outros afins.

### CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

**Art. 3º** - A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

§ 1º - O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do hospital, conforme norma regulamentadora em vigor.

**Art. 4º** - Os representantes do empregador serão indicados pela direção da Unidade.

**Art. 5º** - Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

§ 1º - É ilimitado o número de inscrições de candidatos para a representação dos empregados.

§ 2º - Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço na Unidade.

§ 3º - O mandato dos membros terá a duração de 1 (um) ano, com direito à reeleição para os titulares e suplentes da representação dos empregados.

§ 4º - As eleições serão convocadas 60 (sessenta) dias antes do término do mandato da CIPA em vigor, devendo ser realizadas de modo a permitir que nos 30 (trinta) dias antecedentes ao início do mandato possam os novos membros

preparar-se para exercer suas funções.

§ 5º - O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da votação.

§ 6º - O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

§ 7º - O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

#### **CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO**

**Art. 6º** - A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em local apropriado e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento.

§ 1º - O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

§ 2º - Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado.

§ 3º - As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

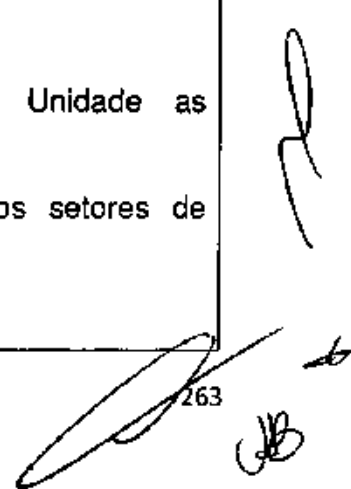
§ 4º - A CIPA deverá apresentar mensalmente, por meio de material escrito, relatório de suas atividades.

#### **CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 7º** - Compete ao Presidente da CIPA:

1. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
2. Determinar tarefas para os membros da CIPA;
3. Presidir as reuniões, encaminhando à Direção da Unidade as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;
4. Manter e promover o relacionamento da CIPA com os setores de Segurança e Medicina do Trabalho.

**Art. 8º** - Compete aos Secretários da CIPA:



1. Elaborar as atas das eleições da posse e das reuniões, registrando-as em livro próprio;
2. Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;
3. Manter o arquivo da CIPA atualizado;
4. Providenciar para que as atas sejam assinadas por todos os membros da CIPA.

**Art. 9º - Compete aos membros da CIPA:**

1. Elaborar o calendário anual das reuniões da CIPA;
2. Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;
3. Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo e discutir os acidentes ocorridos;
4. Frequentar o curso para os componentes da CIPA, na forma que vier a ser regulamentado;
5. Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

**Art. 10º - Compete ao Empregador:**

1. Proporcionar os meios necessários para o desempenho integral das atribuições da CIPA;
2. Possibilitar uma sala própria para a CIPA desenvolver suas atividades;
3. Autorizar o fornecimento de material de escritório completo e outros que forem necessários para o desenvolvimento das atividades da CIPA;
4. Assessorar a implantação da CIPA;
5. Zelar pelo cumprimento das normas de Segurança e Medicina do Trabalho estabelecidas pelo órgão competente;
6. Divulgar amplamente as atividades da CIPA entre os empregados.

**Art. 11º - Compete aos Empregados:**

1. Eleger seus representantes na CIPA;
2. Informar à CIPA a existência de condições de risco ou ocorrência de acidentes e apresentar sugestões para melhorias das condições de trabalho;
3. Observar as recomendações quanto à prevenção de acidentes, transmitidas por membros da CIPA;

4. Informar à CIPA a ocorrência de todo e qualquer acidente de trabalho.

**Art. 12º** - Ao término do processo eleitoral, o presidente da comissão eleitoral terá o prazo máximo de 10 (dez) dias para encaminhar ao Ministério do Trabalho cópia das atas de eleição e de posse dos membros eleitos e para registrar a CIPA na Delegacia do Trabalho.

#### **CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 13º** - Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CIPA e Setor de Segurança do Trabalho, ouvindo-se a Direção da Unidade.

#### **ATIVIDADES**

A instalação e os desenvolvimentos das atividades da CIPA da Unidade ocorrerão baseados no Regimento Interno e cumprirá os prazos determinados na Norma Regulamentadora, conforme a seguir:

#### **DIVULGAÇÃO E CONVOCAÇÃO PARA ELEIÇÃO DA CIPA**

Ocorrerá até 60 (sessenta) dias, antes da data prevista para a posse dos membros. Quando da existência de CIPA, a divulgação ocorrerá 60 (sessenta) dias, antes do término do mandato dessa Comissão.

A divulgação em Edital indica a data da eleição e solicita a inscrição de candidatos.

#### **INSCRIÇÕES DE CANDIDATOS**

Será de 15 (quinze) dias o período mínimo para as inscrições de candidatos.

O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da data da votação.

#### **CONVOCAÇÃO PARA VOTAÇÃO DA CIPA**

Será publicado e divulgado Edital, em locais de fácil visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes da data prevista para a posse dos membros a serem eleitos.

Serão divulgados os nomes dos candidatos e data da votação.

#### **VOTAÇÃO**

Ocorrerá em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos, possibilitando a participação da maioria dos colaboradores, sendo realizada no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes da data prevista para a posse dos eleitos

ou término do mandato da Comissão, quando já houver.

#### **CONTAGEM DOS VOTOS**

Ocorrerá 1 (um) dia após o encerramento da votação.

#### **DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA VOTAÇÃO**

Será publicado e divulgado, 1 (um) dia após a contagem dos votos, por meio de Edital, a relação dos nomes dos eleitos (Titulares e Suplentes) e dos não eleitos, apresentando-se a quantidade de votos obtidos em ordem decrescente.

#### **TREINAMENTOS PARA OS MEMBROS TITULARES E SUPLENTES**

Deve ocorrer antes da posse dos Membros Eleitos.

#### **REUNIÕES ORDINÁRIAS**

Deve ocorrer uma em cada mês do ano de mandato.

#### **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

##### **A. Divulgação e convocação para eleição/inscrição**

- Na semana subsequente à entrada em funcionamento da Unidade
- Durante os próximos 30 dias consecutivos

##### **B. Período de inscrição dos candidatos**

- Durante 15 dias consecutivos

##### **C. Convocação Para eleição e divulgação dos candidatos**

- Durante ~~cinco~~<sup>5</sup> dias, após o final da inscrição

##### **D. Votação**

- Dois dias após o final da convocação para eleição e divulgação dos candidatos.

##### **E. Contagem de Votos**

- Um dia após a votação

##### **F. Divulgação dos resultados**

- Durante 30 dias após a contagem de votos

##### **G. Treinamento**

- Durante três dias consecutivos, iniciado após 05 dias da divulgação dos resultados

##### **H. Posse**

- Após a conclusão da divulgação do resultado, ou seja, 30 dias após a divulgação do resultado

##### **I. Reunião ordinária mensal**

- Durante os doze meses de mandato, na segunda terça-feira do mês corrente

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL**

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato:

1. Criar o comitê eleitoral da Comissão interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), através de uma Resolução do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.
2. Criar a CIPA
3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da CIPA.
4. Elaborar cronograma de reuniões ordinárias da CIPA.
5. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.
6. Elaborar e afixar mapas de risco em todos os locais de trabalho.
7. Elaborar programa de palestras.
8. Elaborar programa de visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho.

<b>Mês 1 e 2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar normas para auditoria das unidades;</li> <li>2. Elaborar o cronograma da SIPAT;</li> <li>3. Elaborar mapas de risco.</li> </ol>
<b>Mês 3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> <li>2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho.</li> </ol>
<b>Mês 4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> <li>2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho</li> </ol>
<b>Mês 5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> <li>2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho</li> </ol>
<b>Mês 6</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> <li>2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho</li> </ol>
<b>Mês 7</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar a I SIPAT</li> </ol>
<b>Mês 8</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> <li>2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho</li> </ol>
<b>Mês 9</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> <li>2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho</li> </ol>
<b>Mês 10</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> <li>2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho</li> </ol>
<b>Mês 11</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar treinamento – Palestra</li> </ol>

*[Handwritten signature]*  
267  
WB



	2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho
Mês 12	1. Realizar treinamento – Palestra 2. Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho 3. Nomear membros do Comitê Eleitoral da CIPA para o segundo ano.

#### 4.1.8 - COMISSÃO DE GERENCIAMENTO E PREVENÇÃO DE RISCO - CGPR

<b>Considerações:</b>
Gerenciamento de Riscos em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Sua aplicação pelas equipes assistenciais e administrativas de hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros, traz reflexos diretos na qualidade do atendimento, evitando ou prevenindo danos ao paciente, bem como à própria instituição de saúde. Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros. Desta forma, a Hemorrede Pública Estadual de Goiás implantará a Comissão de Gerenciamento e Prevenção de Riscos, que terá como principal objetivo monitorar a assertividade do trabalho utilizando como parâmetro a possibilidade ou ocorrência de tais situações adversas, que são muitas, como: erro na administração de medicamentos, extravasamento de soluções, úlcera por pressão, quedas, acidente de trabalho, infecção hospitalar, diagnóstico errado, dentre várias outras.
<b>Objetivos:</b>
1. Auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico e administrativo da unidade; 2. Identificar, avaliar e controlar riscos inerentes ao processo assistencial, visando sua eliminação e/ou redução a níveis cada vez mais seguro. Entre os riscos a serem evitados, estão entre eles: Riscos Ambientais; Riscos

Assistenciais; Riscos de Responsabilidade; Riscos Ocupacionais.

**Reuniões:**

A periodicidade das reuniões ordinárias da CGPR deverá ser mensal. Para cada reunião realizada se lavrará ata simples, a qual será subscrita pelos presentes e encaminhada ao Diretor Técnico e Coordenadores de Serviços.

**Membros:**

Para realizar este monitoramento, a CGPR, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de forma a contar com os seguintes membros:

1. 01 Médico
2. 01 Enfermeiro
3. 01 Farmacêutico
4. 01 Nutricionista
5. 01 Representante do Serviço de Higiene e Limpeza.
6. 01 Representante do Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde
7. Representante do SESMET
8. 01 Cipeiro
9. 01 Representante do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial
10. 01 Representante da TI
11. 01 Representante do Serviço Administrativo.

**Competências:**

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar o Plano de Gerenciamento e Prevenção de Riscos em serviços de saúde adequado às características e necessidades da instituição;
2. Assegurar que os profissionais e os clientes estejam adequadamente protegidos, através de ciclos de prevenção, detecção e mitigação de riscos;
3. Avaliar riscos e benefícios, com enfoque na redução dos riscos (os mais frequentes e os mais graves);
4. Disponibilizar informações sobre proteção a riscos e motivar atitudes responsáveis, visando à segurança assistencial e a excelência operacional.
5. Cooperar com o setor de treinamento com a capacitação do quadro de colaboradores da unidade, no que diz respeito à prevenção e controle dos riscos em serviços de saúde;
6. Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à Diretoria

geral da Unidade, a situação do controle dos riscos em serviços de saúde;

7. Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando a redução de riscos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais;
8. Cooperar com a ação dos órgãos <sup>em</sup> a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

**Finalidades:**

A CGPR é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade: assessorar a Direção da Unidade na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção em serviços de saúde, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico da unidade e estrutura física predial. Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que se tomam cada vez mais presentes.

Com este intuito, será implantado o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes. Atualmente, a forma de trabalho está direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, pode-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado em regime leito/dia.

As ações vão ao encontro de outras já em andamento e que têm os mesmos objetivos: a busca da qualidade total e o compromisso socioambiental da Instituição.

**Definições:**

1. **Gestão de Riscos:** "É a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional." (FELDMAN, 2004)
2. **Riscos:** "São condições, situações, procedimentos, condutas ou eventos

adverso que, se ocorrer, pode resultar em efeito negativo para o ator e/ou organização; causando dano ao cliente, ao colaborador, ao ambiente e à organização." (D'INNOCENZO, 2006)

3. **Risco Ocupacional:** "É proveniente das situações que envolvem a dinâmica dos cuidados durante a internação ou período de permanência do cliente na Instituição. Situações ergonômicas geradas da prática assistencial." (FELDMAN, 2009)
4. **Risco Sanitário/Ambiental:** "São eventos, fatos ou situações adversas geradas dos agentes físicos, químicos, biológicos ou na forma de resíduos de serviços de saúde. Fatores de riscos, perigos ou eventos gerados ao meio ambiente decorrentes da organização de saúde". (FELDMAN, 2009)
5. **Risco de Responsabilidade Civil:** "Decorre das ações ou omissões surgidas durante o exercício da atividade". (D'INNOCENZO, 2006). O Art. 927 do Código Civil de 2002, parágrafo único, estabelece que "haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem, ou seja, adota critérios de responsabilidade objetiva no âmbito do direito privado". Nas Instituições de Saúde este risco divide-se em 02 categorias, que são:
  - Risco Profissional: "É aquele oriundo das ações e procedimentos realizados diretamente no paciente, pelo responsável da conduta e da tomada de decisão, responsável pela aplicação e tratamento fornecido." (FELDMAN, 2009)
  - Risco Institucional: "Refere-se a situações decorrentes de conflitos e crises de relacionamento entre pessoas, quer seja profissional – paciente – colaborador – familiar – usuário – operadora de plano de saúde – organização de saúde, em qualquer uma das ordens e ou formas de relação, e que geram danos por ações e processos contra a organização de saúde." (FELDMAN, 2009)
6. **Protocolos Clínicos:** referem-se à sistematização de condutas assistenciais, em geral envolvendo equipe multiprofissional de assistência, com critérios para a inclusão e para a exclusão/alta dos pacientes no protocolo, rotinas assistenciais e de controle da execução das ações do protocolo, indicadores e

metodologia de análise e desenvolvimento de planos de ação com a utilização de ferramentas da qualidade.

7. **Evento Adverso:** uma ocorrência inesperada, indesejável ou potencialmente perigosa.
8. **Evento Sentinela:** uma ocorrência inesperada envolvendo morte ou sério dano físico. "Dano sério" inclui especificamente perda de membro ou função.
9. **"Near Miss":** (ou quase perda). Qualquer variação de processos que não afeta um resultado, mas por uma recorrência acarreta uma significativa chance de um sério resultado adverso.

#### **ÁREAS DE ATUAÇÃO:**

**FÁRMACOVIGILÂNCIA:** Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Outras questões relevantes para a Farmacovigilância são: Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamento, usam de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada.

**TECNOVIGILÂNCIA:** Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização. São produtos para a saúde Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso in-vitro. Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

**HEMOVIGILÂNCIA:** É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência

**São produtos para a saúde:**

1. Medicamentos;
2. Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
3. Materiais e artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;
4. Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
5. Sangue e seus componentes;
6. Saneantes de uso hospitalar.

**Proposta de Regimento Interno:**

**CAPÍTULO I**

**DAS JUSTIFICATIVAS LEGAIS**

**Artigo 1º.** A Comissão de Gerenciamento e Prevenção de Riscos – CGPR será instituída em cumprimento às políticas públicas que regulamentam a obrigatoriedade de sua existência em unidades de saúde.

**Artigo 2º.** A Comissão de Gerenciamento e Prevenção de Riscos – CGPR será de caráter investigativo, técnico científico e consultivo, instituída por ato formal do Diretor Geral da Unidade e estará subordinada ao seu Diretor Técnico.

**CAPÍTULO II**

**DAS FINALIDADES E OBJETIVOS**

**Artigo 3º.** A CGPR é a Comissão criada para atuar na Unidade, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de uma política de gerenciamento de riscos que abrangerá: os riscos ocupacionais, sanitários, ambientais e cíveis, envolvendo todos os profissionais e empresas fornecedoras de insumos ou prestadoras de serviços que sejam relacionados à segurança dos pacientes assistidos pela unidade.

**Artigo 4º.** São objetivos desta Comissão:

1. Gerenciar a situações de risco da unidade;
2. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento da unidade;
3. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
4. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

**CAPÍTULO III**  
**DA COMPOSIÇÃO**

**Artigo 5º.** ACGPR, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo: 01 Médico; 01 Enfermeiro; 01 Farmacêutico; 01 Nutricionista; 01 Representante do Serviço de Higiene e Limpeza; 01 Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Representante do SESMET; 01 Cipeiro; 01 Representante do Serviço de Vigilância e Segurança Patrimonial; 01 Representante da TI; 01 Representante do Serviço Administrativo.

**Artigo 6º.** Todos os membros da CGPR deverão contar com um suplente para substituí-lo em seus impedimentos como afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas.

**Artigo 7º.** O Diretor Técnico deverá indicar o coordenador da CGPR, entre os membros. Os demais membros deverão eleger o vice coordenador e o secretário. O mandato dos membros executores será de dois anos, podendo ser reconduzidos.

**Artigo 8º.** ACGPR será assegurada autonomia funcional, possuindo independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas ao gerenciamento e prevenção de riscos.

**Artigo 13º.** A CGPR utilizará deste ~~regimento~~, das normas dos Conselhos Regionais dos membros da equipe e da legislação vigente para o exercício de suas atividades disciplinares.

#### CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

**Art. 9º.** Compete à Comissão:

1. Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento e Prevenção de Riscos da unidade adequado às características e necessidades de cada serviço assistencial.
2. Assegurar que os profissionais e os clientes estejam adequadamente protegidos, ~~através~~ de ciclos de prevenção, detecção e mitigação de riscos;
3. Avaliar riscos e benefícios, com enfoque na redução dos riscos (os mais frequentes e os mais graves);
4. Disponibilizar informações sobre proteção a riscos em serviços de saúde e motivar atitudes responsáveis, visando à segurança assistencial e a excelência

operacional;

5. Cooperar com o setor de treinamento com a capacitação do quadro de colaboradores da unidade, no que diz respeito à prevenção e controle dos riscos;
6. Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos riscos em serviços de saúde;
7. Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando a redução de riscos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais;
8. Cooperar com a ação dos órgãos a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.
9. Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos riscos definindo prazos a serem cumpridos;
10. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Riscos – PGR.
11. Instituir Grupos de Trabalho, quando necessário;
12. Avaliar e deliberar acerca das recomendações expedidas pelos Grupos de Trabalho.

**Art. 10º.** São atribuições do Coordenador da CGPR:

1. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;
2. Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e de Apoio, quando necessário;
3. Representar a CGPR em suas relações internas e externas;
4. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
5. Convocar e presidir reuniões extraordinárias, sempre que necessário;
6. Emitir pronunciamento da CGPR quanto às questões relativas a medicamentos;
7. Promover a convocação das reuniões;
8. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
9. Designar membros da CGPR para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;
10. Zelar pelo sigilo ético das informações.

**Art. 11 º.** São atribuições dos membros da CGPR:



1. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
2. Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
3. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
4. Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Coordenador;
5. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
6. Coordenar os grupos técnicos de trabalho e apoio, quando solicitado.

**Art. 12º.** São atribuições do Secretário da CGPR:

1. Acompanhar as reuniões do Colegiado;
2. Assistir ao Coordenador e aos representantes da CGPR;
3. Dar encaminhamento formal às deliberações do Colegiado e preparar o expediente;
4. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
5. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
6. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
7. Enviar aos representantes da CGPR cópia das atas aprovadas, pautas das reuniões, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;
8. Lavrar e assinar as atas de reuniões;
9. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;
10. Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
11. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

**CAPITULO V**  
**FUNCIONAMENTO**

**Artigo 13º.** A CGPR deverá reunir-se, ordinariamente, conforme cronograma mensal e extraordinariamente, quando convocada pelo coordenador ou solicitada pela maioria de seus membros.

**Artigo 14º.** 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 e decisões tomadas.

**Artigo 15º.** De forma sistemática, as sessões da CGPR são iniciadas com a presença da maioria simples dos seus membros. Não havendo "quorum" a reunião será suspensa.

**Artigo 16º** – Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

**Artigo 17º.** As reuniões poderão seguir este roteiro: verificação da presença do coordenador e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice coordenador; verificação de presença dos membros e existência de "quorum"; aprovação e assinatura da ata da reunião anterior; leitura e despacho do expediente; apresentação de assuntos por convidados externos; leitura da ordem do dia, seguida por discussão e votação; encaminhamento das deliberações para Diretoria Técnica; organização da pauta da próxima reunião; encerramento dos trabalhos. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a CGPR, por voto da maioria, pode alterar a pauta da reunião, e a ordem do dia deve ser comunicada antecipadamente a todos os membros executivos.

**Artigo 18º.** De preferência, as questões devem ser decididas por consenso. Contudo, se durante a discussão verificar-se a impossibilidade de consenso, e esgotados argumentos com bases em evidências científicas, o coordenador tem o direito ao voto de desempate.

## CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 19º.** Anualmente, deve-se elaborar um relatório de desempenho de atividades executadas pela CGPR, incluindo os boletins e publicações elaborados, e os resultados dos indicadores.

**Artigo 20º.** As infrações decorrentes do não cumprimento das decisões da CGPR serão encaminhadas ao Diretor Técnico e Coordenadores de Serviços, solicitando-se uma manifestação dessas entidades em um prazo de dez dias.

**Artigo 21º.** Cabe ao Diretor Técnico da unidade aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CGPR.

**Artigo 22º.** As decisões não consideradas neste regimento serão submetidas à avaliação da Diretoria Técnica, para os encaminhamentos necessários.

**Artigo 23º.** Nenhum membro da CGPR, com exceção do Coordenador, pode falar

em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CGPR.

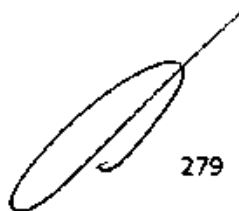

**Artigo 24º.** A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação da Diretoria Técnica.

**Artigo 25º.** O presente Regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

**Cronograma de Atividade Anual:**

<b>Mês 1 e 2</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Criar a Comissão.</li><li>2. Aprovar o Regimento Interno da Comissão.</li><li>3. Elaborar o Programa de Ação para o primeiro ano de atuação da Comissão.</li><li>4. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.</li><li>5. Elaborar programa de palestras.</li><li>6. Reunião ordinária da Comissão.</li><li>7. Elaborar e relatório com as ações da Comissão e planejamento das ações futuras.</li></ol>
<b>Mês 3 e 4</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião mensal.</li><li>2. Elaborar relatório com as ações da comissão e planejamento das ações futuras.</li><li>3. Analisar relatórios de notificações de eventos adversos e propor ações de melhoria.</li><li>4. Realizar atividades de educação permanente in loco e programadas a critério da demanda.</li></ol>
<b>Mês 5 e 6</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião mensal.</li><li>2. Elaborar relatório com as ações da comissão e planejamento das ações futuras.</li><li>3. Analisar relatórios de notificações de eventos adversos e propor ações de melhoria.</li><li>4. Realizar atividades de educação permanente in loco e programadas a critério da demanda.</li></ol>

<b>Mês 7 e 8</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião mensal.</li><li>2. Elaborar relatório com as ações da comissão e planejamento das ações futuras.</li><li>3. Analisar relatórios de notificações de eventos adversos e propor ações de melhoria.</li><li>4. Realizar atividades de educação permanente in loco e programadas a critério da demanda.</li></ol>
<b>Mês 9 e 10</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião mensal.</li><li>2. Elaborar relatório com as ações da comissão e planejamento das ações futuras.</li><li>3. Analisar relatórios de notificações de eventos adversos e propor ações de melhoria.</li><li>4. Realizar atividades de educação permanente in loco e programadas a critério da demanda.</li></ol>
<b>Mês 11 e 12</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizar reunião mensal.</li><li>2. Elaborar relatório com as ações da comissão e planejamento das ações futuras.</li><li>3. Analisar relatórios de notificações de eventos adversos e propor ações de melhoria.</li><li>4. Realizar atividades de educação permanente in loco e programadas a critério da demanda.</li><li>5. Realizar relatório anual de atividades da CGPR.</li></ol>

  
279  


## **4.2- QUALIDADE SUBJETIVA**

### **4.2.1 - Humanização no Atendimento (Acolhimento)**

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracteriza, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com várias lacunas. Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços saúde é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto se destaca a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

Considerando este cenário atual e visando amenizar as lacunas existentes relativas a humanização dos processos assistenciais, o Instituto de Gestão e Humanização – IGH implantará na Hemorrede Pública Estadual de Goiás a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – "Humaniza SUS".

### **Princípios Norteadores da Política de Humanização da Hemorrede Pública Estadual de Goiás:**

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;

  
280



- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção a saúde;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

**Resultados esperados com a Política de Humanização da Hemorrede Pública Estadual de Goiás:**

- Reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e oferta de atendimento acolhedor e resolutivo;

- Todos os usuários dos serviços diversos prestados pela Hemorrede Pública Estadual de Goiás saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- Garantia dos direitos dos usuários, asseguradas e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;
- Gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos;
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

Assim, o IGH desenvolverá ações em busca dos resultados esperados através da valorização do profissional de saúde, com constantes treinamentos e busca por um ambiente de trabalho em harmonia ações que ficarão sob a guarda e responsabilidade dos Serviços de RH, Educação Permanente e Qualidade.

**Estratégias de implementação do Programa de Humanização da Hemorrede Pública Estadual de Goiás:**

A implantação do programa de humanização pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pelos profissionais dos diversos serviços institucionais .

1. No eixo da gestão do trabalho, serão desenvolvidas a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando e motivando, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
2. No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores;

3. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e inter setoriais, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;
4. No eixo da educação permanente, propõe-se a criação de um Programa de Educação Permanente que favoreça o desenvolvimento contínuo dos profissionais;
5. No eixo da gestão, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

**4.2.1.1 – Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e familiares nas diferentes unidades da Hemorrede.**

**Acolhimento:** Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

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

“Prezado (a) Usuário (a)”,

Esperamos que sua passagem conosco seja breve e que consigamos suprir as suas necessidades. A finalidade deste manual é procurar orientá-lo e ao seu acompanhante sobre as rotinas da Unidade Assistencial de Saúde, dos procedimentos habituais e dos serviços disponíveis, para seu conforto e segurança.

**Ambiência:** Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora.



resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

**Atenção especializada/serviço de assistência especializada:** Unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

**Educação permanente:** Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

**Eficácia/eficiência (resolubilidade):** A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

**Equipe de referência/equipe multiprofissional:** Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes – interdisciplinar e transdisciplinar, organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço da unidade, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço.

**Gestão participativa:** Construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços esta incluída a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos diversos serviços do hospital.

**Igualdade:** O acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, deverá basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

**Integralidade:** Garantia ao usuário dos serviços da Hemorrede Pública Estadual de Goiás o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade, até atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, compreendendo a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

**Sistema de Referência e Contra referência:** Assegurar a atenção integral aos usuários, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, Inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

**Sujeito/subjetividade:** Entendimento da Identidade pessoal como resultado de um processo de produção de subjetividade coletiva, histórica e determinada por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.

**Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH):** Aceitação e difusão do conceito de Humanização entendido como:

*"No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS."*

*compromisso ético-estético político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão”.*

#### **4.2.1.2 – Visitas aos Pacientes do leito/dia**

#### **ACESSO DE VISITANTES AOS PACIENTES DO LEITO/DIA**

##### Critérios para liberar a entrada:

- Não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga etc.);
- Não estar portando gêneros alimentícios de nenhum tipo;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar abalada emocionalmente de forma a prejudicar o cliente;
- Não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros, para a unidade de saúde;
- Uso obrigatório de crachá;
- Portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.

##### Medidas De Orientação:

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes nos leitos/dia, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/ antebraços e utilização de capotes conforme rotina;
- É vetada área utilização de procedimentos por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal;
- Direito / Revezamento entre Acompanhantes: O cliente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação (ECA, entre outras), ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.
- Os acompanhantes, para terem acesso, deverão obedecer aos critérios mencionados acima.

**Proibições:**

- Fica terminantemente proibida a entrada de acompanhantes/visitantes com qualquer espécie de alimento. Em situações especiais deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação adequada e fornecerá, conforme o caso, uma autorização formal;
- Visitar outros leitos e ficar circulando pelos corredores da unidade.
- Lavar roupas pessoais ou dos clientes, na enfermaria, ou mesmo a secagem nas dependências/ enfermaria.
- Sentar-se nos leitos dos clientes.


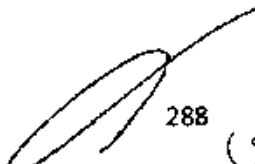
**Procedimentos Gerais da Recepcionista:**

- Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina da Unidade;
- Conferir a listagem de clientes para verificar a enfermaria e o leito/dia de cada um deles e dos enfermeiros responsáveis;
- Identificar o visitante / acompanhante:
  - o No caso de visita normal (anotar os dados de todos os visitantes, para cada cliente internado no "Controle de Visitas Normais".
  - o No caso de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), anotar os dados no "Controle de Visitas Extras".
- Após a identificação do visitante, entregar o crachá correspondente à sua categoria (visitante ou acompanhante);
- Encaminhar os visitantes aos porteiros / vigilantes, para liberação da entrada;
- Após o horário de visitas verificar se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção;
- Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados pelo enfermeiro responsável por cada unidade. Caso falte algum crachá, comunicar imediatamente ao Serviços Social.

**Procedimentos Gerais dos Porteiros e Vigilantes:**

287  
GAB

- Somente permitir a entrada de visitantes / acompanhantes nas dependências da unidade, quando devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente - observar que o crachá esta posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente; Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que esta sendo visitado;
- Na Portaria da emergência será permitida a entrada de acompanhantes para pacientes pediátricos e gestantes e situações extraordinárias que requererem, após avaliação da equipe multidisciplinar, um acompanhante;
- Para visitação, todos os visitantes deverão passar pela portaria, exceto portadores de necessidades especiais e com impedimento de ordem física, aos quais o espaço seja insuficiente para ter acesso ao local desejado;
- Informar aos visitantes que a unidade não se responsabilizará pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências das unidades;
- Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem, portando a via do "documento autorizativo";
- Permitir trocas ou revezamento de acompanhantes, somente nos horários definidos pela coordenação de Serviços Assistenciais ou quando autorizado pelo enfermeiro responsável, o que somente poderá ocorrer na Recepção ou Portaria do OS;
- Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles;
- Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção;
- Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia;
- Não permitir a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal;

  
 +

- Impedir a saída de qualquer cliente internado quer sozinho, com o visitante ou acompanhante. O cliente somente poderá sair do leito / enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários;
- Elaborar relatório de ocorrências, caso existam, e qualquer irregularidade durante o horário de visita comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata.

#### **4.2.2 – ATENDIMENTO**

##### **4.2.2.1 – Acomodação e conduta para os acompanhantes do leito/dia**

A internação do paciente em regime leito/dia 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.

No ato da internação em leito/dia, o paciente/responsável deverá tomar conhecimento deste manual e observarem e cumprir as orientações.

A admissão de pacientes somente será realizada mediante a liberação do leito por parte do (a) enfermeiro (a) supervisor (a) do setor.

O leito deverá passar por limpeza e desinfecção conforme recomendações básicas para limpeza, desinfecção de ambiente, artigos e roupas da CCIH.

##### **Procedimentos Gerais do Visitante e/ou Acompanhante:**

- Seguir as normas e rotinas previstas nas orientações e informes oferecidos pelos colaboradores da Hemorrede Pública Estadual de Goiás;
- Utilizar permanentemente o crachá de identificação, trazendo-o à altura do peito, em local bem visível;
- Devolver o crachá, ao deixar as dependências da Unidade;
- Não fumar nas enfermarias e corredores da unidade;
- Não levar alimentos de nenhum tipo para os pacientes ou profissionais;
- Não levar flores de nenhum tipo para os pacientes;
- Sempre que necessário, lavar as mãos e ter outros procedimentos de higiene, para evitar a infecção;

- Cuidar de sua higiene pessoal, para evitar a contaminação no ambiente de saúde.
- Não tocar nos aparelhos, a não ser que seja solicitado ou autorizado por alguém da equipe médica ou de enfermagem;
- Preocupar-se com os seus pertences, pois a Unidade não se responsabilizará por eles, em caso de furto, sumiço, etc.
- Não interferir no tratamento do cliente, pois a equipe da Unidade está sempre fazendo o melhor para ele. Caso tenha dúvidas procurar os profissionais da equipe assistencial;
- Respeitar os direitos dos outros pacientes, especialmente os que estão internados no mesmo ambiente de saúde;
- Sair das dependências da Unidade dentro dos horários previstos nos informes e orientações das equipes.

#### **Procedimentos Gerais da Equipe de Enfermagem:**

- Recepcionar os visitantes e acompanhantes com respeito, realizando as devidas orientações sobre a rotina da enfermaria;
- Orientar sobre a higienização das mãos e utilização de coletes de proteção para o vestuário, nos setores em que houver necessidade;
- Explicar aos visitantes e acompanhantes como devem comportar-se durante a permanência ao lado dos pacientes;
- Informar sobre quais os pertences pessoais que podem permanecer junto aos pacientes;
- Contribuir com o fluxo de revezamento dos visitantes;
- Tirar as dúvidas dos visitantes e acompanhantes dentro de sua área de competência;
- Conversar com a família sobre os cuidados que estão sendo prestados aos clientes internados;
- Autorizar encaminhamento ao Serviço de Recepção de permissão para entrada de religiosos;
- Relatar aos porteiros sobre algum tumulto ocorrido e outras situações adversas ao sistema de segurança.

**Normas Gerais:**

- A visita deverá ser aberta aos pacientes em regime leito/dia na Instituição diariamente, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde.
- O horário de acesso dos visitantes à enfermaria será das 14h às 18h.
- O pai e a mãe do paciente menores de idade terão acesso livre para visitar o seu filho em qualquer horário.
- O perfil dos visitantes serão todos os cidadãos, maiores de 12 anos, sem restrição judicial para realizar a visita ao paciente.
- Em casos onde haja prolongamento da internação do paciente, caberá à equipe do setor avaliar a possibilidade de visita por crianças menores de 12 anos, que serão previamente preparados pela equipe, sendo a autorização fornecida pelo Assistente Social da Instituição.
- Os profissionais da Instituição deverão orientar os pacientes e visitantes a portarem algum documento de identificação pessoal para a apresentação, quando se fizer necessário.
- As demais possibilidades de visitas deverão ser avaliadas pela equipe profissional e autorizadas pelo Assistente Social.
- O regulamento sobre a visita aos pacientes deverá ser amplamente divulgado, por meio de quadros de avisos e orientação pelos profissionais da Instituição.
- O informe deverá conter as formas de acomodação e condutas para os acompanhantes de crianças, conforme a legislação vigente.

**MÓDELO DE INFORMATIVO PARA ENTREGAR AOS ACOMPANHANTES**

*Prezado Acompanhante,*

*A sua presença é muito importante para a recuperação do paciente, porém, é necessário que algumas normas sejam cumpridas durante sua permanência na unidade. Com a sua ajuda e compreensão, poderemos atingir melhores resultados.*

**VISITAS:**

*Diariamente de 14h00min as 18h00min horas.*

*Os pais de pacientes menores de idade tem livre acesso para as visitas.*

*Os filhos e irmãos menores de 12 anos poderão realizar visitas, entretanto, é necessário a autorização do Serviço Social. As visitas subsequentes poderão ser acompanhadas por outros profissionais da equipe, mediante autorização.*

**IDENTIFICAÇÃO:**



*E obrigatório o uso da pulseira de identificação pelos acompanhantes, devendo devolvê-la na recepção, na ocasião da alta.*

**PARTICIPAÇÃO:**

*O acompanhante deve apoiar e seguir as normas da unidade.*

*Não é permitido ao acompanhante realizar qualquer procedimento de enfermagem, como manusear o cateter de infusão venosa, abrir ou fechar o soro.*

*Lembre-se que o acompanhante está aqui para confortar e ajudar o paciente, portanto deve permanecer junto ao leito do mesmo, evitando circular nas enfermarias, corredores e escadas, e em outras dependências da unidade.*

*Qualquer dúvida chame a equipe de Enfermagem.*

**VESTIMENTAS:**

*Somente é permitido circular nas enfermarias de calça comprida, saia ou vestido.*

**ALIMENTAÇÃO:**

*Não é permitido trazer alimentos e lanches para as enfermarias.*

**OBJETOS / UTENSÍLIOS:**

*Só é permitido, nas enfermarias:*

*Objetos de higiene pessoal dos pacientes.*

*Uma muda de roupa do paciente.*

*Durante a permanência na Unidade, evite trazer objetos pessoais de valor. A unidade não se responsabilizará pelos mesmos.*

**SILÊNCIO:**

*O silêncio é muito importante para a recuperação do paciente.*

*Evite o uso de celular dentro das enfermarias.*

*É proibido trazer aparelhos de som, TV e ventiladores.*

**REPOUSO:**

*O acompanhante deve descansar nas cadeiras da enfermaria.*

*Não é permitido dormir no chão ou na cama do paciente.*

**DIREITO AO ACOMPANHANTE:**

*Terá direito a acompanhante os pacientes menores de 18 anos, os portadores de deficiência e gestantes. Em nenhum destes casos será permitida a presença de acompanhante menor de idade.*

*A autorização de acompanhante deverá ser entregue pela Enfermeira no momento da internação para que este se encaminhe ao Serviço Social a fim de a pulseira de identificação.*

**HORÁRIO DAS REFEIÇÕES PARA ACOMPANHANTES:**

*Café da Manhã: 07h30min h às 08h00min h*

*Almoço: 13h00min h às 13h30min h*

*Contamos com sua colaboração.*

*Grata!*

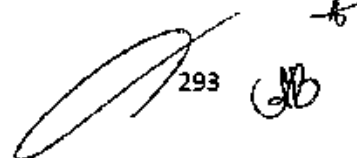
#### 4.2.2.2 – Serviço de Atendimento ao Usuário

Um objetivo comum a todas as empresas é fornecer soluções para necessidades de seus clientes. Para fazer com que isso aconteça é necessário contar com técnicas e ferramentas que permitam, primeiramente, identificar quais são os requisitos desejados pelos clientes e em seguida, medir e monitorar como estão sendo atendidos. Assim, a satisfação do cliente, junto com a melhoria contínua, torna-se os objetivos mais importantes de qualquer sistema de gestão da qualidade. Percebemos a qualidade não como uma opção, mas, como uma questão de sobrevivência para qualquer organização. Para isso, necessitamos saber exatamente quais às expectativas do cliente e em seguida quais as suas percepções em relação ao cumprimento dessas expectativas. Como as expectativas e as percepções são dinâmicas por serem essencialmente subjetivas e mutantes e, portanto difíceis de validar, esta é uma missão que se constitui um grande desafio.

Desde 1991, o Programa de Qualidade no Serviço Público (PQSP) vem se destacando como uma ação efetiva na indução da melhoria da qualidade da gestão das organizações públicas brasileiras, determinando o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento e realização de avaliação de satisfação do usuário por todos os órgãos e entidades da administração pública direta, indireta que atendem diretamente ao cidadão. Um de seus objetivos é a Avaliação da Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos, ou seja: Orientar as organizações para a realização de pesquisa de satisfação do usuário, com uma homogeneidade de critérios, metodologias e procedimentos, de forma a prover uma consistência necessária para o funcionamento do Sistema Nacional de Avaliação da Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos.

Diante disso, o Instituto de Gestão e Humanização – IGH que tem uma filosofia voltada para a humanização dos Serviços de Saúde e melhoria constante das relações entre usuários do serviço e os profissionais que prestam assistência, irá implantar na **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** o Serviço de Atendimento aos ~~Usuários~~ para buscar, através da pesquisa de satisfação, poder realizar uma análise e adotar medidas de melhorias diante de sugestões, queixas e reclamações, oferecendo respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis.

293



Os resultados serão encaminhados juntamente com a prestações de contas constando todas as informações de sugestões, queixas e reclamações, e medidas adotadas para melhoria.

O Serviço de atendimento ira trabalhar baseando-se na Portaria nº1.820/2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, na qual destacamos alguns artigos, conforme descrito abaixo:

*"Art.3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.*

*Parágrafo único: é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo com a garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: [...] atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;"*

*"Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos"*

#### **4.2.2.3 – Pesquisa de Satisfação dos Usuários**

##### **Finalidades:**


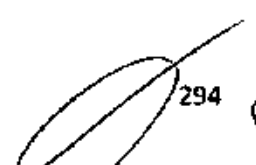

1. Avaliar o grau de satisfação dos usuários do serviço;
2. Monitorar o desempenho da Hemorrede Pública Estadual de Goiás ao longo do tempo;
3. Compreender os aspectos de maior impacto para a satisfação dos usuários;
4. Avaliar a sintonia entre a direção da empresa e a expectativa dos seus clientes;
5. Definir estratégia de melhoria de qualidade a partir dos pontos fortes e dos pontos a desenvolver em relação ao grau de satisfação dos usuários do serviço;
6. Otimizar os investimentos a partir da definição precisa de estratégia de qualidade.

##### **Tipo de Pesquisa:**

Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa.

##### **Local do Estudo:**

A ser desenvolvido na Hemorrede Pública Estadual de Goiás, nas unidades de internação leito/dia e ambulatório geral.

  
 294 

**População/Sujeito:**

A população (amostra) será constituída pelos pacientes da Hemorrede Pública Estadual de Goiás que saírem de alta, no mês de período proposto. A amostra será delineada a partir da representatividade das diversas unidades utilizando-se o Instrumento Padrão, com nível de confiança de 94% e margem de erro de 3% nas unidades em estudo.

**Coleta de dados:**

A coleta de dados será realizada através do preenchimento do questionário pelos usuários dos serviços. O questionário será entregue no momento da admissão do paciente e devolvido pelo mesmo no momento da alta hospitalar. A pesquisa de satisfação será aplicada a cada mês e as informações levantadas digitadas no sistema IPPS. Com o resultado da pesquisa serão identificadas às oportunidades de melhorias e elaborados os Planos de Ação para a implementação das melhorias identificadas.

**Tabulação dos dados:**


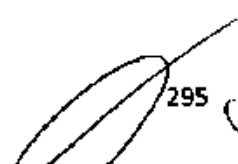

Os questionários preenchidos devem ser entregues ao Setor de Qualidade, o qual ficará responsável por orientar e supervisionar a tabulação dos dados. A tabulação é feita pela equipe da Qualidade.

**Elaboração do relatório com o resultado da pesquisa:**

Finda a tabulação dos dados, o Setor de Qualidade elabora o relatório com o resultado da pesquisa, qual deve conter os gráficos com os índices de satisfação de cada questão avaliada, um gráfico com o comparativo dos índices entre as questões e a estratificação de cada questão por setor. O relatório é apresentado durante a Avaliação de Desempenho para todos os encarregados/coordenadores.

**Elaboração e Acompanhamento do Plano de Ação:**

Identificadas as oportunidades de melhorias, os coordenadores dos serviços avaliados terão um prazo de um mês para elaborar um plano de ação, definindo os responsáveis pelas ações e prazos. Para elaborar o plano de ação, deve observar as questões que apresentaram o maior índice de insatisfação. Enviar o plano de ação para o Setor de Qualidade.

  
 295 

O Setor de Qualidade acompanhará o cumprimento da implementação do plano de ação definido pelos respectivos coordenadores de serviços. As ações, prazos e responsáveis, poderão ser alterados, mediante análise de cada serviço.

#### 4.2.2.4 - OUVIDORIA

##### **SOBRE O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO**

Ouvidoria é um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários com a instituição, apoiada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Humanização (PNH). Surge como uma estratégia na consolidação desta nova cultura nas instituições de saúde como um dos pontos abordados pelo PNH. Destacando que a humanização busca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), como eixo estruturante das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS. Assim sendo, entendemos que a Ouvidoria é um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar apoiado num processo pedagógico, educativo e propositivo. A atividade da Ouvidoria se caracteriza por receber do usuário suas dúvidas, sugestões, possíveis críticas e elogios. Além disso, diagnostica e agiliza mudanças pertinentes a demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos. O trabalho da Ouvidoria consiste, portanto, em possibilitar ao usuário do serviço o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas, proporcionando a cada cidadão dar o seu parecer a respeito do atendimento, sendo ele positivo ou negativo. Assim sendo, podemos entender a ouvidoria como um agente permanente em defesa da cidadania e por isso deve se instrumentalizar de conhecimentos multidisciplinares para poder, enfrentar o complexo desafio de representar o usuário dentro de uma instituição, com o objetivo de aprimorar o relacionamento entre a instituição e o usuário.

Na prestação do serviço de atendimento ao usuário, o Instituto de Gestão e Humanização propõe a implantação do Serviço de Ouvidoria, que prestará informações a respeito do atendimento aos pacientes e acompanhantes, além de ser o setor dedicado ao registro, encaminhamento e retorno das demandas desses

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

usuários. Assim, a Ouvidoria da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** será uma célula de trabalho de apoio para a administração, responsável por atender queixas, sugestões, críticas e elogios dos usuários, objetivando melhorias tanto na qualidade de assistência quanto nas relações de trabalho. Assim sendo, constitui-se em um canal de comunicação imparcial, democrático e ético do hospital e os usuários do serviço de saúde que, de forma humanizada permeia o diálogo e promove a melhoria dos processos de trabalho. A implementação da Ouvidoria da Hemorrede Pública de Goiás irá encontrar suas bases nos princípios do SUS de democratização, envolvimento, e da desburocratização institucional e também na Política Nacional de Humanização – PNH, do Ministério da Saúde do Brasil.




**Horário de Funcionamento:**

O Serviço de Ouvidoria funcionará de Segunda à Sexta-Feira, das 07:00 às 11:00 horas e das 13:30 às 16:00 horas.

**Finalidades:**

1. Introduzir a voz do usuário dentro da Unidade constituindo assim o controle social na instituição;
2. Melhorar a gestão administrativa, aprimorando a qualidade de atendimento prestado na **Hemorrede Pública de Goiás** através de seus profissionais, estrutura e funcionamento.
3. Servir como ferramenta no processo de gestão visando à descentralização administrativa e o desenvolvimento dos postulados democráticos no interior da instituição.
4. Interpretar os dados de cada atendimento para propor a modificação de alguns serviços e, em outras vezes, contribuir na formulação de novas políticas públicas, ou até mesmo o re-planejamento do processo de trabalho, promovendo uma reflexão por parte do profissional envolvido na situação;

Para tanto o IGH buscará atender a Portaria nº 2.416, de 07 de Novembro de 2014, que *Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições, conforme descrito abaixo:*

  
 297  


Art. 2º - Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS.

Art. 3º - A organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS observarão as seguintes diretrizes:

- I - defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência;
- II - reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
- III - objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS;
- IV - zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS;
- V - defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos;
- VI - sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e
- VII - identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.

Art. 4º Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos Federal, Distrital, Estadual e Municipal.

Parágrafo único. Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos.

Art. 5º Compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo:

- I - analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;

- II - detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;
- III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;
- IV - realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;
- V - informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;
- VI - informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e
- VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão.

Art. 6º Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS.



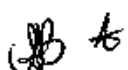
Art. 7º Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão."

Para tanto o IGH montará na Hemorrede Pública de Goiás uma estrutura com profissionais, devidamente treinados pela Secretaria Estadual da Saúde ~~de Estado~~, no sistema OUVIDORSUS, com as atribuições de atendimento presencial, e coleta diária de reclamações no sistema, que deverão ser encaminhadas para os respectivos departamentos, para coletar informações e responde-las em tempo hábil.

A Ouvidoria da Hemorrede Pública de Goiás terá características próprias, a saber:

**Eixos Organizacionais:**

Os eixos organizacionais da Ouvidoria da Unidade estão assim constituídos:

  
 299 



1. **Organização Burocrática:** Esse eixo visará à desburocratização das ações da Ouvidoria melhorando o fluxo de papéis, otimizando o processamento da demanda com o objetivo de diminuir o tempo entre a entrada da demanda e sua resolução. Com base nisso, será pensado um fluxograma como instrumento para refletir as ações que devem ser implementadas. Assim sendo, haverá avanços significativos neste eixo no que diz respeito ao processamento imediato da demanda (contatos telefônicos, resposta imediata aos e-mails, entre outros).

Será realizado um mapeamento identificando quais setores demoram em responder as solicitações e assim serão construídas estratégias individuais com cada um deles.

**Organização da Estrutura:** Esse eixo visa pontuar as questões de infraestrutura que diretamente afetam o processo de trabalho como: falta de equipamento, espaço físico, entre outros.

**Organização Técnico-Política:** Esse eixo pressupõe o arranjo institucional no espaço de saberes constituído pelos conhecimentos que fazem parte do processo de produção de saúde, no desejo de mudanças e na busca de um trabalho e uma gestão mais humanizada.

Está relacionado aos grupos instituídos que se operacionalizam entre si, nos movimentos que ocorrem entre eles e do poder exercido pelos diferentes setores. Ressaltando que as relações entre os setores que operam dentro de uma organização são naturalmente cheias de ruídos onde a ouvidoria pode contribuir através da ressignificação da comunicação.

Desta forma, o objetivo é estabelecer diálogos e pactos, construindo assim uma rede de aliados com os diferentes grupos que atuam dentro da instituição e fora dela instigando a reflexão sobre os processos de trabalho e os relacionamentos da instituição.

**Organização da Comunicação Social:** Este eixo terá como finalidade conscientizar/sensibilizar os usuários, tanto internos quanto externos, do papel da Ouvidoria como um espaço de participação social com o objetivo de legitimar a Ouvidoria como um instrumento de cidadania, dignidade, respeito e acessibilidade aos serviços de saúde.

**Organização de Intervenção das Demandas:** Esse eixo tem como objetivo construir estratégias que diminuam o prazo entre o recebimento da demanda e a devolução do resultado ao usuário. Desta forma, a estratégia construída consiste no primeiro momento em levantar o total de demandas com a mesma característica de cada serviço/disciplina com atenção a frequência de casos. Em um segundo momento, a Ouvidoria buscará soluções e parcerias junto a cada setor, firmando acordo para esses casos de forma que os reincidentes que procurarem a Ouvidoria sejam encaminhados diretamente às referidas áreas.

**Organização do Arranjo Institucional e seus Atores e Sujeitos:** Esse eixo terá como objetivo a construção da relação formal e informal da Ouvidoria com os atores e sujeitos que constituem a instituição. Para o desenvolvimento de um trabalho adequado a Ouvidoria necessita da junção desses poderes, ou seja, é preciso que a Ouvidoria tenha um significado (um motivo para existir) não só para a Diretoria Geral como também para os setores/sujeitos que fazem parte da Unidade.

Portanto, esse eixo tem como objetivo a atuação interna da Ouvidoria nos diferentes espaços institucionais (Fórum dos Ambulatórios, das Unidades de Internação, Reunião de Avaliação de Desempenho, e um trabalho conjunto com a Qualidade) para construir dentro desses espaços, conjuntamente com os sujeitos, um sentido para Ouvidoria buscando vencer suas próprias resistências.

#### Fluxograma do Atendimento:

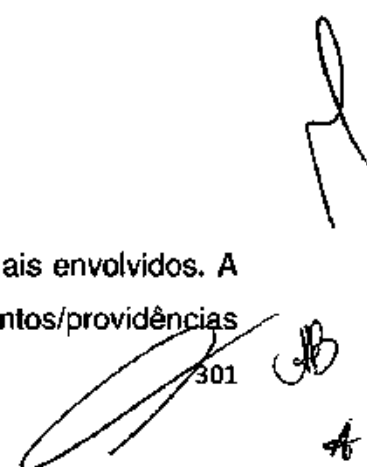
A Ouvidoria prestará atendimento aos usuários da Unidade que são classificados em:

- Usuários internos: colaboradores dos todos níveis e categorias;
- Usuários externos: pacientes, familiares e responsáveis.

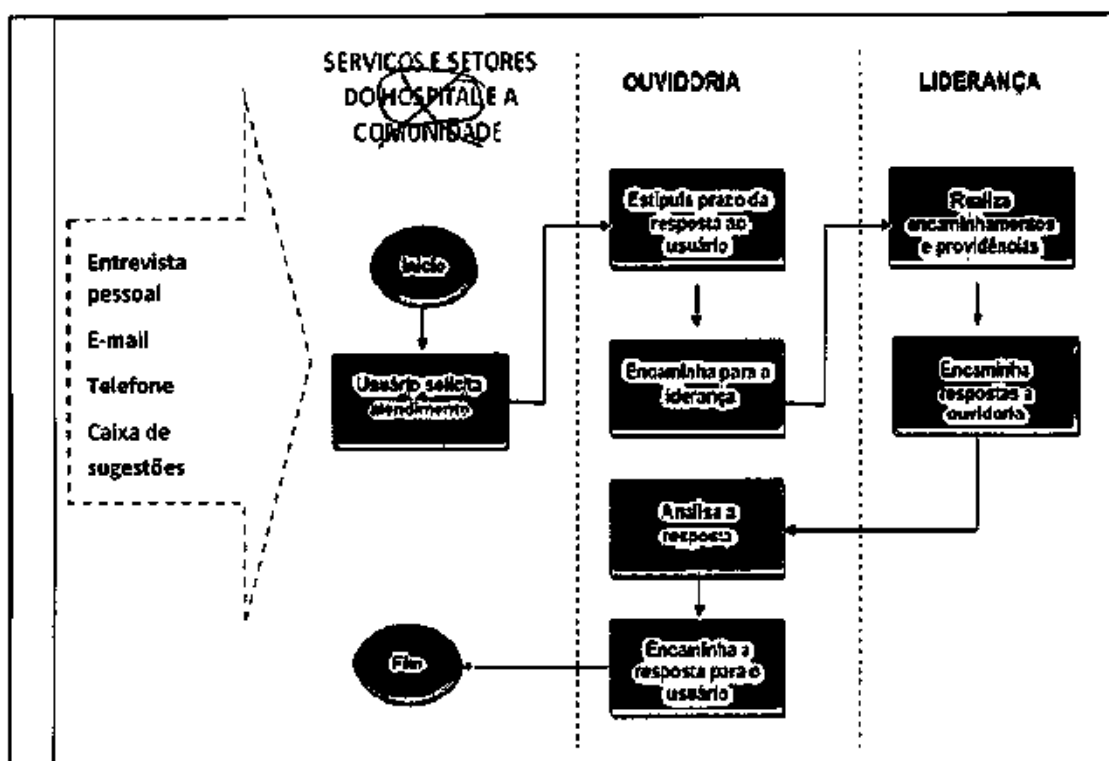
O acesso desses usuários a Ouvidoria ocorre através dos seguintes canais de comunicação:

- Entrevista pessoal,
- E-mail
- Telefone
- Caixa de Sugestões, espalhadas no interior do hospital

A Ouvidoria estipulará prazo para respostas às áreas e profissionais envolvidos. A seguir encaminha a liderança para ciência e encaminhamentos/providências



necessárias de forma ética e humanizada com acompanhamento. Ao receber as respostas, analisa detalhadamente e as devolve ao usuário.



**Processo de Tramitação Interna:**

- **Registro:** Todas as manifestações recebidas serão registradas pela Ouvidoria.
- **Análise/Encaminhamento:** As informações serão analisadas e encaminhadas aos respectivos coordenadores dos serviços.
- **Posicionamento:** Os coordenadores dos serviços envolvidos deverão informar a Ouvidoria das ações tomadas.
- **Acompanhamento:** O trâmite será acompanhado e monitorado, respeitando-se os prazos previstos
- **Resposta:** A Ouvidoria recebe o retorno das manifestações com as informações das providências adotadas. Caso seja necessário, a manifestação poderá ser encaminhada para esclarecimentos adicionais.
- **Informe:** O usuário é informado sobre a providência adotada, devendo a Ouvidoria zelar para que o retorno ocorra dentro do prazo estabelecido.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

- **Arquivo:** Todas as informações obtidas durante o processo serão arquivadas no momento em que o usuário receber o retorno.
- **Prazo dos Retornos:** Zelar por um prazo não superior a 04 (cinco) dias úteis para que os responsáveis encaminhem à Ouvidoria as respostas referentes aos registros efetuados. Em caso de retardo não justificável, solicitar providências junto à direção e dar a resposta ao usuário no prazo não superior a 10 (dez) dias úteis, a contar da data do registro, desde que o interessado identifique-se fornecendo o endereço/telefone.

<b>MODELO DE INFORMATIVO PARA ENTREGAR AOS ACOMPANHANTES</b>	
<b>Horário de Funcionamento:</b>	<i>De segunda à sexta-feira, das 07:30 às 12 horas e das 13:30 às 16:30 horas</i>
<b>O que é?</b>	<i>A Ouvidoria é um serviço que preza pelos direitos fundamentais do cidadão, sendo um instrumento oficial e facilitador na comunicação formal entre o usuário e a Instituição.</i>
<b>Para que serve?</b>	<i>Para os usuários apresentarem elogios, sugestões e críticas como também esclarecer dúvidas.</i>
<b>Como funciona?</b>	<i>A Ouvidoria recebe as manifestações e encaminha para as chefias dos setores responsáveis, cobrando soluções e respondendo ao usuário dentro de um prazo previamente estabelecido.</i>
<b>Como proceder</b>	<i>Os elogios, sugestões, denúncias ou reclamações, poderão ser feitos das seguintes formas:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Contato Pessoal;</i></li><li>- <i>Telefone/Fax;</i></li><li>- <i>Internet;</i></li><li>- <i>Caixas de Sugestões espalhadas pela Instituição;</i></li><li>- <i>Formulário de Avaliação do Usuário (entregue no momento da alta Hospitalar e nos atendimentos Ambulatoriais, onde os usuários poderão expressar sua opinião em relação aos diversos serviços oferecidos).</i></li></ul>

## **5. ITEM TÉCNICA**

### **5.1- IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR**

#### **5.1.1 - Protocolo Assistencial de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os Serviços de Hemoterapia**

Os serviços de transfusão surgiram no Brasil na década de 1930, mas a hemoterapia como especialidade médica concretizou-se na década de 1940, com a criação do Banco de Sangue do Hospital Fernandes Figueira no Rio de Janeiro (1941), do Banco de Sangue da Santa Casa de Porto Alegre e do Banco de Sangue do Pronto Socorro de Recife, ambos em 1942. A partir daí, em 1943 foi criado o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas de São Paulo e, em 1944, o Banco de Sangue do Distrito Federal, no Rio de Janeiro.

Dentre outros fatos importantes que conduziram a Hemoterapia no país, destaca-se o primeiro congresso de profissionais da especialidade, em 1949, a fundação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, em 1950, e, também em 1949, a organização da Associação dos Doadores Voluntários de Sangue do Rio de Janeiro, que se tornou uma entidade nacional defendendo a não remuneração da doação de sangue. Essa premissa para doação voluntária de sangue foi reforçada pela Lei federal 1075/50, que abonava o dia de trabalho do funcionário público, civil ou militar, que doasse voluntariamente sangue em banco de sangue estatal ou paraestatal, o que seria registrado como louvor em sua folha de serviço, estendido aos não servidores públicos como inclusão entre os que prestam serviços relevantes à Pátria.

Embora a prática de remuneração da doação de sangue fosse uma ideia combatida em relatórios, ela não era proibida, assim como a doação voluntária e altruísta não era estimulada pelos meios oficiais.

Após o golpe militar de 1964, preocupado com a segurança, por não existir reserva hemoterápica no país em caso de um conflito armado, o governo brasileiro instituiu a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), para promover e executar uma Política Nacional de Sangue, que, apesar de emitir normas tentando disciplinar o




setor, não obteve êxito em suas intenções. Em 1969, Pierre Cazal veio ao Brasil como consultor da Organização Mundial da Saúde, e o relatório por ele apresentado apontou como características da hemoterapia brasileira a multiplicidade de pequenos serviços, a comercialização do sangue, a falta de campanhas para doação voluntária e a ausência de qualquer política centralizadora, sinalizando para a necessidade da implantação de uma política nacional de sangue com um sistema de hemocentros descentralizados.

Considerando os tipos de doação de sangue, elas podem ser espontâneas (por pessoas motivadas a manter os estoques de hemocomponentes anonimamente e por altruísmo) ou de reposição (quando advém de pessoa que, motivada pelo serviço, família ou amigos do receptor, doa para atender a necessidade de determinado paciente, repondo os estoques dos serviços). A doação feita para si próprio é denominada doação autóloga e quando é destinada a outra pessoa denomina-se doação alogênica.

O doador de sangue pode ser classificado em doador de 1ª vez (doa pela primeira vez no serviço), de repetição (doa duas ou mais vezes em 12 meses) e esporádico (doa novamente após intervalo superior a 12 meses). Os serviços de hemoterapia procuram por doadores regulares porque se acredita que doadores que doam a intervalos de tempo já conhecem o processo, são testados periodicamente e podem fornecer um produto mais seguro. Entretanto, doadores regulares podem ter como motivação para a doação periódica o desejo de monitoramento dos testes para agentes infecciosos, em especial o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Quando o candidato comparece ao serviço para doar sangue, deve portar um documento de identificação com fotografia, emitido por órgão oficial, sendo preenchida sua ficha cadastral com dados que permitam identifica-lo inequivocamente.

Cada candidato recebe um número de registro que conterà sua base de dados no serviço, recuperada e confrontada com novas informações e resultados a cada comparecimento. Desse cadastro constam as seguintes informações relativas ao candidato: nome completo, sexo, data de nascimento, número de órgão expedidor do documento de identificação, nacionalidade e naturalidade, filiação, ocupação

  
305   


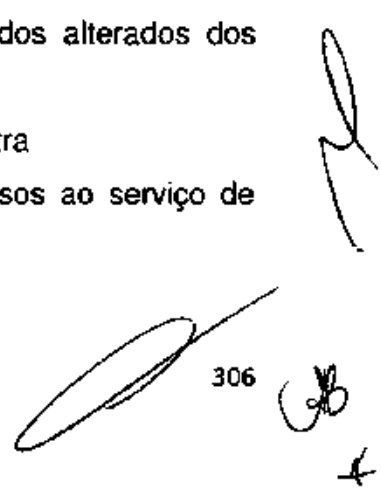
habitual, endereço e telefone para contato, número de registro do candidato no serviço ou no programa de doação de sangue e a data do comparecimento.

Uma vez cadastrado, ou em caso de comparecimentos sucessivos, depois de conferidas e atualizadas suas informações no banco de dados do serviço, o candidato recebe e é estimulado a ler material informativo com informações sobre as etapas e os critérios básicos para doação de sangue, além de orientações relativas a comportamentos e situações que contraindicam a doação, e também sobre o que acontece com seu sangue após a doação.

### **Informações preliminares e orientações à doação de sangue**

Nessa etapa os candidatos devem receber material educacional de fácil leitura e entendimento e ter a oportunidade de fazer perguntas para esclarecer suas dúvidas. Alguns aspectos devem, obrigatoriamente, estar incluídos nessas informações:

- ▶▶ O processo de coleta.
- ▶▶ Riscos potenciais da doação de sangue.
- ▶▶ Sinais clínicos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).
- ▶▶ Comportamentos sexuais e hábitos que oferecem risco acrescido para HIV e outros agentes transmissíveis pelo sangue.
- ▶▶ Testes para doenças infecciosas que serão realizados no sangue doado.
- ▶▶ Possibilidade da não realização dos testes, em caso de amostras inadequadas.
- ▶▶ Limitação dos testes quanto à detecção de infecções em fase muito inicial (explicação do conceito de janela dos testes).
- ▶▶ Orientação para que não doe sangue para obter teste para HIV, hepatites ou outras infecções, fornecendo-lhe outros locais para realização gratuita e anônima desses testes.
- ▶▶ Realização de outros testes investigativos ou de pesquisa.
- ▶▶ Condutas que devem ser adotadas em caso de resultados alterados dos exames:
  - Convocação para atendimento médico e coleta de nova amostra
  - Notificação dos resultados reagentes para agentes infecciosos ao serviço de vigilância em saúde.



— Exclusão daqueles com resultados reagentes do banco de doadores aptos da instituição.

Depois de esclarecidos em linguagem adequada e compreensível, os candidatos devem ser orientados a se abster de doar sangue caso se sintam sob risco de estar infectados. Deve ser enfatizada a importância de sua honestidade ao responder o questionário da triagem clínica, para a segurança dos pacientes que recebem transfusão, assegurando-lhes que todas as informações por eles fornecidas ou decorrentes de sua doação são absolutamente confidenciais, deixando-os mais tranquilos para responder corretamente o que lhes for questionado.

Por fim, deve ser obtido do candidato o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a doação, no qual declara ter recebido todas essas informações, ter resolvidas todas as suas dúvidas e que concorda em doar seu sangue para uso pelo serviço, após os testes preconizados pelas normas.

A segurança transfusional depende de diversos fatores e procedimentos, que se iniciam na captação de doadores e passam por todo o ciclo do sangue, complementando-se nas diversas etapas do processo. Um momento muito importante é a triagem clínica dos candidatos que se propõem a doar sangue. Ela consiste em uma avaliação clínica e epidemiológica, um exame físico sumário e a análise das respostas do candidato a um questionário padronizado, cuja finalidade é avaliar sua história médica atual e prévia, seus hábitos e fatores de risco para doenças transmissíveis pelo sangue. Esse questionário tem caráter confidencial, deve ser realizado no dia da doação, em ambiente privativo, por profissional de saúde de nível superior qualificado e capacitado e sob supervisão médica, mantendo-se seu registro em meio eletrônico ou impresso. O processo de seleção de doadores visa proteger os doadores de sangue e os receptores de transfusão, determinando se o candidato está em

boas condições de saúde e não é portador de doenças que possam ser transmitidas pelo sangue doado, mas também avalia se ele tem condições de tolerar a doação de sangue sem complicações importantes para si próprio. Além da aplicação do questionário, para compor a avaliação clínica do candidato, são aferidos os sinais vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), o peso e a altura do candidato, a dosagem da hemoglobina ou a medida do hematócrito.



Em todas as doações de sangue são realizados exames laboratoriais para detecção de doenças passíveis de transmissão sanguínea. Entretanto, existe um período de tempo, compreendido entre o momento em que a pessoa se contamina e o momento em que um teste detectará a infecção, denominado "janela do teste". Durante esse tempo, mesmo o resultado do teste estando negativo, a transfusão daquele sangue/hemocomponente poderá levar à contaminação do receptor da transfusão. Por essa razão, além de testes laboratoriais de alta sensibilidade, é obrigatória a aplicação de um questionário para excluir da doação naquele momento, ou de maneira definitiva, pessoas que possam estar doando sangue no período de janela de algum dos testes realizados para triagem de agentes infecciosos.

O resultado do processo de seleção do doador irá defini-lo como apto (atende os requisitos técnicos e normativos para doação alogênica de sangue), inapto temporariamente (não atende, naquele momento, os requisitos para doação de sangue), inapto definitivo (tem um impedimento definitivo para doação alogênica de sangue) e inapto por tempo indeterminado (encontra-se impedido de doar sangue para outra pessoa por período indefinido de tempo, obedecendo aos conhecimentos e normas vigentes). Esse resultado deve ser comunicado ao candidato à doação de sangue, bem como deve ser-lhe explicada a razão de sua inaptidão, sendo-lhe fornecido encaminhamento para atendimento médico, se pertinente. Ainda, visando à segurança transfusional, pode ser dada ao doador a oportunidade de se autoexcluir, solicitando, de maneira confidencial, o descarte de sua bolsa, caso perceba que omitiu fatos ou fatores de risco importantes durante a triagem clínica.

Os candidatos considerados aptos têm seu sangue coletado em sistemas fechados de bolsas, que podem ser simples (pouco usadas atualmente), duplas, triplas ou quádruplas, a depender dos hemocomponentes que serão preparados a partir da bolsa coletada. Trata-se de material descartável, estéril, apirogênico e de uso único. Nessa etapa é importante o uso de um número de identificação único para a bolsa principal, as bolsas satélites, os registros e os tubos de amostras.

O procedimento de coleta deve ser realizado por profissionais treinados, sob rigorosas condições de antisepsia, para minimizar a contaminação da unidade coletada, e mediante técnica cuidadosa para evitar complicações locais, como

hematomas e injúria nervosa. Seleciona-se uma veia que proporcione bom fluxo de sangue, realiza-se a antissepsia do local de coleta e faz-se a coleta mediante punção única em um tempo médio de 12 minutos, não excedendo 15 minutos de coleta. Em caso de necessidade de nova punção, outro conjunto de bolsas deverá ser utilizado. Qualquer que seja a bolsa utilizada, é bem conhecido o benefício da utilização de bolsas de coleta com dispositivo que

permita o desvio dos primeiros 30-45 mL de sangue para uma bolsa acessória, ficando reservados para preenchimento dos tubos de amostras. Esse sistema evita que a rolha de pele desprendida na punção se desloque para o interior da bolsa de sangue, além de reduzir a quantidade de bactérias da pele que podem adentrar a bolsa de sangue.

A quantidade de sangue coletada depende do volume de solução anticoagulante/preservante presente na bolsa. Rotineiramente são coletados  $450 \pm 45$  mL de sangue total em bolsas com 60-65 mL de solução preservante, aceitando-se bolsas com 300-405 mL de sangue total, das quais se utiliza somente o concentrado de hemácias, que é rotulado como unidade de pequeno volume.

Ao final da doação, os tubos de amostras são enviados aos laboratórios correspondentes e as bolsas são transportadas, em condições adequadas, para o setor de processamento. O doador deve ser mantido em observação por alguns minutos e ser liberado se estiver sem quaisquer sintomas. Deve também ser orientado para que faça um lanche no serviço, aumente sua ingestão líquida e se preserve naquele dia, evitando atividades físicas intensas ou que possam colocar em risco sua vida e a de outras pessoas.

A coleta de hemocomponentes também pode ser feita por máquina processadora de aférese, obedecendo a critérios clínicos particulares do procedimento e critérios do fabricante. Nessa modalidade de coleta podem ser coletados: concentrados de hemácias (CH), concentrados de plaquetas (CP), plasma fresco a ser congelado (PFC) e concentrados de granulócitos (CG), que são suspensões de granulócitos em plasma obtidas por aférese de doador único.

As transfusões têm demonstrado um papel muito importante na medicina atual, dando suporte a muitos tratamentos e procedimentos cirúrgicos. Embora muito seguras nos dias atuais, as transfusões ainda têm riscos. Sua indicação, portanto, deve levar em consideração a avaliação criteriosa do paciente, suas características

particulares e suas comorbidades, sua situação clínica, o tratamento e os procedimentos a que está sendo ou será submetido, bem como os resultados de seus exames laboratoriais. Os exames laboratoriais são importantes; entretanto, isoladamente, são insuficientes para definir o uso racional das transfusões.

Os concentrados de hemácias são utilizados para aumentar rapidamente a capacidade de transporte de oxigênio em pacientes com redução da massa de hemoglobina, como acontece em pacientes com anemia com repercussão hemodinâmica.

Os concentrados de plaquetas (CP) são utilizados para controlar sangramentos em pacientes com baixo número de plaquetas (plaquetopenia) em razão de baixa produção pela medula óssea ou cujas plaquetas não funcionem adequadamente (plaquetopatias). Às vezes as transfusões de concentrados de plaquetas são utilizadas para prevenir sangramentos em pacientes com baixo número de plaquetas que irão ser submetidos a procedimentos que oferecem risco de sangramentos.

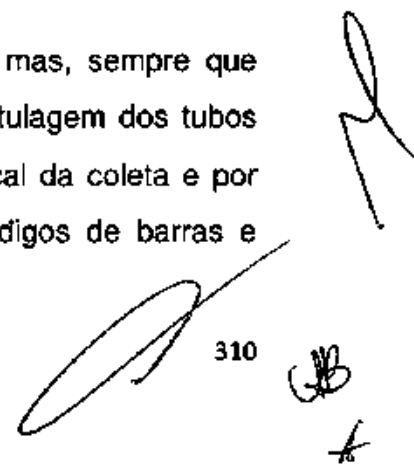
O PFC é utilizado principalmente para reposição de fatores da coagulação em pacientes com sangramentos ativos e para reposição na púrpura trombocitopênica trombótica (alguns indicam o uso do PIC). O plasma comum não é usado clinicamente no Brasil, podendo ser encaminhado para fracionamento industrial.

O crioprecipitado é usado especialmente para reposição do fibrinogênio (proteína da coagulação) e pode ser utilizado na produção de cola de fibrina.

Os CG têm sido utilizados em pacientes com número de granulócitos menor que 500/ $\mu$ L que tenham perspectiva de recuperação de granulócitos nos próximos dias e estejam com infecção documentada e adequadamente tratada, porém sem resposta ao tratamento.

Diante da requisição de transfusão e sua prescrição no prontuário médico são coletadas amostras do paciente receptor para os testes pre-transfusionais. Essa coleta precisa ser feita por profissional capacitado e treinado.

Idealmente o paciente deve portar bracelete de identificação, mas, sempre que possível, deve-se questionar ativamente a ele seu nome. A rotulagem dos tubos deve ser feita logo após a coleta das amostras, no mesmo local da coleta e por quem as coletou. Recomenda-se identificar os tubos com códigos de barras e

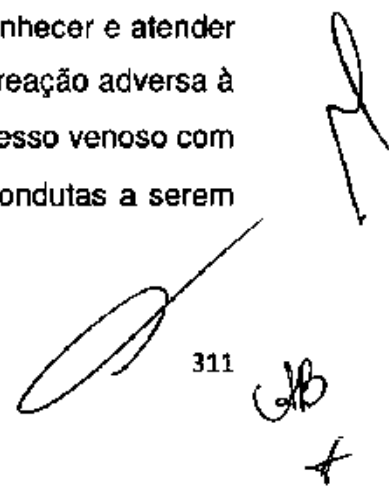


etiquetas impressas, sendo obrigatório constar: nome completo do receptor, número de identificação do receptor, identificação do coletador e data da coleta.

As amostras são acondicionadas e entregues ao laboratório para realização dos testes pre-transfusionais, que são feitos a cada transfusão solicitada. Ao término dos testes pre-transfusionais, as unidades são rotuladas (cartão de receptor) com o nome completo e número de registro do receptor, a instituição/enfermaria/leito onde ele se encontra, sua tipagem ABO/Rh, número e ABO/Rh da bolsa de hemocomponente, conclusão do teste de compatibilidade maior, data do envio do hemocomponente e nome do responsável pelos testes e pela liberação do produto. Antes da entrega do hemocomponente para transfusão ele deve ser cuidadosamente inspecionado quanto ao seu aspecto.

Antes de instalar uma transfusão devem ser conferidos os dados da bolsa de hemocomponente, o rótulo a ela afixado (cartão de receptor) e a prescrição médica. Junto ao paciente realiza-se nova conferência entre a bolsa e o receptor, questionando-se ativamente seu nome, se ele estiver em condições de responder, e podendo-se solicitar sua ajuda nessa etapa de conferência. O uso do bracelete de identificação é muito importante para a segurança nesse momento.

Antes de instalar a transfusão deve-se aferir a temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória do receptor. Em seguida, instala-se a transfusão em gotejamento inicial lento, utilizando-se filtros que impeçam a passagem de coágulos ou grumos de plaquetas e leucócitos (em geral, filtros de 170  $\mu$ m). O profissional que instalou a transfusão deve permanecer próximo ao paciente para que qualquer intercorrência seja imediatamente percebida e atendida. Após os primeiros 10-15 minutos, pode-se ajustar a velocidade de infusão para a velocidade prescrita pelo médico, mantendo-se a observação do paciente e realizando a medida periódica de seus sinais vitais durante e ao término da transfusão. Esses profissionais devem estar preparados para reconhecer e atender episódios de reações transfusionais. Aos primeiros sinais de uma reação adversa à transfusão, a transfusão deve ser interrompida, mantendo-se o acesso venoso com solução fisiológica até a avaliação pelo médico que definirá as condutas a serem adotadas. Imediatamente devem-se conferir



Handwritten signature and initials, including a large stylized signature and the initials 'CB' with a cross mark below it.

todos os rótulos e identificações, pois a maioria das reações graves (hemolíticas imediatas) decorre de erros de identificação, seja no momento da coleta das amostras pre-transfusionais, ou no momento da instalação da transfusão.

### **5.1.2 – Protocolos Assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais para os Ambulatórios e Enfermarias de leito/dia.**

Procedimento Operacional Padrão (POP)

Fluxo de Atendimento Ambulatorial

#### **ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

1. O paciente com seu atendimento agendado para a Unidade ao chegar na Unidade deve se dirigir a recepção de área referente ao seu agendamento;
2. A recepcionista de área confirma o agendamento, confere o documento de identidade, e dá presença por ordem de chegada;
3. A recepcionista indica o consultório de atendimento para o paciente se dirigir até o local e aguardar ser chamado pelo seu nome pelo profissional;
4. Se tratar-se de paciente sem prontuário na Unidade, o mesmo será encaminhado ao balcão do SPP para abertura de prontuário (conforme POP do referido serviço) seguindo o mesmo fluxo dos pacientes que necessitarem de atualização cadastral;
8. Nos casos de encaixe, primeiro a recepcionista de área insere na agenda mediante autorização de consulta com a data assinada pelo médico;
9. O paciente tem o prazo de até duas horas do horário agendado de início do atendimento para dar presença na respectiva área. Excepcionalidades serão avaliadas por cada profissional.

Fluxo de Internação da Área Médica

#### **ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

Após a decisão de internar o paciente, o médico deverá fazer a solicitação de internação em leito/dia;

A seguir preencher o laudo técnico com dados da solicitação de internação em leito/dia objetivando o quadro clínico e dados de exames complementares significativos;

A solicitação de internação em leito/dia impressa será entregue ao paciente ou seu acompanhante para a realização da internação do paciente no Sistema de acordo

com setor de origem do mesmo: os pacientes farão a internação administrativa no Setor de Internação leito/dia do Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), nos dias úteis das 7 as 19h.

O médico deverá então realizar o registro de história clínica completa, prescrição médica, solicitação de exames, lista de problemas, sendo que quando todos os dados médicos estiverem completos, o prontuário deverá ser entregue à equipe de enfermagem do setor para os procedimentos da enfermagem;

A partir da autorização de internação os membros do Núcleo Interno de Regulação serão responsáveis pelo gerenciamento da internação leito/dia neste sistema.

### **5.1.3 – Protocolos de Enfermagem nas áreas de internação leito/dia, central de esterilização e laboratório.**

#### **5.1.3.1. Na Central de Esterilização:**

A Central de Materiais Esterilizados – CME é a área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares. A evolução da Central de Material Esterilizado (CME) vem sendo aperfeiçoada juntamente com o desenvolvimento dos hospitais brasileiros. No início da década de 40, a limpeza, o preparo e o acondicionamento dos artigos de serviços de saúde eram realizados pelo pessoal da equipe de enfermagem nos próprios setores. Nas últimas décadas, com o avanço tecnológico, aprimoramento das técnicas e dos processos de limpeza houve a necessidade de pessoal capacitado para o desenvolvimento das tarefas tornando o setor centralizado.

#### **Objetivo da CME:**

- Realizar o processamento dos artigos e instrumentais médico-hospitalares necessários para todas as unidades assistenciais;
- Preparar e esterilizar roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição a todas as unidades onde se realizam procedimentos estéreis.

#### **Dinâmica do Setor – Atividades Desenvolvidas:**

As tarefas executadas pelos colaboradores na CME são divididas nas diversas áreas: conforme RDC nº. 50 ANVISA, 2004:

1. Área suja (Expurgo) - Área de lavagem e descontaminação: Área responsável por receber, conferir, lavar e secar os materiais provenientes das diversas unidades assistenciais. Serão atribuições desta área:

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo;

*Observação:* Os colaboradores desta área deverão utilizar EPIs (Equipamentos de proteção individual) para se protegerem de se contaminarem com sangue e fluidos corpóreos, quando lavam os instrumentais.

2. Área de Preparo de Materiais: Área responsável por preparar e acondicionar materiais e caixas para as diversas especialidades cirúrgicas e procedimentos estéreis. Serão utilizados invólucros especiais que permitam a passagem do agente esterilizante e impeçam a passagem dos microrganismos. Serão atribuições desta área:

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados;
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

3. Área de Esterilização: Área responsável pela esterilização dos materiais. Esta área destina-se à instalação dos equipamentos utilizados para a esterilização de materiais pelos métodos físicos e químicos. Serão atribuições desta área:

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;

- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.
- 4. Área de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados. Serão atribuições desta área:
  - Estocar o material esterilizado;
  - Proceder à distribuição do material às unidades;
  - Registrar saída do material.

**Atribuições do Enfermeiro Coordenador:**

- Prever e prover os materiais necessários para prover as unidades consumidoras;
- Elaborar relatórios mensais estatísticos, tanto de custo quanto de produtividade;
- Planejar e fazer anualmente o orçamento do CME com antecedência de 04 a 6 meses;
- Elaborar e manter atualizado o manual de normas, rotinas e procedimentos do CME, que deve estar disponível para a consulta dos colaboradores;
- Desenvolver pesquisas e trabalhos científicos que contribuam para o crescimento e as boas práticas de Enfermagem, participando de tais projetos e colaborando com seu andamento;
- Manter-se atualizado acerca das tendências técnicas e científicas relacionadas com o controle de infecção hospitalar e com o uso de tecnologias avançadas nos procedimentos que englobem artigos processados pelo CME;
- Participar de comissões institucionais que interfiram na dinâmica de trabalho do CME;
- Planejar, coordenar e desenvolver rotinas para o controle dos processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição dos artigos;
- Desenvolve processo de avaliação dos serviços prestados ao cliente interno e/ou externo;
- Estabelecer rotinas para a manutenção preventiva dos equipamentos existentes no CME;
- Realizar os testes necessários e emitir pareceres técnicos antes da aquisição de novos artigos e equipamentos;



- Verificar os relatórios de manutenção de artigos e equipamentos e aprova-los mediante as evidências do serviço prestado;
- Controlar o recebimento, o uso e a devolução dos artigos consignados;
- Fazer relatório diário com informações sobre as atividades desenvolvidas e pendentes e outros fatos importantes ocorridos durante a jornada de trabalho;
- Manter atualizado o inventário do instrumental cirúrgico dos artigos e dos equipamentos do CME;
- Participar ativamente dos processos de aquisição de materiais, instrumentais e equipamentos;
- Promover e realizar programas de treinamentos e educação continuada, sempre planejando, participando e avaliando a execução das rotinas existentes.

#### **Atribuições do Técnico de enfermagem:**

- Fazer a leitura dos indicadores biológicos, de acordo com as rotinas da instituição;
- Receber, conferir e preparar os artigos consignados;
- Realizar a limpeza, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição de artigos, de acordo com solicitação;
- Monitorar afetiva e continuamente cada lote ou carga nos processos de esterilização;
- Receber e limpar os artigos;
- Receber e preparar roupas limpas;
- Guardar e distribuir todos os artigos esterilizados.

#### **Política De Qualidade**

A qualidade do processamento de materiais representa um dos fatores mais importantes do controle de infecção em serviços de saúde. Para avaliar a qualidade das práticas realizadas na CME da Hemorrede Pública Estadual de Goiás serão definidos e realizados testes e indicadores para auxiliar na detecção de possíveis problemas relacionados a estrutura, processos e resultados, que deverão ser analisados na busca por possíveis soluções. Entre estes serão definidos:

1. Testes Controles do Processo de Esterilização:

- Testes Químicos: Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração.
- Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.
- Testes Biológicos: Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

## 2. Indicadores de Processo:

- Reprocessamento interno;
- Tempo de utilização das máquinas;
- Número de perdas de instrumentais;
- % de conformidade na entrega de materiais consignados;
- % de conformidade na devolução de materiais consignados.

Serão metas a serem alcançadas em busca da qualidade:




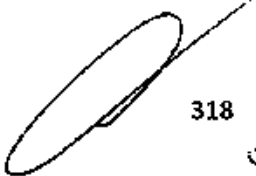
- Estabelecer o programa de treinamento aliado à educação continuada para todos os colaboradores da CME, fazendo uma pesquisa de assuntos importantes a serem revisados e atualizados para aperfeiçoamento e melhoria da prática assistencial.
- Implementar procedimentos e rotinas para validação dos processos do CME através de pesquisas científica com o apoio da Gerência de enfermagem e equipe do SCISS da instituição, para segurança e eficácia dos processos executados no setor.


## **Normas Administrativas:**

- No período da manhã será feita a revisão de todos os materiais e bandejas cirúrgicas conforme data de validade, reposição no estoque de materiais e produtos estéreis, conforme utilização do período.

- Por se tratar de uma unidade diferenciada em que se processe a esterilização e seus vários processos, é necessário estabelecer uma política de recursos humanos adequados devidos ao seu fluxo contínuo e unidirecional dos materiais.
- Os colaboradores do CME serão distribuídos numa escala mensal que cobre as 12 horas, divididos no turno diurno, em períodos de 6 horas ou 12 horas.
- A Central de Materiais Esterilizados deverá implantar protocolos de boas práticas, contendo a descrição das principais técnicas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

318



 Instituto de Gestão e Humanização	<b>HEMORREDE</b>  <b>Procedimento</b>  <b>Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: CME
		POP: (CME + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*

5.1.3.2.No Laboratório:

**Equipe Técnica:**

O laboratório de análises clínicas contará com as seguintes profissionais:

1. Bioquímico;
2. Técnico de Laboratório;
3. Auxiliar Administrativo;
4. Auxiliar de Higienização.

**Rotinas de Serviço e Atribuições dos Profissionais:**

Bioquímico:

O bioquímico responsável pelo laboratório de análises clínicas desenvolverá suas atividades, com a responsabilidade de planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos, incluindo:

1. A equipe técnica e os recursos necessários para o desempenho de suas atribuições;
2. A proteção das informações confidenciais dos pacientes;
3. A supervisão do pessoal técnico legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
4. Os equipamentos, reagentes, insumos e produtos utilizados para diagnóstico de uso "in vitro", em conformidade com a legislação vigente;
5. A utilização de técnicas conforme recomendações do fabricante (equipamentos e produtos) ou com base científica comprovada;
6. A rastreabilidade de todos os seus processos;
7. Elaborar instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas e fazer atualizações quando for o caso;
8. Promover treinamento e educação permanente aos seus colaboradores mantendo disponíveis os registros dos mesmos;
9. Avaliar os equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço e necessidade de atendimento de sua demanda;
10. Manter registros das manutenções preventivas e corretivas;
11. Registrar a aquisição dos produtos para diagnóstico de uso in vitro, reagentes e insumos, de forma a garantir a rastreabilidade.

R  
WB  
A

**Técnico de Laboratório:**

Profissional qualificado devidamente registrado no conselho de classe tem como atividades básicas:

1. Coletar o material empregando técnicas e instrumentações adequadas para testes e exames de Laboratório de Análises Clínicas;
2. Proceder ao registro, identificação, separação, distribuição, acondicionamento, conservação, transporte e descarte de amostra ou de material;
3. Preparar as amostras do material para a realização dos exames;
4. Auxiliar no preparo de soluções e reagentes;
5. Executar tarefas técnicas para garantir a integridade física, química e biológica do material biológico coletado;
6. Auxiliar na manutenção preventiva e corretiva dos instrumentos e equipamentos do Laboratório de Análises Clínicas;
7. Organizar o estoque e proceder ao levantamento de material de consumo para os diversos setores, revisando a provisão e a requisição necessária;
8. Seguir os procedimentos técnicos de boas práticas e as normas de segurança biológica, química e física, de qualidade, ocupacional e ambiental;
9. Guardar sigilo e confidencialidade de dados e informações conhecidas em decorrência do trabalho.

**Auxiliar administrativo:**

1. Recepcionar o paciente agendado;
2. Proceder a verificação do agendamento;
3. Registrar a ficha do paciente;
4. Encaminhar o paciente a sala de espera;
5. Organizar arquivos e registrar as cópias dos resultados, preparando os dados para fins estatísticos.


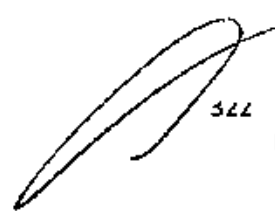

**Auxiliar de Higienização:**

R  
321  
#

1. Realizar limpeza concorrente, diariamente, uma vez ao dia, e quando solicitado pela equipe;
2. Proceder a higienização, limpeza, lavagem, desinfecção, secagem e esterilização de instrumental, vidraria, bancada e superfícies;
3. Realizar limpeza do chão de acordo técnica descrita no manual;
4. Realizar limpeza terminal uma vez por semana e quando solicitado;
5. Observar rotinas determinadas pelo PGRSS;
6. Observar horário de coleta do lixo geral;
7. Anotar no checklist atividades diárias realizadas;
8. Anotar intercorrências do plantão em livro próprio.

#### **Normas Operacionais:**

1. O laboratório Clínico e a sala de coleta laboratorial devem implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Hemorrede Pública Estadual de Goiás atendendo aos requisitos da RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/2004, suas atualizações, ou outro instrumento legal que venha substituí-la em conjunto com o SCISS;
2. O laboratório de Análises seguirá as normas de instrução de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos, artigos e materiais de acordo orientação do SCISS contribuindo para sua fiscalização;
3. Os saneantes e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estarem regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a legislação vigente;
4. Os profissionais da área de Laboratório deverão seguir, obrigatoriamente, as normas de segurança contidas no manual do SCISS da Hemorrede Pública Estadual de Goiás / NR32 / PGRSS do Laboratório de Análises e POPs do setor.
5. Todos os profissionais da área deverão seguir as instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC).

  
  
322  
  
A

**Procedimentos operacionais:**

**Fase pré-analítica:**

1. Disponibilizar ao paciente ou responsável, instruções escritas e ou verbais, em linguagem acessível, orientando sobre o preparo e coleta de amostras tendo como objetivo o entendimento do paciente;
2. Solicitar ao paciente documento que comprove a sua identificação para o cadastro;
3. Pacientes em atendimento de urgência ou submetidos a regime de internação, a comprovação dos dados de identificação também poderá ser obtida no prontuário médico;
4. O cadastro do paciente deverá incluir as seguintes informações:
  - Número de registro de identificação do paciente gerado pelo laboratório;
  - Nome do paciente;
  - Idade, sexo e procedência do paciente;
  - Telefone e/ou endereço do paciente, quando aplicável;
  - Nome e contato do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado;
  - Nome do solicitante;
  - Data e hora do atendimento;
  - Horário da coleta, quando aplicável;
  - Exames solicitados e tipo de amostra;
  - Quando necessário: informações adicionais, em conformidade com o exame (medicamento em uso, indicação/observação clínica, dentre outros de relevância);
  - Data prevista para a entrega do laudo;
  - Indicação de urgência, quando aplicável.
5. Fornecer ao paciente ambulatorial ou ao seu responsável, um comprovante de atendimento com: número de registro, nome do paciente, data do atendimento, data prevista de entrega do laudo, relação de exames solicitados e dados para contato com o laboratório;
6. Dispor de meios que permitam a rastreabilidade da hora do recebimento e/ou coleta da amostra;

323  
JB  
t



7. Identificar a amostra no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente;
8. Deve ser identificado o nome do colaborador que efetuou a coleta ou que recebeu a amostra de forma a garantir a rastreabilidade;
9. Documentar o nível de biossegurança dos ambientes e/ou áreas, baseado nos procedimentos realizados, equipamentos e microrganismos envolvidos, adotando as medidas de segurança compatíveis.

**Fase Analítica:**

1. Dispor de instruções escritas, disponíveis e atualizadas para todos os processos analíticos, podendo ser utilizadas as instruções do fabricante;
2. Elaborar e disponibilizar para a equipe POPs com a descrição passo a passo de todas as técnicas disponíveis,
3. Disponibilizar por escrito, uma relação que identifique os exames realizados no local;
4. Definir mecanismos que possibilitem a agilização da liberação dos resultados em situações de urgência;
5. Definir o grau de pureza da água reagente utilizada nas suas análises, a forma de obtenção, o controle da qualidade.

**Fase pós-analítica:**

1. Elaborar e disponibilizar para a equipe POPs com instruções escritas para emissão de laudos, que contemplem as situações de rotina, plantões e urgências;
2. O laudo deve ser legível, sem rasuras de transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado;
3. O laudo deve conter no mínimo os seguintes itens:
  - Identificação do laboratório;
  - Endereço e telefone do laboratório;
  - Identificação do Responsável Técnico (RT);
  - Nº. de registro do RT no respectivo conselho de classe profissional;
  - Identificação do profissional que liberou o exame;

- Nº. registro do profissional que liberou o exame no respectivo conselho de classe do profissional;
  - Nome e registro de identificação do cliente no laboratório;
  - Data da coleta da amostra;
  - Data de emissão do laudo;
  - Nome do exame, tipo de amostra e método analítico;
  - Resultado do exame e unidade de medição;
  - Valores de referência, limitações técnicas da metodologia e dados para interpretação;
  - Observações pertinentes.
4. Quando for aceita amostra de paciente com restrição, esta condição deve constar no laudo;
  5. O laudo de análise do diagnóstico sorológico de Anticorpos Anti-HIV deve estar de acordo com a Portaria MS n.º 59/2003, suas atualizações ou outro instrumento legal que venha a substituí-la;
  6. As cópias dos laudos de análise bem como dados brutos devem ser arquivadas pelo prazo de 5 (cinco) anos, facilmente recuperáveis e de forma a garantir a sua rastreabilidade.

#### **Protocolo de Instruções de Coleta**

Serão elaborados POP de Instruções de Coleta, que deverão ser adequados ao perfil de atendimento quando da sua implantação e validados em um prazo de até 30 dias.

#### **PGRSS do LABORATÓRIO ANÁLISES CLÍNICAS**

O PGRSS apresentado para o laboratório será adequado ao funcionamento do serviço quando da sua implantação e avaliado em prazo de 90 dias.

#### **Objetivo:**

Este procedimento está baseado no PGRSS da Hemorrede Pública Estadual de Goiás, e respaldado pela Resolução 306 de 07 de dezembro de 2004, CONAMA 358/05, que trata do setor específico de laboratórios cuidando dos resíduos gerados nas suas atividades, abrangendo todas as instruções e procedimentos para

processamento, recolhimento, armazenamento e disposição de acordo com as normas da ABNT da Vigilância Sanitária e outras pertinentes, desta forma visamos ainda:

1. Racionalizar os recursos, permitindo-se tratamento específica e de acordo com as necessidades de cada categoria;
2. Intensificar as medidas de segurança apenas onde estas forem necessárias;
3. Facilitar a ação em caso de acidente ou emergência;
4. Divulgar os procedimentos para reduzir e eliminar os riscos para a saúde e para o meio ambiente e incentivar a minimização segura e econômica da geração de resíduos.

**Definições:**

1. **Geração:** Transformação de material utilizável em resíduos;
2. **Segregação:** Operação de separação dos resíduos no momento da geração;
3. **Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) ou Lixo de Serviços de Saúde:** Resíduo resultante das atividades exercidas por estabelecimento gerador. Lixo da área técnica ou lixo contaminado. Deve ter tratamento diferenciado, pois é fonte potencial de transmissão de doenças;
4. **Lixo Administrativo:** Lixo de área administrativa, lixo de banheiros. Materiais adquiridos: insumos, medicamentos para provas funcionais, antígenos para reação intradérmica, kits de reagentes, controles, padrões e calibradores;
5. **Materiais Contaminados Descartáveis:** Tubos contendo os coágulos, sangue total, soro, plasma cuja sorologia para HIV e Hepatite for conhecidamente positiva, frascos contendo: escarro, urina, esperma, secreções, líquidos corporais e fezes, fitas de urina, gases, toalhas de papel, esparadrapos, swabs, algodão e espéculos contaminados;
6. **Materiais Reutilizáveis:** Materiais que não são descartáveis, por serem passíveis de reutilização nos processos produtivos, após limpeza adequada dos mesmos;
7. **Materiais Adquiridos:** Insumos, kits, reagentes;
8. **PGRSS:** Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

**Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde que se Enquadram ao Laboratório:**

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

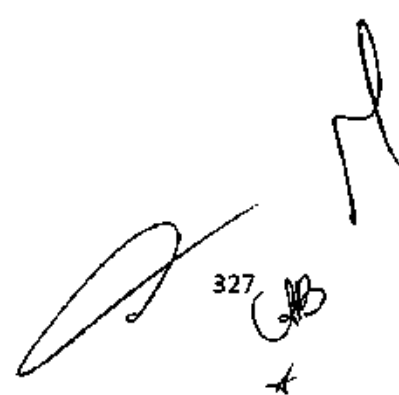
**A1:**

- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;
- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se tome epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitados 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.

**A4:**

- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons;
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

**A5:**

  
327

- Fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou contaminação com príons.

**Grupo B:** Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por este;
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

**Grupo C:** Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas dos CNEN e para os quais a reutilização imprópria ou não prevista.

- Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratório de análise clínicas, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo a resolução CNEN-6.05.

**Grupo D:** Resíduos que não apresentam 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, peça descartáveis de vestuários, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como resíduos provenientes das áreas administrativa.

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

**Geração de Resíduos:**

A geração de RSS, sempre que possível, deve contemplar sua minimização, reutilização, reciclagem ou recuperação. A identificação das unidades geradoras de RSS deve ocorrer de forma otimizada. O Laboratório de Análises Clínicas gera:

- Resíduos do grupo A.
- Resíduos do grupo B.
- Resíduos do grupo D.
- Resíduos do grupo E.

**Segregação de Resíduos:** Tem como objetivos principais:

- Impedir que resíduos infectantes contaminem os resíduos comuns.
- Racionalizar recursos e reduzir custos.
- Prevenir acidentes ocupacionais ocasionados pela inadequada segregação. A segregação entre resíduo perigoso e resíduo comum é feita no local de origem e seguindo a classificação;
- Separar, com exclusividade, o resíduo químico identificando sua embalagem;
- Classificar e separar, em recipientes ou embalagens recomendadas por normas técnicas, cada grupo de RSS gerado;
- Capacitar os colaboradores responsáveis pela limpeza quanto aos procedimentos de identificação, classificação e manuseio dos RSS. Deve o colaborador portar equipamentos de proteção individual, ao manusear qualquer grupo de RSS.

**Acondicionamento do Resíduo:**

O acondicionamento consiste no ato de acomodar em sacos plásticos, em recipientes ou em embalagens apropriadas, cada tipo de RSS, de acordo com suas características.

Considera-se como manuseio a manipulação realizada dentro do laboratório, consistindo na identificação e recolhimento de resíduos das lixeiras, fechamento dos sacos plásticos e sua remoção por colaboradores devidamente paramentados e capacitados, da unidade geradora até o armazenamento final.

**Normas Gerais Para Manuseio e Acondicionamento:**

***Resíduos do Grupo A***

- **Tubos Contendo Sangue Total:** São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, em seguida são autoclavados e colocados em sacos plásticos brancos leitosos escritos RSSS (Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde) e encaminhados para o lixo hospitalar. Obs.: Os sacos deverão ser totalmente fechados de modo a não derramar conteúdo;
- **Tubos Contendo Coágulos:** São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, os coágulos são retirados dos tubos e são autoclavados em seguida são colocados em sacos plásticos brancos (RSSS) e encaminhados para o lixo hospitalar. Os tubos são enxaguados em H<sub>2</sub>O corrente e lavados;
- **Potes Contendo Urina:** São transportados em caixas plásticas até ao setor de lavagem, a urina é desprezada na pia em H<sub>2</sub>O corrente em seguida os potes são lavados;
- **Potes Contendo Fezes:** São desprezados em sacos plásticos brancos escritos (Resíduos Infectantes), estes são totalmente fechados e encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Resíduos Gerados no Setor de Microbiologia:** São transportados em galões com tampas ao setor de lavagem onde serão autoclavados, e em seguida desprezados em sacos plásticos brancos (RSSS) posteriormente encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Frascos de Hemocultura:** São transportados em galões fechados ao setor de lavagem em seguida são autoclavados, e posteriormente descartados em descartex, que em seguida são lacrados em saco plástico branco (Resíduos Infectantes) e encaminhados para o lixo hospitalar;
- **Gases, Fitas de Urina, Algodão Contaminados:** São descartados em lixeira com sacos brancos leitosos e em seguida são encaminhados para o lixo hospitalar.

***Resíduos do Grupo B***

- São descartados em recipientes apropriados, e em seguida são recolhidos pela coleta interna da unidade, e encaminhados ao abrigo externo. O destino final é feito por empresa contratada pela Unidade.

#### **Resíduos do Grupo D**

- **Lixo Administrativo (Recepção):** São descartados em lixeiras com saco plástico azul, e encaminhados à lixeira para reciclagem da Unidade;
- **Papeis não Infectantes Resultantes do Setor Técnico:** São desprezados em um contêiner azul com saco plástico azul, posteriormente os sacos são encaminhados para a lixeira reciclagem da Unidade;
- **Papeis Provenientes do Banheiro:** São descartados em lixeiras com sacos plásticos pretos, em seguida são encaminhados para a lixeira da Unidade identificada como lixo comum.

#### **Resíduos do Grupo E**

- Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes rígidos, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. O volume dos recipientes deve ser compatível com a geração. Devem ser descartados quando o preenchimento atingir  $\frac{2}{3}$  de sua capacidade deve ser devidamente lacrados e colocados em sacos plásticos brancos com o símbolo de risco infectante.

#### **Observações:**

- Todo resíduo infectante a ser transportado deverá ser acondicionado em saco plástico branco impermeável e resistente;
- Os sacos deverão ser totalmente fechados, de tal forma a não permitir o derramamento do conteúdo, mantendo-os íntegros até a destinação final do resíduo;
- Acondicionar o resíduo infectante em saco plástico de cor branca leitosa, retirando o excesso de ar sem inalar o conteúdo ou expor-se ao fluxo de ar interno;
- Fechar totalmente o saco plástico, torcendo e amarrando sua abertura comum;



- As lixeiras devem ser de material rígido, com pedal para abertura da tampa e submetidas a desinfecção quando necessário;
- Os sacos plásticos para resíduos Tipo A, devem conter o símbolo de resíduos infectantes;
- Conter o resíduo líquido em frasco ou recipiente inquebrável e, no caso de recipiente de vidro ou quebrável, protegê-lo dentro de outra embalagem resistente;
- Proceder a remoção de forma a não permitir o rompimento das embalagens e, no caso de acidente ou derramamento, realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultâneas do local, notificando à chefia;

Manusear o resíduo comum separadamente, de modo a evitar qualquer possibilidade de contaminação

**Equipamentos e materiais para o processamento dos resíduos:**

RESÍDUO	RECIPIENTE	SACO PLÁSTICO	EPI
Resíduo Laboratorial	Lixeira com tampa e pedal	Saco branco leitoso	Mangas longas, bota ou calçado fechado impermeável, luvas
Resíduos Perfuro cortantes	Recipiente rígido sinalizado "Risco Biológico"	Sacos branco leitoso	Mangas longas, bota ou calçado fechado impermeável, luvas
Resíduo Geral e Confidencial	Lixeira comum com tampa e pedal	Saco cor azul	Não se aplica

**Coleta do Resíduo:**

**Coleta e Transporte Internos:**

- Consistem no recolhimento de remoção dos RSS da unidade geradora até o abrigo de resíduos;
- É aquela realizada dentro da unidade, consiste no recolhimento das lixeiras, no fechamento do saco e no seu transporte até a sala de lixo. Os sacos e as

lixeiras deverão ter capacidade de acordo com a quantidade de resíduos produzidos e o número previsto de coletas;

- O transporte interno de resíduos é realizado em sentido único;
- O horário de coleta deverá ser programado de forma a minimizar o tempo de permanência do lixo no local. O melhor horário prevê a coleta após as horas de maior movimento, para não atrapalhar a rotina dos setores;
- O colaborador do setor de esterilização passa nos setores técnicos pela manhã e à tarde recolhendo os materiais para lavagem ou descarte, usando os EPIs necessários segundo o Manual de Biossegurança do Laboratório da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

#### **Horários para a coleta dos resíduos:**

Áreas Técnicas: 07h00minh, 11h00minh, 11h30minh, 14h00minh, 16h00minh, 16h30minh.

Áreas Administrativas (recepção): 11h00minh, 14h00minh, 16h00minh.

#### **Coleta Externa:**

- A coleta externa seguirá as orientações preconizadas pela Unidade.

#### **Observações:**

Regras para Coleta Interna de Resíduos Infectantes ou Especiais:

- Jamais a cor do saco (o saco branco deverá ser sempre substituído por outro saco branco);
- As lixeiras para resíduos infectantes deverão ser providas de tampa hão de ser lavadas pelo menos uma vez por semana ou sempre que houver vazamento do saco;
- A coleta do lixo infectante seguirá a esta rotina:
  - o Observar a cor do saco e utilizar equipamentos de segurança individual recomendados para aquele tipo de resíduo;
  - o Fechar o saco da lixeira;
  - o Colocar um saco novo, fixando-o firmemente nas bordas da lixeira.
- Recolher os RSS, nos intervalos estabelecidos, sendo proibido deixar os sacos plásticos no corredor, transportados abertos ou arrastados pelo piso.

**Armazenamento do Resíduo:** Consiste no armazenamento externo dos RSS em abrigos distintos, da Unidade.

Caberá ao Responsável pelo Manuseio e Armazenamento:

- Armazenar os RSS em contenedor padronizado e mantê-lo de forma ordenada no abrigo externo de armazenamento final até a coleta externa;
- Manter fechada a tampa do contenedor, sem empilhamento de recipientes sobre esta;
- Não utilizar o abrigo externo para a guarda de utensílios e materiais de limpeza;
- Realizar a limpeza e desinfecção dos abrigos.

**Descarte do Resíduo:**

- O descarte de materiais deve ser feito de acordo com a categoria a que pertence, ou seja:
  - **Lixo Administrativo:** Eliminar em sacos plásticos de cor preta;
  - **Resíduos Perfurocortantes:** Descartar em coletor rígido próprio, que deve ser colocado próximo ao local onde o procedimento é realizado para evitar que o colaborador circule com os perfurocortantes nas mãos ou bandejas. Não exceder a capacidade do coletor rígido e, após preenchimento, acrescentar hipoclorito de sódio à 1%. Quando forem usadas caixas tipo descartac o hipoclorito se faz desnecessário. Descartá-lo em saco de cor branca no lixo hospitalar;
  - **Lixo Comum (papeis secos no setor técnico):** Descartar em contêiner azul contendo saco plástico azul;
  - **Materiais Contaminados Descartáveis:** São encaminhados para o setor de lavagem, onde serão autoclavados, em seguida são descartados em sacos plásticos brancos, e encaminhados para o lixo hospitalar;
  - **Urinas:** Descarte no esgoto;
  - **Fezes, Esperma, Escarro, Secreções, Líquidos Corporais:** Descartar em saco plástico de cor branco (resíduos sólidos infectantes) e encaminhados para o lixo hospitalar;

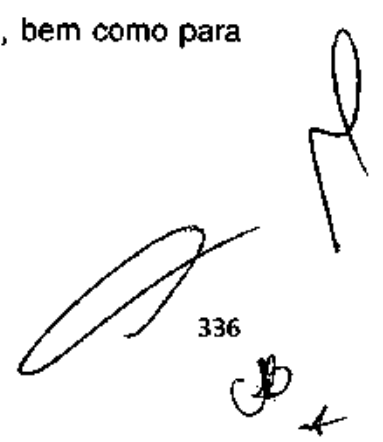
- **Fitas de Urina, Gases, Swabs, Algodão e Esparadrapos Contaminados:** Descartar em saco de cor branca (Resíduos Sólidos Infectantes) e são encaminhados para lixo hospitalar;
- **Descarte de Resíduos Químicos:** O descarte é feito em recipientes apropriados e são recolhidos pelo colaborador do hospital ate ao abrigo externo. A coleta é feita 02 vezes ao dia (11h30min e 16h30min)
- **Resíduos Sólidos:** São encaminhados para o lixo hospitalar em sacos de plástico branco (Resíduos Sólidos Infectantes);
- **Materiais Reutilizáveis:** Nos setores os materiais reutilizáveis são descartados em potes plásticos contendo hipoclorito 1%. Estes materiais são recolhidos pelo responsável do setor de limpeza e encaminhados para lavagem. **Importante:**
  - o As caixas de papelão devem ser desmontadas para diminuir de volume, antes de serem acondicionadas nas lixeiras;
  - o Jamais jogue lixo sobre a tampa da lixeira ou no chão;
  - o As lixeiras para resíduos biológicos devem permanecer fechadas;
  - o Nunca cole esparadrapos ou fitas autocolantes nas lixeiras;
  - o Não misture resíduo biológico com resíduo comum;
  - o Use as lixeiras adequadamente, com cuidado, de maneira a não destruí-las.
- **Lixo da Copa:** É descartado em lixeira de pedal com saco plástico preto, e em seguida são fechados e encaminhados para a lixeira do prédio.
  - o Coleta Interna: será recolhido diariamente às 10h30minh da manhã;
  - o Coleta Externa: será feita pelo responsável da limpeza urbana diariamente.
- **Lixo Administrativo:** É descartado em lixeiras com saco plástico azul, é recolhido internamente à tarde e em seguida encaminhado à lixeira laranja do prédio, que é recolhido pelo responsável da limpeza urbana;
- **Lixo Comum (Banheiro):** É descartado em lixeiras com saco plástico azul, é recolhido internamente pela manhã e à tarde, em seguida é encaminhado para a lixeira laranja do prédio;
- **Lixo Infectante (Sala de Coleta):** É descartado em lixeiras de pedal com saco plástico branco (Risco Biológico), em seguida são encaminhados para

o lixo hospitalar que é recolhido diariamente pelo serviço de coleta seletiva da prefeitura;

- **Descarte de Perfurocortantes:** É feito em descarpac, onde depois de preenchido  $\frac{2}{3}$  de sua capacidade é lacrado colocado em saco plástico branco, e encaminhados para a lixeira branca onde será recolhida pelo serviço de coleta seletiva da prefeitura.

**Segurança Ocupacional:** O pessoal envolvido diretamente com o PGRSS é submetido a avaliação clínica abrangendo.

- Anamnese ocupacional, exame físico e os exames complementares incluindo hemograma completo e vacinação contra hepatite e tétano.
- O pessoal envolvido diretamente com o PGRSS é capacitado na ocasião da admissão e treinado, periodicamente, para as atividades de manejo de resíduos de serviço de saúde, desde a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento, tratamento e disposição final dos resíduos de serviço de saúde, incluindo a responsabilidade de higiene pessoal e de materiais.
- A capacitação deve incluir:
  - o Noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais;
  - o Conhecimento da legislação relativa aos RSS;
  - o Definição, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco do resíduo;
  - o Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
  - o Formas de reduzir a geração de resíduos e a reutilização de materiais;
  - o Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;
  - o Identificação das classes de resíduos;
  - o Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;
  - o Uso de EPI e EPC – conscientização da importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual – uniforme, luvas, avental, máscara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como para mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação;
  - o Orientações sobre biossegurança;
  - o Orientação quanto à higiene pessoal e do ambiente;



- o Providências a serem tomadas em caso de acidentes e situações emergenciais;
- o Visão básica do gerenciamento de resíduos sólidos do município;
- o Noções básicas do Controle de Infecção e de Contaminação Química.

**Monitoramento do PGRSS:**

A avaliação e monitoramento do PGRSS levam em conta os seguintes indicadores, avaliados periodicamente a partir dos seguintes dados:

Indicação	Periodicidade	Calculo
Taxa de acidentes com resíduos perfuro-cortantes	Mensal	$\frac{\text{Numero de acidentes com perfuro-cortantes}}{100 \times \text{N. de atendimentos}}$
Variação da geração de resíduos	Anual-coleta de dados (peso)	$100 - \frac{\text{Peso dos resid. na categoria}}{\text{Peso dos resíduos por categoria Na ultima avaliação}} \times 100$
Variação da proporção de resíduo do grupo A		
Variação de resíduo do Grupo B		
Variação de resíduo do Grupo D		
Índice de reciclagem de materiais		$\frac{\text{Total de resíduos (kg) (Resíduos A+B)}}{\text{Total de resíduos (kg)}} \times 100$

**Tratamento e disposição final:**

A segregação dos RSS pode ser encarada como parte integrante do tratamento, pois permite maior leque de opções na atividade propriamente dita. A finalidade de qualquer sistema de tratamento é eliminar as características de periculosidade. Neste caso, merecem destaque os resíduos do Grupo A (Resíduos de Risco Biológico), do Grupo B (Resíduos com Risco Químico) e do Grupo C (Rejeito Radioativo). Cada um desses grupos de resíduos tem características próprias, o que implica em tratamento especifica.

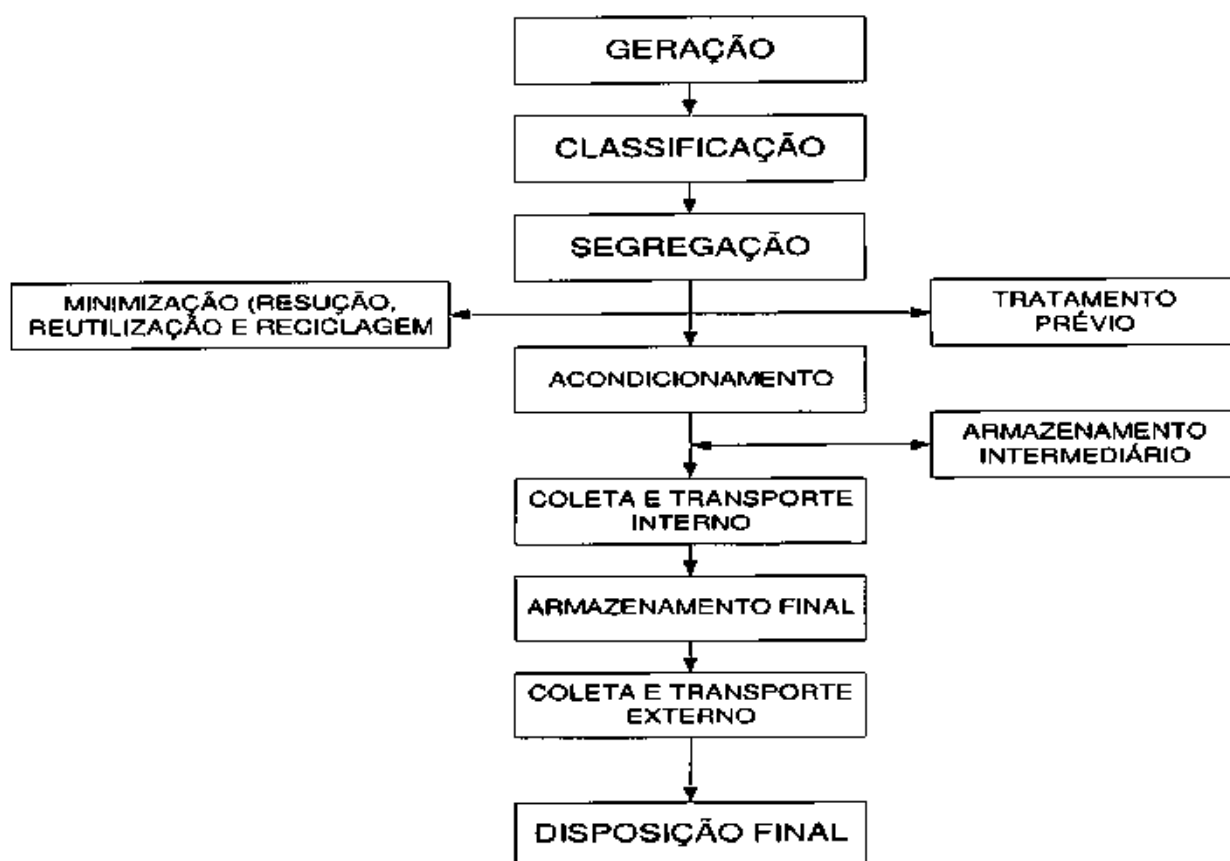
O tratamento pode dividir-se em tratamento parcial e tratamento completo. Os tratamentos "parciais" existentes são a autoclavagem, tratamentos químicos, irradiação e micro-ondas. Os tratamentos completos são térmicos, incinerador,

*[Handwritten signature and initials]*

queimador elétrico e tocha de plasma. Normalmente apenas os tratamentos completos garantem a realização dos objetivos:


- Esterilização do fluxo de saída (como por exemplo, sangue);
- Destruição de moléculas altamente tóxicas e estabilização de elementos críticos (metais pesados presentes no fluxo de saída, como por exemplo, medicamentos vencidos ou parcialmente utilizados materiais contaminados com tais medicamentos, etc.);
- No Laboratório faz-se o tratamento parcial de autoclavagem;
- O tratamento completo é feito por empresa contratada pelo Hospital.

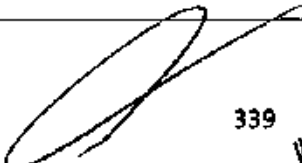


### Fluxograma dos RSS laboratório de análises clínicas



O Laboratório de Análises Clínicas deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

338  
[Assinatura]

	<b>Hemorrede Pública Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Laboratório Análises Clínicas POP: (LAC + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /     /
		Revisado em:     /     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

  
 339  
  




**5.1.3.3 – Na área de internação leito/dia:**

A assistência à saúde, prestada em regime de internação leito/dia, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão na Unidade (Centro de Tratamento de Hemofilia – CTH) até sua alta da Unidade, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito da unidade e todos os serviços relacionados.

O serviço de internação leito/dia do Centro de Tratamento de Hemofilia - CTH funcionará em regime de 12 horas por dia de segunda a sexta-feira. Será composto por unidades de internação em leito/dia com a seguinte distribuição de leitos:

Internação Leito/dia	Adulto Feminino	03
	Adulto Masculino	03
	Pediátrico	02

**Definições relativas às unidades de internação leito/dia:**

1. A unidade de internação leito/dia contará com equipes multiprofissionais de referência que serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde da unidade e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. Serão disponibilizados Projetos Terapêuticos Multidisciplinares, sempre que necessário.
2. O hospital deverá contar com equipe complementar de especialistas no sentido de garantir o atendimento resolutivo e integral.
3. A internação leito/dia do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. No processo de internação leito/dia estão incluídos:
  - a) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

- b) Tratamentos concomitantes, diferentes daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas.
- c) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação leito/dia.
- d) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de internação leito/dia.
- e) Procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de internação leito/dia.
- f) Assistência por equipe médica especializada, equipe multiprofissional e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno.
- g) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- h) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes, Lei nº 10.741 de 01/10/2003.
- i) Sangue e hemoderivados.
- j) Fornecimento de roupas hospitalares.
- a) Procedimentos especiais de alto custo para pacientes hospitalizados, como Fisioterapia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

#### 5.1.4 – Protocolo de Enfermagem na área de Ambulatório

O Serviço de Enfermagem do Ambulatório é composto por uma Enfermeira Encarregada e 2 (duas) Enfermeiras Assistenciais. Está subordinado técnico e administrativamente à Gerência de Enfermagem.

O Ambulatório funciona de 2ª à 6ª feira, das 07H às 19H, com consultas agendadas.

A equipe de enfermagem do Ambulatório respeita e segue o Código de Ética de Enfermagem. Trabalhamos com respeito aos colegas de profissão e a equipe

multiprofissional. Promovemos o aprimoramento profissional, inclusive durante o horário de trabalho, em escala de rodízio.

Guardamos sempre sigilo em relação ao diagnóstico, seja por diagnósticos que possam discriminar a pessoa de alguma forma (Ex: HIV) ou para assegurar o equilíbrio psicossomático da paciente quando a mesma não quer que sua família e/ou amigos saibam do seu diagnóstico. Desta maneira tentamos manter um tratamento humanizado perante as pacientes e familiares, a fim de que se sintam satisfeitos e confiantes com o atendimento prestado, reforçando nossa postura ética e profissional. Procuramos sempre atender as necessidades dos clientes internos e externos, realizando mudanças quando necessário para melhorar cada vez mais a qualidade da assistência prestada.

A elaboração da escala de serviço e escala de férias é de competência do Enfermeiro Encarregado do setor.

## **ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO AMBULATÓRIO**

### **ENFERMEIRO ENCARREGADO DO SETOR**

- Coordenar tecnicamente as atividades de enfermagem do Setor, racionalizando a assistência e os cuidados: intensivos, complexos, intermediários e mínimos;
- Elaborar em conjunto com o Enfermeiro Assistencial, planos de trabalho e distribuição de pessoal para atender a demanda e manutenção da assistência;
- Participar junto à Gerência de Enfermagem, no desempenho de suas funções administrativas inerentes à Assistência de Enfermagem no Setor;
- Participar da assistência às pacientes, acompanhando a evolução e cuidados prestados pela equipe;
  - Auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho de suas atividades, orientando e treinando no que se fizer necessário;
  - Manter ambiência física e psicológica necessária à integração da equipe e à humanização do trabalho;
  - Desenvolver programas e atividades educativas para a paciente e familiares, visando medidas de recuperação e readaptação da mesma;
  - Avaliar a assistência prestada, junto à equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares);

- Participar do desenvolvimento e treinamento de pessoal, como instrutor ou monitor do setor;
- Solicitar ao Enfermeiro da Educação Continuada, a programação de cursos, conforme a necessidade assistencial da equipe de enfermagem;
- Verificar o conteúdo e a validade dos registros de enfermagem, mantendo um padrão técnico necessário para a análise e avaliação da assistência;
- Convocar e presidir, periodicamente, reuniões técnicas com a equipe de enfermagem do setor;
- Participar de reuniões técnicas dos encarregados junto à Gerência de Enfermagem, para fins de estudo e integração de rotinas;
- Apresentar relatório de atividades desenvolvidas no setor;
- Manter rigoroso comportamento ético de acordo com o Código de Ética Profissional.

#### ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Coordenar tecnicamente as atividades de enfermagem do seu setor de trabalho, mantendo a programação estabelecida;
- Participar do planejamento e elaboração, junto aos colaboradores, das rotinas e condutas de atuação;
- Auxiliar a equipe de enfermagem no desempenho de suas atividades, orientando e treinando no que se fizer necessário;
- Atender a equipe médica, fornecendo as informações pertinentes;
- Manter condições favoráveis ao trabalho de equipe entre os setores;
- Participar do desenvolvimento e treinamento de pessoal, como instrutor e/ou monitor do setor;
- Avaliar a assistência junto à equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- Avaliar a atuação dos elementos da equipe de enfermagem no desempenho de suas funções;
- Manter registro das atividades e das ocorrências;
- Manter as(os) funcionários do setor, informadas(os) sobre as ocorrências do plantão;
- Manter rigoroso comportamento ético, de acordo com o Código de Ética Profissional;

- Prestar cuidados a pacientes graves, caso haja, mantendo rigoroso controle de seu estado;
- Prestar assistência aos pacientes sob sua responsabilidade, executando cuidados e tratamentos específicos;
- Elaborar plano de trabalho, para execução da equipe de enfermagem;
- Atender a equipe de enfermagem no desempenho de suas funções, orientando e instruindo no que se fizer necessário;
- Implementar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem);
- Realizar a conferência diária do carro de emergência.

#### TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Participar da assistência de enfermagem, integrando sua atuação à da equipe;
- Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica;
- Atender as pacientes, em suas solicitações;
- Auxiliar a equipe médica na realização de exames e tratamentos;
- Registrar os cuidados e tratamentos executados;
- Auxiliar a enfermeira na verificação e controle de materiais e medicamentos;
- Preparar e manter o material para a execução das atividades médicas e de enfermagem;
- Promover e manter limpeza e ordem nas áreas específicas de trabalho da enfermagem e de atendimento da paciente;
- Participar da avaliação na assistência;
- Participar de reuniões da equipe de enfermagem do setor, propondo e sugerindo medidas que visando a integração da equipe e o desenvolvimento profissional;
- Manter um rigoroso comportamento ético profissional de acordo com o Código de Ética Profissional.

#### 5.2 – O SERVIÇO SOCIAL

Serviço Social é uma profissão de caráter sócio político, crítico e interventivo. Utiliza como instrumental científico as Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da "questão social". Desempenha o papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais. Na área da saúde deve-se compreender os aspectos sociais,

econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença e cabe ao Serviço Social a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde. O Assistente Social está capacitado, sob o ponto de vista teórico, político e técnico, para investigar, formular, gerir, executar, avaliar, e monitorar políticas sociais, programas e projetos na área de saúde.

Com o objetivo de propiciar um acolhimento mais humano, a **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** implantará o Serviço Social, que visa amparar, da melhor maneira, todos os pacientes, seja na indicação de serviços oferecidos, sejam tratando reclamação de usuários. O Serviço Social estará subordinado diretamente à Diretoria Técnica e atenderá em horários previamente definidos, de acordo com o perfil e/ou necessidade da unidade:

- Ambulatório: das 08:00 às 17:00 horas;
- Unidades de Internamento leito/dia: das 07:00 às 19:00 horas;

#### **Princípios Éticos Norteadores do Serviço Social:**

- Reconhecimento da Liberdade como valor ético central da Democracia;
- Defesa dos Direitos Humanos;
- Respeito ao usuário e garantia dos direitos de cidadania;
- Defesa da Equidade e Justiça Social, garantindo aos usuários a universalidade de acesso aos bens e serviços da Instituição, bem como sua gestão democrática;
- Oposição a todas as formas de preconceito, preservando o respeito às diferenças quanto ao gênero, classe, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física;
- Respeito ao pluralismo de ideias e concepções teóricas;
- Garantia do compromisso com o constante aprimoramento profissional;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, articulando ações a outras categorias profissionais;
- Reconhecimento e respeito às instituições democráticas da sociedade;
- Resguardar os princípios do Código de Ética Profissional.

### **Objetivos do Serviço Social:**

- Assessorar a Instituição na elaboração de planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade de assistência, assim como, desenvolver ações sócias educativas, que possibilitem aos usuário participar efetivamente do seu processo assistencial, mobilizando-o para o exercício da cidadania;
- Conhecer e trabalhar aspectos que estejam interferindo no tratamento do paciente, levando-os a remover bloqueios relacionados, com a situação de saúde;
- Estimular pacientes/acompanhantes a conhecer os diagnósticos e prognósticos relacionados a seus quadros clínicos;
- Assessorar pacientes e familiares no que diz respeito a direitos previdenciários, trabalhistas, assistenciais e legais, assim como dos recursos comunitários disponíveis.

### **Competências do Serviço:**

1. Prestar orientação social, atendimento individualizado;
2. Realizar atendimento individualizado utilizando como instrumentos a entrevista social e o parecer social;
3. Registrar em prontuário a historia social e o parecer social;
4. Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos), CRAS, entre outras;
5. Implantar programa de esclarecimentos, através da realização de reuniões com familiares; desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;
6. Promover intercâmbio e manter articulação com instituições afins (público, privado, ONGs, etc.), buscando instrumentalizar a ação profissional;
7. Participar de reuniões e mobilizações sociais (inclusive criando o espaço de discussão) ligadas aos direitos dos usuários sempre que houver a possibilidade.
8. Desenvolver pesquisas, projetos, e programas sociais;
9. Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários e cursos voltados aos profissionais e usuários;

10. Distribuir fichas para as refeições para 100% dos acompanhantes dos pacientes internados em leito/dia.
11. Prestar assessoria técnica à Direção, Coordenações e Equipes multiprofissionais em questões pertinentes a área de atuação do Serviço Social;
12. Participar de pesquisas médico-sociais que contribuam para maior conhecimento da realidade social, relações causa-efeito das enfermidades, avaliação da ação profissional e outros;
13. Elaborar e executar Planos, Programas e Projetos para o Serviço Social da Unidade;
14. Participar, junto à equipe interdisciplinar, da elaboração de Planos, Programas e Projetos, Normas e Rotinas operacionais da Unidade;
15. Assegurar a atualização da equipe de Serviço Social;
16. Realizar relatório mensal sobre as atividades do Setor.

#### **Composição da Equipe:**

O Serviço Social será composto pelos profissionais: ✓

- Assistente Social Coordenador;
- Assistente Social de Assistencial;
- Auxiliar Administrativo.

#### **Atribuições da Equipe:**

##### **Atribuições do Assistente Social Coordenador:**

1. Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço Social;
2. Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço Social, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
3. Representar o Serviço Social junto aos órgãos competentes;
4. Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
5. Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;



6. Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço Social;
7. Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativa) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
8. Cumprir e fazer cumprir as Ordens de Serviços, Portarias e Regimento da Instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
9. Estimular as atividades de pesquisa no campo de Serviço Social;
10. Garantir que o trabalho do Serviço Social se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
11. Facilitar a participação da equipe do Serviço Social em atividades de cunho técnico-científico, visando o aprimoramento profissional;
12. Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;
13. Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Assistente Social:
  - Lei nº 8.662 de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.
  - Resoluções CFESS nº 594 de 2011, que dispõe sobre o Código de Ética dos Assistentes Sociais.

**Atribuições do Assistente Social Assistencial:**

1. Prestar orientação social aos usuários do serviço;
2. Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social; Realizar atendimento individualizado utilizando instrumentos como: entrevista social, parecer social e visita domiciliar;
3. Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de saúde, assistência social e direitos humanos), CRAS, entre outras;
4. Realizar reuniões periódicas com grupos de usuários;
5. Desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;

6. Manter articulação com instituições e movimentos sociais;
7. Desenvolver pesquisas, projetos, e programas sociais;
8. Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários, e cursos voltados aos profissionais e usuários;
9. Discutir junto aos usuários e/ou seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
10. Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
11. Discutir com o responsável e/ou familiar sobre a necessidade do seu apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente;
12. Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde;
13. Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;
14. Informar e discutir com o usuário acerca dos direitos sociais (trabalhistas, previdenciários, assistenciais, legais, etc.), mobilizando-os para o exercício da cidadania;
15. Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da cidadania, face às situações sociais constatadas;
16. Discutir com os usuários os objetivos e normas de funcionamento dos serviços de saúde, avaliando sua eficiência, resolutividade e adequação aos seus interesses;
17. Discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre as questões relacionadas ao usuário, interpretando a situação social do mesmo;
18. Realizar visitas domiciliares a fim de verificar aspectos sócio familiares "in loco" e adotar encaminhamentos pertinentes a cada situação;
19. Manter contatos com organizações institucionais e/ou comunitárias, com vistas ao tratamento de saúde dos usuários;
20. Estimular o processo de participação da população, no sentido de incorporação de suas demandas, pelos serviços de saúde;
21. Participar de projetos integrados com organizações institucionais e/ou comunitárias para uma ação preventiva da saúde;
22. Participar da elaboração, execução e avaliação dos programas de saúde, bem como dos programas de educação continuada;
23. Participar do desenvolvimento das ações de educação em saúde;

24. Participar da elaboração de Planos, Programas, Projetos e demais atividades de Serviço Social;
25. Participar de estudos e pesquisas sociais no seu campo de atuação, a fim de conhecer a realidade social e verificar a eficácia da ação profissional;
26. Registrar em prontuários, fichas e/ou livros específicos o atendimento de Serviço Social;
27. Elaborar relatórios sociais, estatística mensal, e dar pareceres sobre matérias específicas de Serviço Social;
28. Participar de reuniões técnico-científicas da equipe interdisciplinar.

#### **Atribuições do Auxiliar Administrativo:**

1. Recepcionar as pessoas que procurem a Coordenação de Serviço Social, estabelecendo os contatos necessários para o seu atendimento;
2. Atender telefone, receber e transmitir recados e dar informações em relação ao serviço;
3. Distribuir fichas para as refeições dos acompanhantes dos pacientes internados.
4. Executar as tarefas que lhe forem atribuídas pela coordenação do serviço;
5. Examinar e providenciar o atendimento dos pedidos de material do consumo mantendo atualizada a previsão de estoque;
6. Receber, registrar e enviar correspondências;
7. Mensurar dados estatísticos mensais das atividades do Serviço Social, registrando-os em impresso próprio, mantendo-os atualizados;
8. Digitar e encaminhar mensagens, comunicações, solicitações e outros, às unidades da instituição e externas quando solicitadas pelo Assistente Social;
9. Sugerir métodos e processos de trabalho para melhor execução dos serviços administrativos.

#### **Atividades do Serviço:**

As atividades discriminadas a seguir dizem respeito àquelas que o Serviço Social participa diretamente:

*R*

350

*AB*

*\**

**1. Rotina de Alta:**

PROFISSIONAL	ATIVIDADE	OBSERVAÇÃO
Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescreve a alta em prontuário;</li> <li>- Comunica a alta ao paciente/responsáveis, realizando as orientações necessárias;</li> <li>- Elabora relatório de alta e receita médica, quando necessário.</li> </ul>	
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrega o relatório de alta médica ao paciente;</li> <li>- Realiza o relatório de alta de enfermagem, realizando as orientações necessárias;</li> <li>- Prepara o paciente para a saída;</li> <li>- Fornece ao paciente o formulário de autorização para saída da Unidade;</li> <li>- Convoca a presença do maqueiro para conduzir o paciente que apresente dificuldade de locomoção, até a saída da Unidade.</li> <li>- Registra a saída do paciente em prontuário, realizando a evolução de alta, com horário e nome do responsável que o acompanhou;</li> <li>- Registra a saída do paciente no censo diário, assim que o paciente sair.</li> </ul>	
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constata a alta prescrita em prontuário;</li> <li>• Mantém contato com o paciente/responsáveis a fim de verificar as condições necessárias para a saída do paciente e orienta quanto à prevenção em saúde e acompanhamento ambulatorial;</li> <li>• Realiza visita domiciliar, quando necessário;</li> <li>• Registra a alta e providências adotadas em prontuário e livro de ocorrências.</li> </ul>	<p>No caso de paciente desacompanhado, localiza e solicita a presença do responsável.</p> <p>Em caso de paciente procedente de via pública, identifica recursos da comunidade que possam acolher o paciente;</p> <p>Em caso de paciente de menor idade, identifica o responsável para proceder à liberação</p>

*[Handwritten signature and initials]*

		da saída.
Portaria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confere autorização de saída fornecida e libera o paciente.</li></ul>	

**Formulários Específicos:**

O Assistente Social no desempenho de suas atividade, utiliza-se de impressos específicos, entre os quais:

- Folha de Admissão;
- Folha de Evolução;
- Folha de Acompanhamento;
- Folha de Visita Domiciliar;
- Encaminhamento e Recursos da Comunidade;
- Solicitação de Comparecimento Familiar;
- Autorização de Acesso;
- Folha para Levantamento Estatístico;
- Recibo do Serviço Social (liberação de verba para saída de paciente);
- Autorização para saída de menor.

**Normas Administrativas:**

- Todos os dias serão realizadas visitas aos pacientes internados em leito/dia a fim de identificar as demandas dos pacientes para que sejam direcionados ao atendimento do grupo profissional (médicos, enfermeiros e auxiliares);
- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal da unidade. A permuta na jornada diária de trabalho será permitida, apenas, mediante autorização prévia do Coordenador do Serviço Social;
- O Serviço Social atenderá a todos os usuários/familiares que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;

352  
JB  
7

- O Serviço Social procederá à entrevista inicial com pacientes/responsável, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço Social manterá contato com os pacientes/familiares sempre que se fizer necessário;
- O Serviço Social participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e enfermeiro, através da reflexão com o paciente/familiar das consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do usuário/responsável em termo específico;
- O Serviço Social participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais da unidade;
- O Serviço Social deverá promover pesquisas sociais e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pela Unidade;
- O Serviço Social elaborará Relatório Social em casos de transferência para outra unidade, de paciente que não seja bom informante e/ou desacompanhado, a exceção de pacientes que dão entrada pela Emergência e necessitem de transferência imediata;
- O Serviço Social realizará visita domiciliar quando identificada a necessidade;
- O Serviço Social deverá manter-se informado e atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade;


**Normas do Serviço Social – Unidade de Internação Leito/dia:**

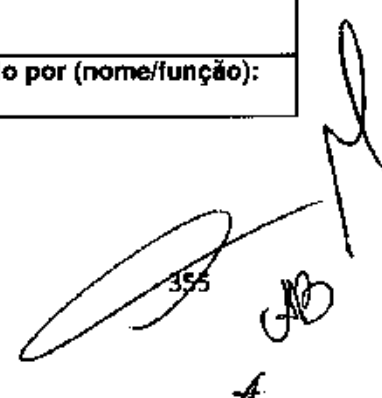
- O Serviço Social disponibilizará assistência social no centro de tratamento de hemofilia - CTH, sob a supervisão da Coordenação;
- A equipe encarregada desenvolverá suas atividades na unidade de internação leito/dia, de acordo com o descrito a seguir:
  - o Observação de programas específicos de atendimento estabelecidos para a clínica de especialidade hematológica;
  - o Estabelecimento de sistemática própria de trabalho com pacientes ou grupo de pacientes e de familiares;
  - o Investigação, diagnóstico e intervenção junto aos pacientes e familiares, visando identificar e colaborar na solução dos aspectos que estejam afetando a saúde;

- Redução da sensação de isolamento do paciente/familiar e promoção da sua adaptação à unidade;
  - Participação na visita médica, quando possível;
  - Realização de entrevista social inicial e/ou subsequente para estabelecimento do plano de intervenção e acompanhamento dos casos;
  - Realização de trabalho de educação em saúde com pacientes e/ou familiares, visando à melhoria dos hábitos higiene e outros aspectos que interfiram na saúde individual e coletiva;
  - Avaliação e controle das atividades desenvolvidas.
- Observando-se as diversas especialidades médicas, poderão ser realizadas abordagens em grupo considerando-se:
- O perfil dos usuários de serviço, identificado a partir da realização de pesquisa;
  - Aspectos psicossociais que estejam interferindo na recuperação do paciente;
  - Dificuldades enfrentadas pelos usuários decorrentes das peculiaridades da sua patologia;
  - A necessidade de informar os usuários/familiares sobre as normas gerais e sobre o funcionamento da Unidade;

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais do Serviço Social para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

M  
354  
CB  
A

 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b>  <b>Procedimento</b>  <b>Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Serviço Social
		POP: (SS + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
<b>SETOR:</b>		
PROCEDIMENTO:		
LOCAL DE EXECUÇÃO:		
EXECUTANTE:		
RESULTADOS ESPERADOS:		
MATERIAL NECESSÁRIO:		
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:		
CUIDADOS ESPECIAIS:		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

355  
  
 A



### 5.3 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

#### 5.3.1 - SERVIÇO DE FISIOTERAPIA ✓

Fisioterapia é uma ciência aplicada, tendo por objeto de estudos o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo é preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistema ou função. Como processo terapêutico utiliza conhecimentos e recursos próprios, com base nas condições psico-físico-social, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida.

O fisioterapeuta é habilitado a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, a prescrição das condutas fisioterapêuticas, sua ordenação e indução no paciente, bem como, o acompanhamento da evolução do quadro funcional e a sua alta do serviço. O principal objetivo da fisioterapia é a reabilitação funcional do paciente lesionado no menor tempo possível, sem gerar riscos à sua integridade física.

O papel da Fisioterapia na equipe multiprofissional torna-se cada vez mais complexo face à constante qualificação dos serviços de assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida às pessoas. A fisioterapia é a profissão que realiza o tratamento das doenças e suas repercussões sistêmicas por agentes físicos e terapia manual, prepara os pacientes sob o ponto de vista músculo-respiratório para procedimentos pré e pós-cirúrgicos, e atua através de exercícios terapêuticos e técnicas específicas restaurando as funções osteomioarticulares e respiratórias.

Em pacientes hospitalizados é comum o aparecimento de alterações mecânicas ventilatórias e motoras decorrente da imobilidade prolongada a que são submetidos. Normalmente os sistemas: respiratório, osteomiorticular, cardiovascular e neurológico dos pacientes são afetados, o que pode, inclusive, acarretar problemas mais graves, como pneumonias, trombozes venosas, atelectasias entre outros e na maioria dos pacientes influenciam no tempo de

hospitalização e morbimortalidade. O caráter crítico dos pacientes cria um perfil de multiplicidade nas disfunções e incapacidades funcionais que os acomete, necessitando de tratamento fisioterapêutico especializado e individualizado, podendo assim modificar o curso de tais afecções e possibilitando uma qualidade de vida melhor. Assim, a importância da fisioterapia vai do aspecto assistencial a redução do custo financeiro: o tratamento de pacientes em fase de recuperação, seja de traumas ou cirurgias, resulta em uma maior agilização das altas, o que aumenta a rotatividade dos leitos, diminui as chances de infecções hospitalares, minimiza os custos com remédios e oxigênio, e, principalmente, fornece uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Em função disso, o Serviço de Fisioterapia da Hemorrede Pública Estadual de Goiás será destinado à assistência integral e especializada a todos os pacientes, lançando mão do seu arsenal terapêutico específico, objetivando um restabelecimento das afecções, sequelas ou entidades nosológicas (primárias ou secundárias) que se apresentam no vasto universo clínico do ambiente de saúde.

A Equipe de Fisioterapia desenvolverá uma prática assistência qualificada e de real eficácia, dando enfoque à humanização do atendimento ao paciente, pois entendemos que este deve ser um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham. O Serviço funcionará 12 horas, de segunda à sexta-feira.

#### **Objetivo do Serviço de Fisioterapia:**

1. Prestar assistência individualizada e específica a pacientes hospitalizados, restaurando sua melhor condição fisiológica, reduzindo morbimortalidade e aumentando a qualidade de vida dos mesmos,
2. Oferecer um serviço eficiente e qualificado através do gerenciamento e da racionalização de processos preventivos e terapêuticos, visando redução dos custos e otimização dos resultados.

#### **Competências do Serviço:**

1. Instituir tratamento fisioterapêutico humanizado, através de atendimento individualizado, chamando-os pelos nomes e dando atenção às suas queixas;

357 JB  
/ /

com o objetivo de reduzir a depressão e a ansiedade do paciente, dando-lhes confiança de um ambiente seguro e tranquilo;

2. Realizar treinamento da equipe através da racionalização de recursos para adequada utilização dos mesmos que implica na utilização dos produtos de melhor relação custo/benefício, ou seja, utilização de equipamentos que não exijam alto custo de investimento e tenham menor custo de manutenção, reparação e reposição de insumos;
3. Instituir exercícios motores, com atividade musculoesquelética no leito, específica para o doente crítico;
4. Produzir relatório de atendimento fisioterapêutico com orientações específicas de exercícios individualizados.

#### **Composição da Equipe:**

A equipe de profissionais para os serviços devem ser constituída por fisioterapeutas, o que garante um atendimento mais específico das alterações funcionais dos pacientes hospitalizados. Todos os profissionais estarão voltados para o estímulo ao ensino-pesquisa, além de experiência na implantação de serviços baseados em gestão e sistematização de processos para atingir metas.

#### **Atribuições da Equipe:**

##### **Atribuições do Fisioterapeuta Coordenador:**

1. Acompanhar as atividades de assistência e ensino realizadas na Unidade;
2. Conhecer e discutir sobre a condução das atividades de ensino aos estudantes, profissionais e residentes;
3. Elaborar em parceria com o setor de recursos humanos programa de educação permanente, tais como: seminários, grupo de estudo e estudos de caso;
4. Acompanhar planejamento estratégico do Setor de Fisioterapia;
5. Coordenar elaboração, implantação de protocolos de boas práticas do serviço,
6. Discutir estratégias de funcionamento interno;

358  
JB  
+

7. Acompanhar resoluções burocráticas de funcionamento interno;
8. Conhecimento e deliberação de solicitação de férias e demais atividades, como participação em eventos;
9. Cumprir e fazer cumprir a legislação específica que regulamenta o exercício profissional da fisioterapia:
  - Decreto Lei nº 938 de 1969, que regulamenta o exercício profissional da Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.
  - Resolução COFFITO nº 8 de 1978, que define as normas para habilitação ao exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.
  - Resolução COFFITO nº 10 de 1978, que aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Atribuições do Fisioterapeuta Assistencial:

1. Prestar atendimento fisioterapêutico em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde;
2. Elaborar diagnóstico fisioterapêutico através de avaliação físico-funcional;
3. Prescrever as técnicas próprias da Fisioterapia;
4. Oferecer assistência qualificada, personalizada e humanizada;
5. Participar da passagem de plantão e discussão de casos clínicos multiprofissionais;
6. Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua

extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

7. Elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
8. Exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
9. Apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa;
10. Colaborar para a manutenção da organização operacional do serviço.

**Normas Assistenciais:**

1. A Fisioterapia atuará na unidade de internação leito/dia atendendo aos pacientes com o objetivo de prevenir o risco de complicações respiratórias e/ou motoras;
2. O atendimento acontecerá após solicitação do médico responsável, em registro no impresso de prescrição médica, anexado ao prontuário do paciente. Em seguida, o paciente será submetido a avaliação fisioterápica, e caso não apresente qualquer contra indicação, o tratamento será iniciado, na maioria dos pacientes, duas vezes ao dia, ou de acordo com a necessidade do doente, sendo realizada a fisioterapia motora e respiratória;
3. A Fisioterapia prestará assistência em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
4. A Fisioterapia deverá emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino/pesquisa);

360 *Ab*  
*f*

5. Para o melhor gerenciamento dessas ações e com o objetivo de melhorar os indicadores técnicos das unidades, a resolutividade dos processos de recuperação funcional e os mecanismos de controle das unidades, reduzindo dessa forma os custos e as perdas e otimizando o faturamento da unidade, o Serviço de Fisioterapia fará uso da ferramenta PDCA. A qualidade e a eficiência do serviço serão avaliadas através da monitorização dos planos terapêuticos, vistos através das respostas funcionais obtidas pelos pacientes. Serão definidos como indicadores de qualidade e eficiência:
- Menor incidência de pneumonia;
  - Menor incidência de atelectasia;
  - Redução dos custos associados ao internamento leito/dia;
  - Aumento na produção com menor custo;
  - Cumprimento das metas assistenciais com menor quantitativo de profissionais.


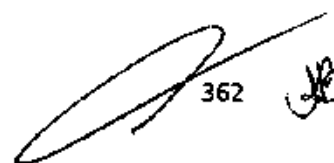

**Normas Administrativas:**

- O uso do jaleco é indispensável desde a recepção do hospital até a mudança para a roupa privativa nas unidades fechadas. Na Unidade de Internação Leito/dia deverão permanecer de jaleco durante todos os seus procedimentos até a saída da unidade;
- O profissional que chega deve receber o plantão, o qual será passado de forma breve pelo colega o quadro clínico do paciente, as condutas realizadas e seus resultados, modificação das condutas e o motivo, passagem das folhas de evolução devidamente preenchidas. O profissional só deve deixar a unidade após a passagem do plantão para o colega;
- Em casos de faltas por qualquer motivo, comunicar à coordenação o mais breve possível para a mesma providenciar cobertura do plantão e evitar dobra e/ou contatar um colega para fazer a cobertura.
- O livro de ocorrências é o meio de comunicação entre a coordenação e os profissionais, portanto deve ser lido diariamente. Também é o meio de deixar registradas todas as intercorrências ocorridas no plantão;

- O não cumprimento das normas e regras estabelecidas acarretará em punição ao profissional envolvido no descumprimento das mesmas de acordo com as coordenações.

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais do Serviço de Fisioterapia para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b> <b>Procedimento</b> <b>Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Fisioterapia
		POP: (FISIO + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
<b>SETOR:</b>		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<b>LOCAL DE EXECUÇÃO:</b>		
<b>EXECUTANTE:</b>		
<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>		
<b>MATERIAL NECESSÁRIO:</b>		
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:</b>		
<b>CUIDADOS ESPECIAIS:</b>		

  
  
362   
4

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

### 5.3.2 – SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA ✓

A desnutrição, em âmbito dos serviços de saúde, foi identificada nas décadas de 70 e 80, desde então, preocupa os profissionais da saúde, devido à grande importância que o estado nutricional tem sobre o tratamento de pacientes visto que, a desnutrição em serviços de saúde é fator de risco para piora da evolução clínica, pois prejudica a função imune, interferindo na susceptibilidade às infecções, cicatrização e resposta inflamatória. Os prejuízos da desnutrição impactam também na perda de massa muscular prejudicando a função do trato gastrointestinal, dos músculos respiratórios e cardíacos acarretando maiores chances de fraturas ósseas e úlceras de pressão. Além disso, um paciente desnutrido, em sua maioria, acaba apresentando apatia e depressão durante seu tratamento.

Atualmente, o papel do SND na assistência ao paciente está bem documentado na literatura e já se tornou parte integrante da assistência ao paciente, especialmente para aqueles em estado grave, com depleção nutricional ou com ambas as indicações simultaneamente. A atuação do SND evoluiu da simples administração de nutrientes essenciais para um conjunto de medidas adjuvantes capazes de modificar a resposta ao estresse e melhorar os resultados finais do tratamento. Assim, o **Serviço de Nutrição e Dietética da Hemorrede Pública Estadual de Goiás** tem a finalidade de planejar, receber, armazenar e distribuir as refeições para colaboradores, pacientes e acompanhantes, conforme as normas da vigilância sanitária.

O SND da Hemorrede Pública de Goiás funcionará em regime de 12 horas por dia de segunda à sexta-feira, prestando assistência integral ao paciente e aos colaboradores da Unidade de Saúde, sobre a supervisão de uma nutricionista responsável técnica.

**Objetivo do SND:**

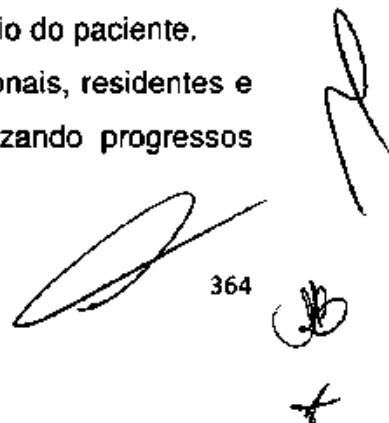


1. Gerenciar o Serviço de Nutrição e Dietética da Hemorrede Pública de Goiás norteado pelos princípios da gestão da qualidade, com o objetivo de desenvolver as atividades técnico-administrativas necessárias para a produção de alimentos e refeições, até a sua distribuição para coletividade sadia e enferma, com a prestação de assistência aos pacientes internados e ambulatorial nas diversas áreas de atendimento nutricional de maneira qualificada e eficiente, com a organização de processos preventivos e terapêuticos de modo à torna-los mais eficazes e menos dispendiosos, otimizando os resultados com vistas na melhoria da qualidade de vida e segurança dos pacientes e demais usuários do serviço.

#### **Competências do SND:**

Serão competências do Serviço:

1. Assegurar a assistência nutricional individualizada, eficiente e humanizada aos pacientes;
2. Assegurar o controle higiênico sanitário no SND;
3. Desenvolver e implementar as técnicas apropriadas de nutrição clínica e terapia metabólico-nutricional;
4. Realizar avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional.
5. Realizar a Nutrição Clínica dos pacientes adotando os seguintes critérios:
  - Realizar anamnese nutricional (Folha de Admissão Nutricional);
  - Elaborar e disponibilizar os Protocolos de Nutrição;
  - Elaborar os Mapas de Prescrição Nutricional;
  - Elaborar e disponibilizar orientações nutricionais;
  - Disponibilizar solicitação das dietas ao setor de alimentação;
  - Realizar registros da assistência nutricional no prontuário do paciente.
6. Desenvolver programas de educação continuada de profissionais, residentes e alunos da graduação dentro das áreas de Nutrição enfatizando progressos recentes na área da Nutrição;



7. Investigar cientificamente novas propostas e metodologias em Terapia Nutricional e Metabólica, clinicamente, respeitando as normas éticas da pesquisa científica.

### Composição da Equipe do SND ✓

A equipe de nutrição da Hemorrede Pública de Goiás será composta pelos seguintes profissionais:

- Nutricionistas
- Cozinheiros
- Copeiros
- Auxiliares de cozinha / Despenseiro
- Auxiliar Administrativo

### Atribuições da Equipe do SND

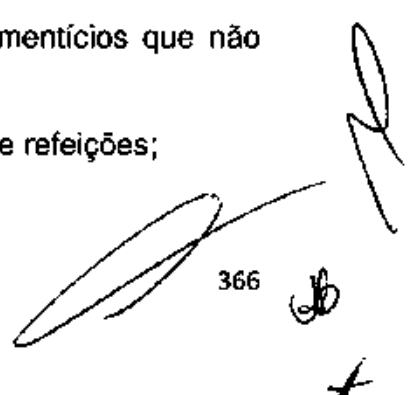
#### Atribuições do Nutricionista Coordenadora:

1. Implantar e acompanhar a execução de procedimentos de boas práticas em nutrição e dietética hospitalar;
2. Colaborar com as atividades de fiscalização profissional e sanitária;
3. Participar da elaboração de projetos de construção e/ou reforma da área física do S.N.D.;
4. Colaborar na execução dos programas de nutrição, e de pesquisas científicas e de estágios;
5. Elaborar escalas de serviço e fazer remanejamento de pessoal, de acordo com as necessidades do S.N.D.;
6. Implementar controle de plantões, como trocas, substituições, quantidades de acordo com necessidade do serviço;
7. Controlar manutenção de equipamentos e utensílios, assim como aquisição dos mesmos;
8. Avaliar qualidade e quantidade das atividades dos colaboradores do S.N.D.;

9. Realizar reuniões periódicas para avaliação das atividades desenvolvidas no Serviço;
10. Colaborar com os demais Serviços da Hemorrede Pública de Goiás, participando das reuniões e atividades afins;
11. Planejar, orientar e desenvolver programas e treinamentos, em parceria com os setores responsáveis, para os colaboradores do S.N.D.;
12. Participar de Processos de Padronização proposta pela Diretoria Técnica;
13. Apresentar à Diretoria Técnica relatórios periódicos de atividades e estatísticas do S.N.D.;
14. Cumprir e fazer cumprir: Ordens de Serviço, Portarias e Regulamento expedidos pelo Diretor Geral da Unidade;
15. Cumprir e fazer cumprir os dispositivos legais que regulamentam o exercício profissional dos profissionais de Nutrição:
  - a. Lei nº 8.234 de 1991, que regulamenta a profissão Nutricionista e determina outras providências;
  - b. Resolução CFN Nº 334/2004 Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências
  - c. RESOLUÇÃO CFN Nº 333/2004 Dispõe sobre o Código de Ética Profissional dos Técnicos em Nutrição e Dietética e dá outras providências.

**Atribuições dos Nutricionistas de Produção:**

1. Solicitar o balanço diário de gêneros e materiais estocados;
2. Requisitar ao almoxarifado, de acordo com o balanço e o cronograma de pedido, os gêneros alimentícios não perecíveis e os materiais descartáveis;
3. Encaminhar aos fornecedores, de acordo com o cronograma de abastecimento, a solicitação de gêneros perecíveis;
4. Acompanhar o processo de abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
5. Solicitar dos fornecedores a substituição de gêneros alimentícios que não atendam às especificações;
6. Orientar técnicas de preparo de alimentos, e distribuição de refeições;
7. Elaborar cardápios adequados às condições do Serviço;



8. Modificar a requisição de gêneros para a confecção de cardápios quando surgir à necessidade de substituir insumos;
9. Requisitar insumos para a execução de cardápios
10. Orientar e acompanhar os procedimentos previstos nos protocolos de boas práticas do SND;
11. Realizar controle mensal do consumo de gêneros alimentícios;
12. Realizar estatística mensal das refeições servidas;
13. Elaborar trimestralmente, a previsão de gêneros alimentícios e de material de consumo;
14. Supervisionar o processo de abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
15. Manter contato com fornecedores visando solucionar questões relativas ao fornecimento de gêneros, encaminhando para a Coordenadora do Serviço àquelas que julgar necessárias;
16. Participar da elaboração de cardápios;
17. Introduzir preparações no cardápio;
18. Supervisionar a qualidade e quantidade de gêneros alimentícios a das preparações a serem servidas;
19. Providenciar a confecção e distribuição para os diversos setores do impresso contendo a programação semanal do cardápio para colaboradores;
20. Elaborar as escalas de Serviços dos colaboradores do setor, juntamente com a Coordenação;
21. Comunicar a ocorrência de trocas e/ou substituições de plantões de colaboradores da Supervisão de Produção à Supervisão de Gestão de Pessoas;
22. Solicitar reparo ou reposição de material danificado e a aquisição de materiais necessários ao setor;
23. Colaborar na execução de estágios de Nutrição em parceria com as Instituições de Ensino;
24. Solicitar a realização de cursos e treinamentos para colaboradores do Serviço;

25. Reunir informações registradas no serviço relativas às atividades desenvolvidas;
26. Participar da Elaboração dos Relatórios periódicos do S.N.D.
27. Registrar atividades desenvolvidas no Serviço.

**Atribuições do Despenseiro:**

1. Receber e conferir os gêneros alimentícios e materiais;
2. Realizar processo de higienização dos gêneros, de acordo com as normas do serviço;
3. Realizar o armazenamento adequado, de acordo com as normas do serviço, de gêneros e materiais recebidos;
4. Realizar balanço diário dos gêneros e materiais armazenados;
5. Entregar os insumos ao responsável pela respectiva área de trabalho, obedecendo à requisição da Nutricionista de Produção;
6. Comunicar à Supervisão imediata qualquer falta e/ou alteração no fornecimento normal de gêneros e materiais;
7. Encaminhar à Supervisão imediata os comprovantes de requisições e notas de entregas, devidamente assinadas e datadas;
8. Zelar pela manutenção da limpeza, ordem, controle de materiais e equipamentos do local de trabalho;
9. Comunicar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para a confecção das preparações;
10. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

**Atribuições do Cozinheiro:**

1. Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
2. Executar as preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
3. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
4. Comunicar à Supervisão imediata qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;

5. Distribuir as preparações sob sua responsabilidade para as áreas de porcionamento de refeições.
6. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

**Atribuições do Auxiliar de Cozinha:**

1. Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
2. Solicitar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
3. Comunicar à Nutricionista responsável qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
4. Executar a confecção de preparações determinadas pela Nutricionista de Produção;
5. Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
6. Executar o porcionamento e a distribuição de refeições para os usuários do refeitório;
7. Lavar e higienizar as panelas e utensílios após a sua utilização;
8. Lavar os carros após a distribuição das refeições;
9. Lavar e esterilizar as bandejas de refeições;
10. Executar a limpeza e organização do Refeitório, antes e após as refeições;
11. Executar a limpeza do Serviço, de acordo com o cronograma de higienização do S.N.D;
12. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

**Atribuições da Copeira:**

1. Distribuir as refeições para os pacientes;
2. Executar a montagem de dietas livres;
3. Participar da confecção centralizada dos lanches, de acordo com a escala do Serviço;
4. Solicitar, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;

5. Zelar pela guarda e higiene de utensílios utilizados na distribuição de refeições;
6. Atender aos pedidos de alimentos sob a orientação da Nutricionista;
7. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

**Auxiliar Administrativo:**

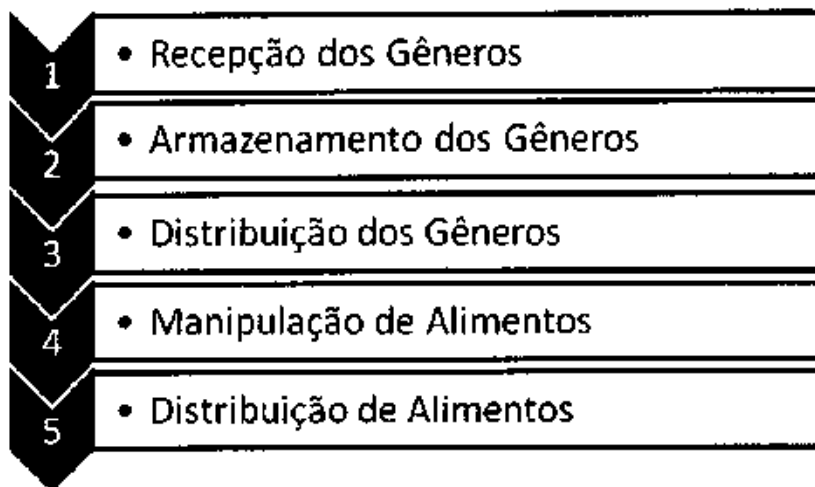
1. Redigir e preparar correspondências;
2. Organizar fichários e arquivos;
3. Preencher requisições e formulários;
4. Controlar a movimentação de documentos;
5. Receber e transmitir mensagens telefônicas;
6. Digitar os documentos necessários ao Serviço;
7. Desempenhar tarefas correlatas que lhe forem solicitadas;
8. Auxiliar as Nutricionistas responsáveis na elaboração das escalas de Serviço;
9. Controlar a distribuição de materiais utilizados;
10. Manter atualizado o impresso de controle de refeições
11. Realizar controle diário de faltas e substituições dos colaboradores do S.N.D.
12. Cumprir ordens, instruções de serviço e o Regulamento do SND e da Instituição.

**PRODUÇÃO**

O Serviço de Nutrição realizará a produção e a distribuição de todos os alimentos da Hemorrede Pública de Goiás, empenhando-se muito para fazê-lo com qualidade. Terá a finalidades de planejar, receber, armazenar e distribuir as refeições conforme as normas da vigilância sanitária. Funcionará diariamente sobre a supervisão de uma nutricionista que será responsável pelo planejamento e organização do setor. Essa área produzirá refeições com dietas especializadas e de acordo com a prescrição dietoterápica. O sistema de distribuição de refeições será centralizado sendo as mesmas porcionadas e acondicionadas dentro da cozinha. A produção das dietas seguirá alguns critérios, tais como:

- As refeições serão confeccionadas conforme as Normas Higiênico-sanitárias dos Alimentos para garantir o fornecimento de refeições seguras sob o ponto de vista higiênico sanitário por meio de rotinas de trabalho dentro da produção através de:
  - Controle a higiene pessoal dos colaboradores;
  - Avaliação da qualidade do produto e do fornecedor;
  - Supervisão das dietas produzidas;
  - Controle da higiene de utensílios, equipamentos e local de trabalho;
  - Controle contínuo do combate as pragas;
  - Controle ao acesso de visitantes e pessoal externo à área de produção de alimentos.
- As dietas especiais serão confeccionadas individualmente, e a sua composição será determinada pela Nutricionista Assistencial.

#### FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE ALIMENTOS



##### 1. Recepção de Gêneros:

- O Recebimento tem por finalidade efetuar o recebimento de todos os gêneros alimentícios utilizados no SND. Durante todo o processo de recebimento será realizado controle de quantidade e qualidade, conforme legislações vigentes constantes das Portarias: 1.428 de 26/11/1993 - MS/CVS; 06/99 de 10/03/99; 1.210 de 03/08/06.



- Os gêneros devem ser recebidos e conferidos, de acordo com as notas de entrega do fornecedor. As notas devem ser assinadas e datadas pelo colaborador conferencista. Este processo deve ser supervisionado pela Nutricionista;
- Devem ser substituídos pelo fornecedor os gêneros que não atendam às especificações, que estejam com prazo de validade vencida, com embalagem danificada ou que apresentem características físicas inadequadas;
- Eventuais alterações na notas de entrega ou no cronograma de abastecimento devem ser comunicadas imediatamente à Nutricionista;
- Os gêneros recebidos devem ser higienizados, de acordo com os protocolos de boas práticas do S.N.D.;
- A área de recepção de gêneros deve permanecer limpa.

## 2. Armazenamento de Gêneros:

- O armazenamento dos produtos destinados à cozinha será dividido em duas áreas: Estocáveis e Perecíveis.
  - Os **estocáveis** são os alimentos de maior tempo de duração ou validade como cereais, temperos, enlatados, açúcar, farináceos, café, óleo comestível, etc., além de materiais de uso e reposição como descartáveis em geral, talheres, pratos, bandejas, recipientes diversos, e outros. Estes por não necessitam de temperaturas baixas para a sua conservação, serão armazenados na despensa.
  - Os **perecíveis** por contarem com menor tempo de duração, como ovos, legumes, frutas e verduras, serão estocados sob refrigeração, em câmara frigorífica, com a faixa de temperatura adequada para congelados, carnes, laticínios e vegetais.
- Os gêneros devem ser armazenados em locais apropriados, de acordo com os protocolos de boas práticas do serviço;
- Os gêneros devem ser organizados de forma a facilitar o fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);

- As caixas plásticas devem ser transportadas sobre carrinhos ou carregadas com as mãos;
- Os recipientes com tampas devem permanecer tampados;
- As portas das câmaras frigoríficas devem permanecer fechadas, permanecendo abertas o menor tempo possível;
- A área de armazenamento deve permanecer limpa;
- Os locais sem refrigeração, atenderão aos seguintes critérios:
  - Os empilhamentos de embalagens serão feitos de maneira segura e nos locais determinados, obedecendo a forma e as quantidades recomendadas;
  - Será evitado guarda de cargas em áreas de circulação, na proximidade da porta, quadros de energia elétrica, extintores e outros equipamentos.
  - Os colaboradores farão treinamentos sobre os procedimentos para emergências como o desligamento de chaves em quadros de energia elétrica, telefones de emergência, manuseio de extintores de incêndio e rotas de fuga seguindo as devidas sinalizações.
- Nas câmaras frigoríficas os colaboradores serão orientados quanto:
  - A importância de procurar acumular os alimentos na antecâmara para retirá-los depois, evitando maiores choques térmicos, caso seja necessário entrar e sair várias vezes da câmara.
  - Ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.) necessários - casaco térmico com capuz, luvas térmicas e botas.
  - A necessidade de diariamente, antes da primeira entrada em qualquer das câmaras, verificar o destravamento das portas pelo lado interno (em todas as câmaras).

### 3. Distribuição de Gêneros:

- A distribuição de gêneros deve obedecer ao fluxo: primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS);
- A distribuição de gêneros somente é feita mediante apresentação de requisição da Nutricionista;

- A distribuição de gêneros deve obedecer aos horários pré-estabelecidos pela Coordenação do S.N.D.;
- A substituição de gêneros só pode ser feita pela Nutricionista responsável, devendo a mesma ser comunicada pelo despenseiro sobre esta necessidade com a devida antecedência;
- A área de distribuição de gêneros deve permanecer limpa.

#### 4. Manipulação de alimentos:

- O manipulador de alimentos deve seguir as Normas de Conduta do Manipulador e dos protocolos de boas práticas do serviço;
- A distribuição de colaboradores por área de trabalho deve obedecer à escala de serviço e atender às necessidades e conveniência do Serviço.
- Cada etapa da Manipulação de Alimentos é executada pelos manipuladores (Cozinheiro, Copeiro e Auxiliar de Cozinha) treinados para a execução da mesma.

#### Pré – Preparo:

- Esta etapa dos procedimentos incluirá as seguintes tarefas:
  - Transporte dos alimentos de suas áreas de estoque;
  - Retirada de embalagens;
  - Cortes;
  - Seleção (grãos, folhas e outros);
  - Retirada de cascas ou sementes;
  - Lavagem.
- A área de pré-preparo, os utensílios e gêneros alimentícios que serão utilizados durante este processo deverão ser previamente higienizados;
- As operações de pré-preparo devem obedecer às orientações feitas pela Nutricionista responsável;
  - Qualquer alteração verificada na quantidade/qualidade dos gêneros o cozinheiro deve comunicar à Nutricionista;
  - Os dejetos acumulados durante o pré-preparo devem ser colocados pelo cozinheiro nos depósitos apropriados;

- Após o pré-preparo deve ser higienizados os utensílios e as áreas utilizadas.

**Preparo:**

- A operação de preparo dos alimentos deve obedecer às orientações, feitas pela Nutricionista responsável, para cada tipo de preparação;
- A área e os utensílios destinados à operação de preparo dos alimentos devem ser previamente higienizados;
- Os equipamentos elétricos devem ser manipulados obedecendo às Normas de Segurança. Após sua utilização devem ser imediatamente desligados. Somente depois de certificar-se de que os equipamentos estão desligados pode ser iniciada a higienização dos mesmos;
- O processo de higienização dos equipamentos utilizados durante o preparo é de responsabilidade do colaborador que o manipulou;
- Os cozinheiros devem zelar pela manutenção dos equipamentos destinados ao processo de cocção dos alimentos. Os mesmos são responsáveis pela higienização, pelo desligamento dos equipamentos elétricos e pelo fechamento dos botões dos equipamentos a gás.
- Sistema centralizado, preparado na cozinha dietética, porcionado em embalagens aluminizadas com tampa;
- A embalagem para sobremesa será devidamente fechada com tampa no caso de doces, e quando fruta embalada em sacos plásticos limpos e atóxicos;
- Os talheres de mesa serão acompanhados de guardanapo e embalados em sacos plásticos;
- As embalagens destinadas às dietas deverão estar devidamente identificadas com nome do paciente, leite, dieta, data e horário;
- Será fornecido copo descartável com ou sem tampa, de acordo com a necessidade dos pacientes.

**5. Distribuições de Refeições – Sistema Centralizado:**

- As refeições são distribuídas em horários pré-determinados pelo SMD;

- Durante o processo de distribuição de refeições os colaboradores devem seguir as normas de conduta e dos protocolos de Boas Práticas/SND;
- A execução das tarefas deve obedecer à Escala de Serviço do S. N. D.
- O porcionamento das preparações deve obedecer aos per capita pré-estabelecidos pelo Serviço.
- A distribuição de refeições para pacientes deve obedecer à contagem prévia diária feita pelas Nutricionistas e transcritos para o impresso controle de dietas;
- As auxiliares dietéticas são responsáveis pela execução das dietas de rotina;
- As copeiras são responsáveis pela execução das dietas livres e das refeições para os acompanhantes;
- O fornecimento de refeições para colaboradores fora da escala (troca de plantão, dobra ou hora extra deve ser atendido mediante solicitação por escrita da Coordenação/Supervisão/Plantonista do Serviço solicitante, enviada ao SND até 11 horas;
- A distribuição de refeições no refeitório é feita nos horários pré-estabelecidos e divulgados pelo S. N. D;
- As dietas serão transportadas em recipientes fechados apropriados, para distribuição em carros de transporte fechados apropriados de maneira que garanta a chegada das mesmas em temperaturas adequadas;
- A distribuição de refeições no refeitório deve obedecer à organização da fila;
- Após as refeições, os usuários devem entregar suas respectivas bandejas no guichê próprio.

#### **ATENDIMENTO CLÍNICO NUTRICIONAL DA HEORREDE PÚBLICA DE GOIÁS**

A Nutrição Clínica Assistencial faz parte da equipe interdisciplinar de assistência integral ao paciente. Na assistência nutricional ao paciente internado e no ambulatório a dinâmica dos profissionais obedecerá a Resolução CFN nº 380/2005 que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação.

Na Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN), será conforme previsto na legislação (RDC 63, de 06/07/2000, ANVISA/MS).

Assim os nutricionista clínico do SND da Hemorrede Pública de Goiás deverão atuar como membros da equipe assistencial para:



- Realizar avaliação e reavaliação nutricional do paciente, conforme níveis de assistência;
- Formular a nutrição adequada estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação;
- Realizar avaliação periódica do controle de qualidade das técnicas de terapia nutricional e dos resultados obtidos no tratamento dos pacientes;
- Realizar atendimento a pacientes ambulatoriais que necessitem de cuidados dietoterápicos;
- Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição prescrita para o período após a alta hospitalar.

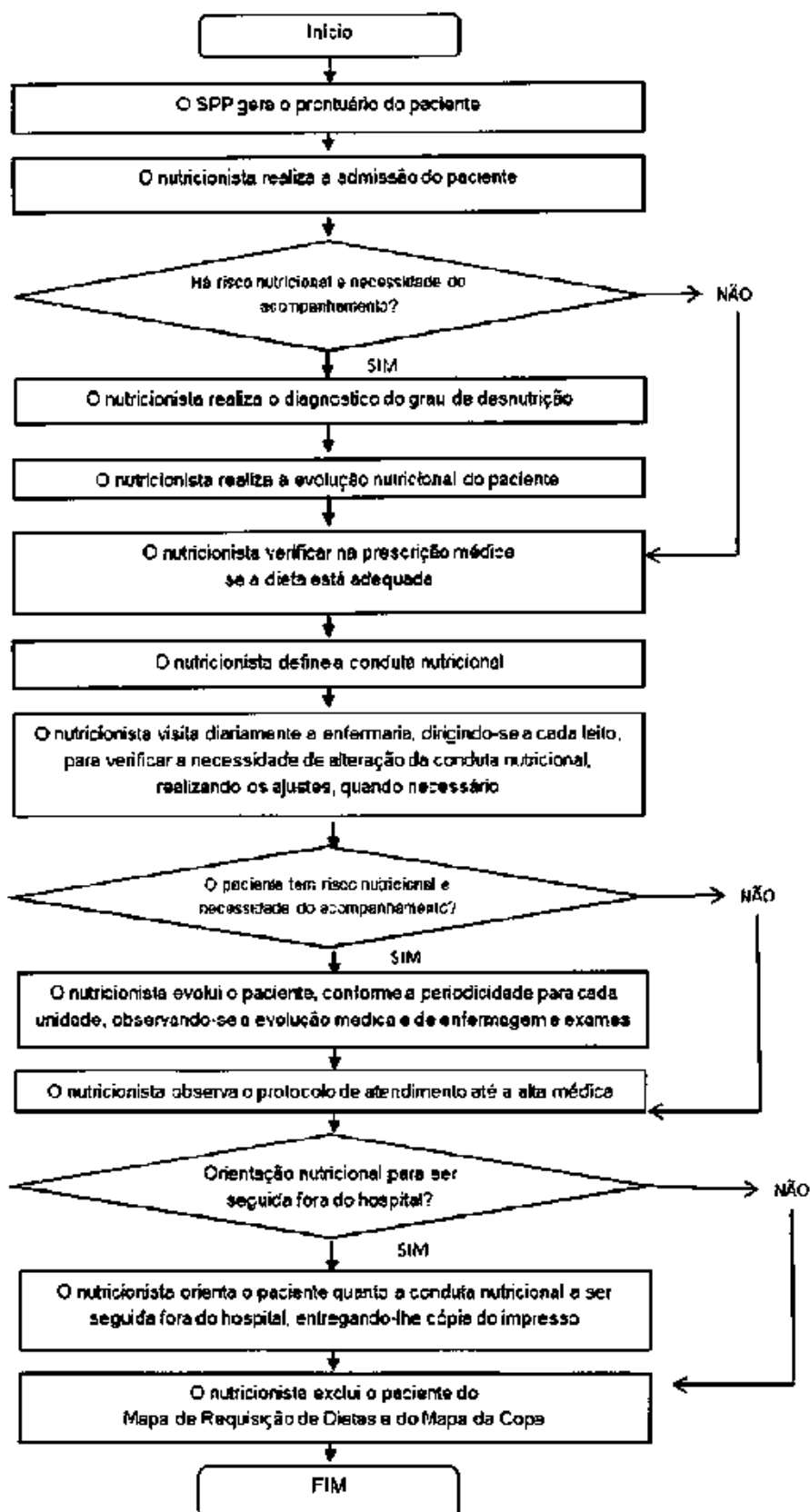
Os nutricionistas assistenciais serão responsáveis pelo acompanhamento nutricional dos pacientes internados e ambulatorial onde será feita a triagem para identificação do status nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional, estratificando os pacientes em três grupos de cuidados primário, secundário e terciário a fim de prestar a assistência.

Níveis de assistência em nutrição:

NÍVEL	CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES	CONDUZA
PRIMÁRIO	Pacientes, cuja patologia de base ou problema apresentado não exija cuidados dietoterápicos específicos e que não apresentem fatores de risco nutricional.	Avaliação nutricional inicial Monitorização 1 x / semana
SECUNDÁRIO	Pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado não exija cuidados dietoterápicos específicos, porém apresentem fatores de risco nutricional associados como por exemplo: anorexia, ingestão alimentar inadequada, náusea alimentar emético e vômito.  Pacientes cuja patologia de base exige cuidados dietoterápicos e que não apresentem fatores de risco nutricional associado.	Avaliação nutricional inicial Monitorização 2 x / semana
TERCIÁRIO	Pacientes cuja patologia de base exige cuidados dietoterápicos especializados e que apresentem fatores de risco nutricional.	Avaliação nutricional inicial Monitorização diária

**FLUXO DO ATENDIMENTO CLÍNICO NUTRICIONAL**

  
378  




*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*



São Normas administrativas do SND:

1. Os colaboradores deverão comparecer ao local de trabalho devidamente uniformizados;
2. Os colaboradores deverão se apresentar ao serviço no horário pré-estabelecido, havendo tolerância de 15 minutos;
3. É proibido o uso do uniforme nas dependências externas da instituição;
4. É proibida a entrada e circulação de pessoas estranhas ao serviço sem autorização prévia da coordenação do SND;
5. Os objetos de uso pessoal, bem como as vestimentas dos colaboradores devem ser guardadas nos armários destinados a este fim;
6. É terminantemente proibida a entrada de colaboradores nas dependências da despensa e câmaras sem autorização da Nutricionista responsável. Os colaboradores da área devem entrar nas câmaras o menor número de vezes possível, obedecendo ao horário de atividades;
7. É obrigatória a higienização imediata de equipamentos e utensílios utilizados nas operações de preparo dos alimentos. O responsável por este procedimento é o colaborador que o manipulou. Após utilização e higienização, os equipamentos elétricos devem ser desligados;
8. É proibido fazer as refeições fora do refeitório;
9. É proibido a todo e qualquer colaborador recolher sobras e/ou restos de alimentos para qualquer finalidade;
10. É proibido ausentar-se do Serviço portando sacolas e/ou pacotes, sem a devida autorização;
11. É proibido fumar nas dependências do SND;
12. É proibido trocar plantões sem a autorização por escrito da Coordenação do S.N.D.;
13. As faltas ao Serviço devem ser comunicadas à Coordenação do S.N.D. para as devidas providências.
14. A equipe de Nutricionistas plantonista do S.N.D. trabalha em regime de plantão matutino e vespertino de 06 horas cada, sendo obrigatório a presença permanente na Instituição, de onde não podem se afastar para atividades externas, alheias ao plantão;

15. As equipes de Copeiros, Cozinheiros, Auxiliar de Cozinha trabalham em regime de plantão de 06:00 horas (matutino ou vespertino), com presença permanente na Instituição, de onde não poderão se afastar para atividades externas, alheias ao plantão.

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

381  
CB  
[Handwritten signature]

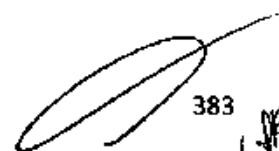


<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b> <b>Procedimento</b> <b>Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Nutrição
		POP: (SND + nº de ordem)
		Elaborado em: / /
<b>SETOR:</b>		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<b>LOCAL DE EXECUÇÃO:</b>		
<b>EXECUTANTE:</b>		
<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>		
<b>MATERIAL NECESSÁRIO:</b>		
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:</b>		
<b>CUIDADOS ESPECIAIS:</b>		
<b>AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:</b>		

5.3.3 - SERVIÇO DE PSICOLOGIA ✓

O humanismo não é focalizado apenas em uma tendência literária, mas numa direção e visão de vida, caracterizado pelo interesse que se conferiu ao elemento humano como objeto de observação e como fundamento de ação. No campo da saúde, o crescente aprimoramento tecnológico, tanto em relação a equipamentos e medicamentos, quanto a técnicas de intervenção, leva a um distanciamento daquilo que é mais humano: a expressão da singularidade e subjetividade. Nesse sentido, surge a Política Nacional de Humanização (PNH-MS) ressaltando ainda que a humanização supõe troca de saberes, incluindo os dos usuários e de sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. O psicólogo surge então como o profissional que propõe um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais, específica da Psicologia à promoção e manutenção da saúde; à prevenção e ao tratamento das doenças; a identificação da etiologia e ao diagnóstico relacionado à saúde; à doença e as disfunções relacionadas, e a análise do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde.

O psicólogo hospitalar é um dos profissionais mais recentemente incorporados à equipe de saúde. No entanto, assistimos ao rápido avanço desta especialidade que vem responder a uma demanda cada vez maior de reflexão e questionamento diante de momentos críticos na vida do ser humano. Exatamente por responder a esta demanda, o psicólogo foi inserido em equipes de saúde. Convém ressaltar que o psicólogo não é o responsável direto e único pela Humanização, até porque ela é uma postura ética, de comportamento e, sendo assim, depende de todos. Mas, por ser o profissional com formação específica para atenção à subjetividade, pode, justamente, viabilizar atendimentos individuais com os pacientes e/ou familiares e promover, junto à equipe, espaço para discussão/reflexão sobre o tema

Assim, o Serviço de Psicologia da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás**, será o porta-voz das necessidades e desejos do paciente/família para a equipe de saúde, facilitando a comunicação entre as partes envolvidas no processo. Dessa forma, sua atuação minimiza os efeitos psicológicos, pois o foco do atendimento no hospital é o processo de adoecimento e tudo o que o mesmo implica. A assistência psicológica será oferecida a pacientes pediátricos e seus responsáveis, em horário administrativo, internados em atendimento na urgência/emergência, nas unidades

  
383  
  


de internação leito/dia ou pacientes egressos e referenciados pelo Complexo Regulador Estadual/Municipal.

**Objetivo do Serviço de Psicologia:**

1. Prestar assistência psicológica aos pacientes da Hemorrede Pública de Goiás, abordando especificamente as questões emocionais ligadas ao processo de internação leito/dia, bem como aquelas ligadas à doença e ao adoecer. Para tanto, lançamos mão de modalidades que vão desde o atendimento individual do paciente no leito, até atendimento familiar do mesmo, bem como atendimentos em grupo, além de assessoria a equipe multiprofissional da instituição, quando necessário.
2. Prestar assistência psicológica em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Atuando de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com produtividade na promoção da saúde baseada nas melhores evidências científicas, além de apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

**Competências do Serviço:**

1. Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano;
2. Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
3. Contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

4. Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde.

**Composição da Equipe:** ✓

A equipe do Serviço de Psicologia será composta por:

- Psicólogo Coordenador;
- Psicólogo Assistencial;
- Auxiliar Administrativo.

**Atribuições da Equipe:**

**Atribuições do Psicólogo Coordenador:**

1. Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço de Psicologia;
2. Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço de Psicologia, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
3. Representar o Serviço de Psicologia junto aos órgãos competentes;
4. Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
5. Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;
6. Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço de Psicologia;
7. Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
8. Cumprir e fazer cumprir as ordens de serviços, portarias e regimento da instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;

9. Estimular as atividades de pesquisa no campo da Psicologia;
10. Garantir que o trabalho do Serviço de Psicologia se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
11. Facilitar a participação da equipe do Serviço de Psicologia em atividades de cunho técnico-científico, visando o aprimoramento profissional;
12. Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;
13. Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Psicólogo:

Lei nº 4.119 de 1962, que regulamenta a profissão de Psicólogo;

RESOLUÇÃO CFP Nº 010/05 que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

#### **Atribuições do Psicólogo Assistencial:**

1. Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente;
2. Elaborar criticamente o diagnóstico, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na sua atuação profissional;
3. Contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
4. Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
5. Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
6. Emitir relatórios das atividades até o 5º dia útil de cada mês, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino /pesquisa);
7. Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

8. Humanizar todos os atos dos profissionais nos contatos com os pacientes e seus familiares;
9. Manter os registros atualizados sobre os pacientes atendidos;
10. Elaboração de relatório das atividades mensais referentes ao serviço de psicologia;
11. Encaminhamento de pacientes para o acompanhamento psicológico após alta;
12. Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional.

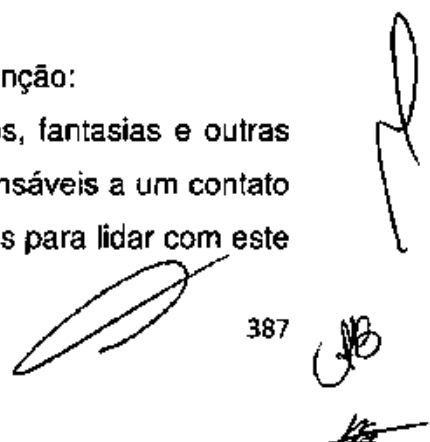
**Atribuições do Auxiliar Administrativo:**

1. Recepcionar as pessoas que procurem a Coordenação do Serviço de Psicologia, estabelecendo os contatos necessários para o seu atendimento;
  2. Atender telefone, receber e transmitir recados e dar informações em relação ao serviço;
  3. Executar as tarefas que lhe forem atribuídas pela coordenação do serviço;
  4. Examinar e providenciar o atendimento dos pedidos de material do consumo mantendo atualizada a previsão de estoque;
  5. Receber, registrar e enviar correspondências;
  6. Mensurar dados estatísticos mensais das atividades do Serviço de Psicologia, registrando-os em impresso próprio, mantendo-os atualizados;
  7. Digitar e encaminhar mensagens, comunicações, solicitações e outros, às unidades da instituição e externas quando solicitadas pelo Psicólogo;
- Sugerir métodos e processos de trabalho para melhor execução dos serviços administrativos.

**Atividades do Serviço:**

O psicólogo em serviços de saúde atuará em três níveis de atenção:

1. Psicoterapêutico: busca expressão e elaboração de medos, fantasias e outras emoções e sentimentos que podem levar o paciente/responsáveis a um contato mais profundo consigo mesmo e com seu recursos positivos para lidar com este





momento de crise. Oferecerá suporte psicológico frente às situações mobilizadoras:

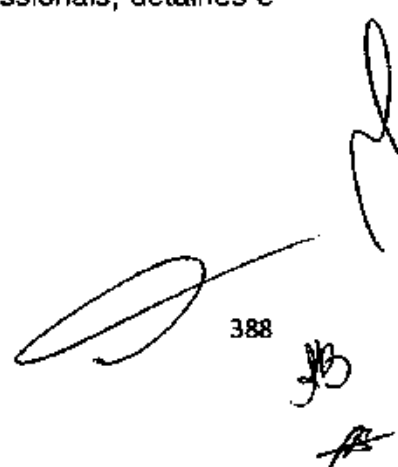
- o Paciente/responsável em sofrimento psíquico desencadeado pela doença ou hospitalização (apático, dificuldade para interagir com a equipe e/ou familiar, choroso, poli queixoso, agressivo, pouco colaborativo com o tratamento, entre outros);
- o Paciente/familiar que apresente sintoma somático em função de algum sofrimento psíquico (distúrbio neurovegetativo, crise de histeria);
- o Acompanhar as alterações comportamentais e afetivas dos pacientes/responsáveis e familiares (agressividade, labilidade afetiva, entre outros);
- o Pacientes com história de transtorno psiquiátrico;
- o Pacientes usuários de drogas;

2. Psicofilático: prepara o paciente para procedimentos.

- o Verificação da percepção do paciente/familiar acerca dos procedimentos e intervenções utilizados.
- o Facilitar as adaptações frente às mudanças e limitações impostas pela doença, e pelo tratamento.
- o Avaliar a possibilidade de um surto psicótico (agitação psicomotora; desorientação alopsíquica –quem é, onde está, o que faz; alteração da senso percepção – ideias deliróides, alucinação, ente outros).
- o Favorecer o relacionamento de confiança entre o paciente, o familiar e a equipe.
- o Encaminhamento de pacientes e/ou familiares para unidades de referência do Estado/Município.

3. Psicopedagógico: ajuda a esclarecer, junto com outros profissionais, detalhes e explicações sobre a doença/tratamento.

**Unidade de Internação Leito/dia:**

  
388  
JB  
R

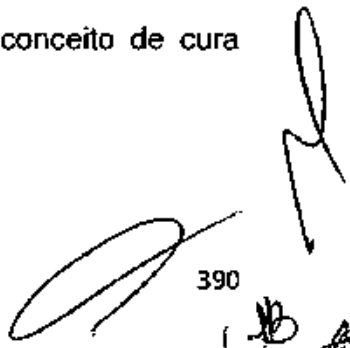

Nesta unidade assistencial, o psicólogo deverá atuar exercendo as seguintes funções:

- Realizar Visita Psicológica: Os pacientes da enfermaria leito/dia serão atendidos pelo Serviço de Psicologia, como interconsulta, quando solicitado pela equipe ou visitados no leito com o objetivo de avaliar/triar transtornos mentais de ajustamento ou de comportamento. Nessa etapa, paciente e acompanhante serão avaliados e receberão atenção psicológica observando os seguintes critérios:
  - o Primeira internação;
  - o Histórico de regresso para internações;
  - o Gravidade da patologia;
  - o Queixa do paciente/ família frente às rotinas procedimentos hospitalares e internação leito/dia;
  - o Adaptação à doença;
  - o Recursos de enfrentamento.
- Realização de Avaliação Psicológica: Essa é uma fase de ampliação da visita psicológica com os pacientes que apresentaram distúrbios durante a triagem, e é quando o psicólogo deve observar as seguintes questões:
  - o Possíveis alterações cognitivo/comportamentais frente à doença, principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico, entre outros;
  - o Avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico;
  - o Identificar e intervir em caso de ansiedade, depressão e avaliação do estado de saúde geral do paciente;
  - o A autonomia e a participação efetiva do paciente/responsável nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.
- Atuação junto à equipe de saúde:
  - o Orientar nas condutas mais adequadas relativas aos aspectos psicológicos dos pacientes e seus familiares;
  - o Estimular e ajudar a comunicação entre paciente/família/ equipe;
  - o Auxiliar na identificação de sentimentos e comportamentos dos pacientes/responsáveis, visando despertar na equipe a atenção aos

conteúdos emocionais que os afetam e a sua família, através de informações compartilhadas após os atendimentos;

- o Estimular a constante reflexão sobre o cuidado humanizado.
- Atendimento Ambulatorial: O trabalho do psicólogo no ambulatório de uma unidade de saúde caracteriza-se pelos atendimentos a partir de demanda dos pacientes ou indicações de profissionais de saúde, como também por ações voltadas para programas de promoção e prevenção a saúde, visando apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização), que podem ser assim descritos:
  - o Programas de Promoção e Prevenção à Saúde: Realização de grupos com pacientes, famílias e comunidade em geral que abordem temas relacionados a fatores biopsicossociais envolvidos na etiologia, evolução e tratamento da doença cardiovascular tais como: manejo de estresse; fatores de personalidade; apoio social; vulnerabilidade psicossocial; etc.
  - o Avaliação Psicológica: identificar alterações cognitivo/comportamentais dos usuários e/ou responsáveis frente à doença principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico, entre outros; avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico; viabilizar diagnóstico diferencial; aplicação de instrumentos psicológicos para identificação de quadros de ansiedade, depressão e estado de saúde geral do paciente; estimular a autonomia e a participação efetiva do paciente/responsáveis nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.

O atendimento psicológico respeitará sempre a individualidade de cada doente/responsáveis e seus recursos para lidar com a situação de crise. Assim, resgatando o humano e integrando a humanização do atendimento à técnica científica, o psicólogo de unidade de saúde redimensionará o conceito de cura ampliando-o para todos os níveis do ser humano.

  
390  


O Serviço de Psicologia dará apoio aos pacientes e familiares em todos os momentos de sua permanência na instituição, inclusive acompanhando pacientes terminais e em cuidados paliativos;

Vale ressaltar que além desses aspectos relacionados ao aumento do controle por parte do paciente, cabe ao psicólogo a realização de uma avaliação psicológica que busque:

- Identificar alterações cognitivo/comportamentais frente à doença principalmente relacionadas à falta de compreensão do diagnóstico prognóstico e tratamento;
- Avaliar incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico;
- Viabilizar diagnóstico diferencial (quanto de emocional há junto com o quadro orgânico).
- Aplicação de instrumentos psicológicos para identificação de ansiedade, depressão e estado de saúde geral do paciente;
- Estimular a autonomia e a participação efetiva do paciente/responsáveis nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho.

#### **Normas Administrativas:**

- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado no Serviço de Psicologia, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado no Serviço de Psicologia, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal da instituição. A permuta na jornada diária de trabalho será permitida, apenas, mediante autorização prévia do Coordenador do Serviço;
- O Serviço de Psicologia atenderá a todos os usuários que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
- O Serviço de Psicologia procederá à entrevista inicial com pacientes e/ou familiares, responsável ou colateral, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço de Psicologia manterá contato com os pacientes sempre que se fizer necessário;

- O Serviço de Psicologia participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas gerais da instituição;
- O Serviço de Psicologia deverá promover pesquisas e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pela Instituição;
- O Serviço de Psicologia deverá manter-se informado e atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade;
- O Serviço de Psicologia deverá manter registro sistemático de suas atividades em Folha de Evolução do Serviço de Psicologia, devendo constar de:
  - o Avaliação e investigação junto aos pacientes e ou familiares para intervenção das questões emocionais;
  - o Investigação da compreensão e entendimento por parte dos pacientes e familiares das informações passadas pela equipe medica e de enfermagem;
  - o Dados psicológicos referentes ao pacientes que sejam pertinentes a equipe de saúde e que possam contribuir com o tratamento.

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais do Serviço de Psicologia para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

392



<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b> <b>Procedimento</b> <b>Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Serviço Psicologia
		POP: (PSICO + nº de ordem)
		Elaborado em: / /
<b>SETOR:</b>		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<b>LOCAL DE EXECUÇÃO:</b>		
<b>EXECUTANTE:</b>		
<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>		
<b>MATERIAL NECESSÁRIO:</b>		
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:</b>		
<b>CUIDADOS ESPECIAIS:</b>		
<b>AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:</b>		
<b>Elaborado por (nome/função):</b>	<b>Revisado por (nome/função):</b>	<b>Aprovado por (nome/função):</b>

#### **5.4 – Administração Geral / Organograma com definição das competências de cada membro do Corpo Diretivo.**

**Diretor Geral** – Escolaridade: Nível Superior.

Competências pessoais: Espírito de liderança; Ser visionário; Possuir capacidade de negociação, argumento e convencimento; Ter visão estratégica, rapidez nas decisões, empreendedorismo. Capacidade para administração de conflitos e criatividade.

**Diretor Técnico** – Este deverá ser indicado pelo Parceiro Público (Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO), deve pertencer ao corpo de servidores efetivos da SES/GO. Sua escolaridade deverá ser formação no curso de medicina e possuir conhecimento amplo na área de hematologia e hemoterapia.

**Diretor Administrativo / Financeiro** – Escolaridade: Nível Superior

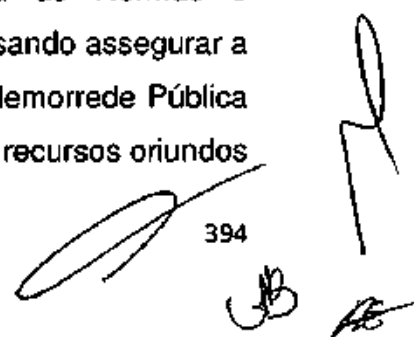
Competências pessoais: Espírito de liderança; Ser visionário; Possuir capacidade de negociação, argumento e convencimento; Ter visão estratégica, rapidez nas decisões, empreendedorismo. Capacidade para administração de conflitos e criatividade.

**Diretor Assistencial / Coordenador de Enfermagem** – Escolaridade: Nível Superior em Enfermagem.

Competências pessoais: Espírito de liderança; Ser visionário; Possuir capacidade de negociação, argumento e convencimento; Ter visão estratégica, rapidez nas decisões, empreendedorismo. Capacidade para administração de conflitos e criatividade.

#### **5.5- Aquisição de Materiais**

Toda aquisição de materiais de consumo, de bens, obras e de serviços na Hemorrede Pública de Goiás obedecerá aos princípios básicos de impessoalidade, moralidade, economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequação às finalidades dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão da Unidade. O Setor de Compras estabelecerá as Normas e Procedimentos para a aquisição qualificada de bens e serviços visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades da Hemorrede Pública de Goiás no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos oriundos



do Contrato de Gestão e próprios, respeitando as diretrizes da administração pública. Estas normas primam pela agilidade na gerência destes recursos materiais, recurso fundamental para a melhor atenção ao usuário com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida.

O modelo a ser adotado buscará a modernidade, a eficiência e a redução dos custos, conforme as necessidades programadas, obedecendo a critérios para a contratação de pessoal e aquisição de medicamentos e insumos de saúde que serão acompanhados pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás que irá regular fiscalizar e controlar a atividade assumida pelo Instituto de Gestão e Humanização – IGH.

**Diretrizes do Processo de Compras:**

1. As compras programadas são realizadas pelo setor de compras da Unidade;
2. As solicitações de medicamentos não padronizados são efetuadas com a prévia autorização do Diretor Geral da Unidade;
3. Todas as solicitações de compras para aquisição de produtos que não se enquadrem como estoque, são autorizadas pelos responsáveis do respectivo setor antes de serem encaminhadas ao setor de Compras;
4. Toda e qualquer compra de Bem Patrimonial, independente do seu valor unitário, é autorizada pela Direção Geral da Unidade, em conformidade com a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

**Qualificação de fornecedores:**

A qualificação dos fornecedores e a execução do procedimento de compras será de responsabilidade do setor de compras, subordinado à Diretoria de Administração e Finanças da Unidade e a coordenação administrativa.

**Qualificação de fornecedores de produtos e insumos:**

A Hemorrede Pública de Goiás somente realizará compras de produtos e insumos em geral de empresas previamente cadastradas no sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, salvo as exceções previstas neste regulamento. Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer



produtos e insumos para a Unidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

1. Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
2. Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
3. Registro na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária para empresas fornecedoras de medicamentos e OPM;
4. 3 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus produtos;
5. Comprovação de que não possui pendências quanto à entrega de produtos e insumos, por meio da apresentação de certidão “nada consta” expedida pelo almoxarifado e pela farmácia da Unidade.
6. Após a apresentação dos documentos previstos no item acima, o fornecedor será cadastrado no sistema informatizado de gestão de Serviços de Saúde integrado e estará apto a participar dos processos de aquisição de produtos e insumos.

**Qualificação de fornecedores serviços em geral e obras construção civil:**

Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer serviços em geral e de obras de construção civil para a Unidade, deverão ser exigidos os seguintes documentos:

1. Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
2. Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
3. Comprovante de qualificação do responsável técnico perante o respectivo órgão profissional competente, bem como o comprovante de quitação da anuidade em vigor;
4. 3 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus serviços.

*Observação:* O cadastramento de empresas como fornecedoras de serviços em geral e obras de construção civil poderá se dar previamente, ou durante o processo de seleção e contratação dos respectivos serviços.

## **PROCEDIMENTO DE AQUISIÇÃO DE PRODUTOS OU INSUMOS**

### **Procedimento ordinário de aquisição:**

- As compras de produtos ou insumos utilizados na Hemorrede Pública de Goiás serão realizadas, em regra, mensalmente para o atendimento de uma demanda estimada de 30 (trinta) dias. Poderá haver variações nesse prazo a depender da demanda dos serviços prestados e dos níveis de estoque de cada produto;
- Após a identificação da necessidade de aquisição de determinado(s) produto(s) pelo sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, ou pelo respectivo centro de custo, o setor de Compras preparará uma lista dos produtos e insumos que se pretende adquirir, contendo as suas especificações, as quantidades desejadas, bem como o respectivo código do produto.
- A lista de produtos referida acima, deverá ser enviada por meio físico, digital (e-mail) ou por fac-símile, para pelo menos 3 (três) fornecedores previamente cadastrados, com a indicação de data e hora para que as propostas de preço, prazo de pagamento e entrega, sejam apresentadas à Unidade.
- Até a data e hora previamente designadas, os fornecedores deverão entregar por meio físico, digital (e-mail) ou por fac-símile, suas propostas, contendo os preços, prazos de pagamento e entrega, devendo obrigatoriamente constar ao lado de cada produto o respectivo código previamente informado pela Unidade.
- Recebidas as propostas de preços de cada fornecedor, os preços, prazos de entrega e de pagamento serão lançados no Sistema Informatizado de Gestão de Serviços de Saúde, que automaticamente designará qual o fornecedor que apresentou o melhor preço por cada item.
- Em caso de empate de preços por item, o responsável pela análise das propostas utilizará os seguintes critérios de desempate:
  1. Prazo de pagamento mais longo;
  2. Prazo de entrega mais curto.

- Se o nível de estoque de cada produto estiver abaixo do desejável, o critério de desempate poderá ser invertido para dar prioridade ao prazo de entrega mais curto.
- O fornecedor que apresentou o melhor preço para determinado item só não será declarado vencedor da tomada de preços, caso o produto por ele apresentado não seja considerado tecnicamente adequado para utilização pela Unidade, fato que deverá ser justificado por parecer técnico firmado pelo setor responsável pela sua utilização e aprovado pela Diretoria Geral.
- Resolvidos os empates e demais questões que envolvam a análise de preços, o sistema informatizado de gestão Hospitalar integrado, gera as respectivas "Ordens de Compras" para os fornecedores que tiverem apresentado a melhor proposta em cada item. Em seguida, uma via da Ordem de Compra é enviada ao fornecedor e outra via é enviada para o Almoxarifado ou Farmácia, conforme a natureza do produto adquirido. Estes setores deverão acompanhar a entrega dos produtos e gerar relatórios de atrasos e não atendimento, caso os respectivos fornecedores deixem de atender ao prazo de entrega previamente estabelecido nas propostas.
- Após o recebimento dos produtos pelo Almoxarifado e/ou Farmácia da Unidade e devidamente conferidas as suas características e atestada a sua conformidade com o pedido, as notas fiscais serão enviadas ao setor Financeiro para programar o pagamento.

**Procedimento excepcional de aquisições:**

- Excepcionalmente, em casos de justificada urgência, nas hipóteses em que tecnicamente não se justifique a competição, na hipótese de comprovadamente não haver mais de um interessado no fornecimento do produto ou serviço, ou para produtos de valor inferior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), o setor de Compras poderá dispensar o procedimento ordinário previsto acima.
- Para a realização de compras em caráter de urgência, devidamente justificado, e para as compras com valor global inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), o setor de Compras poderá adotar procedimento simples de aquisição direta de fornecedores já cadastrados na Unidade.

- Nas hipóteses de aquisição de produtos ou insumos que sejam fornecidos por um só fornecedor, ou cujas especificações técnicas indiquem a conveniência da aquisição direta de determinada empresa, o processo de compra deverá ser instruído com cópia de parecer técnico e autorização expressa do Diretor Geral e do gestor da respectiva área que se pretende atender, e a aquisição poderá se dar por negociação direta com o respectivo fornecedor.

**Procedimento para a contratação serviços em geral e obras construção civil de menor complexidade:**

Sempre que possível, a contratação de obras e serviços em geral deverá ser realizada com fornecedores previamente cadastrados na Unidade.

- A HEMORREDE PÚBLICA DE GOIÁS poderá, a seu critério, formar equipes técnicas de colaboradores, colaboradores lotados na Unidade, ou por meio da contratação de mão-de-obra temporária, para executar diretamente os serviços de manutenção e reparos, tanto predial como de equipamentos. Nessa hipótese, os serviços serão realizados diretamente pela equipe formada para tal finalidade sob a supervisão e controle dos responsáveis pela gestão de manutenção e obras da própria unidade.
- Caso seja identificada a necessidade de realização de determinado serviço de manutenção, predial ou de equipamentos, ou de obras de construção civil que não possam ser atendidos pela equipe própria da unidade, o setor competente enviará solicitação ao gestor de manutenção responsável que iniciará o procedimento de contratação de empresa terceirizada para a realização do serviço.
- Para a contratação de serviços ou de obras, o gestor de manutenção deverá solicitar proposta prévia de, no mínimo, 3 (três) empresas especializadas na execução do respectivo serviço ou obra.
- As propostas deverão conter o escopo dos serviços a serem realizados, o prazo de execução, o valor e a forma de pagamento. A proposta vencedora será aquela que apresentar o menor preço e que atenda as características dos serviços solicitados, incluindo o atendimento do prazo razoável para a execução dos serviços.

- Após a escolha da proposta mais vantajosa, o fornecedor será convocado para a assinatura do contrato e para iniciar os serviços contratados.
- A Unidade poderá contratar empresas para a prestação de serviços continuados, com prazo não superior a 1 (um) ano, caso tal modalidade de contratação seja indicada tecnicamente e se demonstre economicamente mais favorável.
- O procedimento previsto nas cláusulas anteriores poderá ser dispensado para a contratação de serviços e obras de valor global inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), ou para aqueles considerados emergenciais pelo gestor de manutenção responsável pela contratação. A dispensa deverá ser objeto de justificativa firmada pelo gestor de manutenção e pelo Diretor de Administração e Finanças da Unidade.
- Para as obras de construção civil, as empresas contratadas deverão apresentar prova de quitação das Contribuições Previdenciárias e dos depósitos de FGTS dos respectivos empregados destacados para a realização dos serviços contratados por ocasião dos pagamentos, sem o que poderá a Unidade não realizar os pagamentos enquanto não se apresentem os referidos documentos.

**Procedimento para contratação obras de construção civil de alta complexidade:**

- Considera-se obra de construção civil de alta complexidade aquelas cujo valor global supere R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).
- Para a contratação de obras de alta complexidade a Diretoria Geral da Unidade deverá primeiramente aprovar o projeto básico da obra que conterà os seguintes elementos:
  1. Elementos suficientemente claros para identificar a natureza e necessidade da realização da obra;
  2. Indicação do custo da obra e o destaque de recursos suficientes para a sua execução;
  3. Definição de prazo para conclusão da obra ou suas etapas, bem como um cronograma de desembolso financeiro por etapas; e
  4. Definição da forma de contratação, se por empreitada global ou por labor (contratação de mão-de-obra).

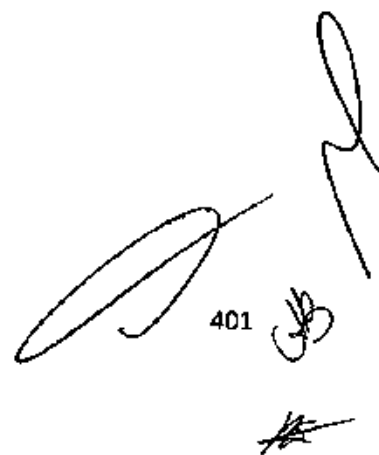
- Aprovado o projeto básico com as características acima indicadas, a Diretoria Geral autorizará o início da seleção de empresas para a realização dos serviços que se dará na forma de tomada de preços, onde se avaliará de forma criteriosa a qualificação técnica das empresas, em conjunto com as propostas financeiras, classificando-se a mais vantajosa para a Unidade como aquela que apresente o melhor custo orçado e atenda aos requisitos técnicos previamente definidos pela Diretoria.
- Para cada obra de alta complexidade deverão ser tomadas propostas de pelo menos 3 (três) empresas especializadas.
- Encerrada a fase de avaliação das propostas e declarada a vencedora, a empresa selecionada será chamada para firmar o contrato e iniciar a execução do objeto contratado.

**Padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares:**

Visando melhor adequação das necessidades técnicas, a relação completa de medicamentos e materiais médico hospitalar a ser padronizada na HEMORREDE PÚBLICA DE GOIÁS deverá ser elaborada no primeiro mês de contrato, pelo setor de compras em parceria com os coordenadores dos serviços assistenciais, entre eles a farmácia, enfermagem e corpo clínico.

O Setor de Compras deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

401



<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede</b>	Serviço/Setor: COMPRAS
	<b>Pública de Golás</b>	POP: (SG + nº de ordem)
	<b>Procedimento</b>	Elaborado em:     /     /
	<b>Operacional Padrão</b>	Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

Proposta Técnica para gerenciamento, operacionalização e  
execução das ações e serviços de saúde na

# Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás

VOL III

Fevereiro de 2018  
Instituto de Gestão e Humanização



## 5.6- SERVIÇO DE FARMÁCIA

Nas unidades de saúde modernas, podem ser encontrados equipamentos sofisticados e complexos procedimentos, sem contar os recursos de informática, que vêm conquistando cada vez mais espaço. Ao lado de toda essa tecnologia, o medicamento permanece como um dos insumos mais importantes, representando um poderoso instrumento capaz de curar, remediar e prevenir doenças. O medicamento, no entanto, não pode ser considerado sinônimo de saúde, pois sua efetividade só é garantida quando usado de forma racional. Para maximizar os benefícios e minimizar os riscos, é incontestável a necessidade de um profissional responsável por todo o ciclo do medicamento dentro de uma unidade de saúde, desde sua seleção, negociação com fornecedores, armazenamento, controles, até a dispensação e o uso pelo paciente. O reconhecimento da importância do uso racional do medicamento faz com que a farmácia hospitalar seja cada vez mais valorizada.

O Serviço de Farmácia da Hemorrede Pública de Goiás será responsável pelo planejamento, execução e/ou supervisão dos processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica, e ainda pelo armazenamento e estocagem de medicamentos e demais produtos farmacêuticos e demais insumos de saúde. Deverá assegurar ainda, um sistema de dispensação de medicamentos seguro e eficaz. As atividades desenvolvidas serão divididas entre os serviços de farmácia e almoxarifado, que funcionarão em regime de plantão de 12 horas por dia de segunda à sexta-feira.

### Objetivos do Serviço de Farmácia:

- Desenvolver a gestão, a distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde, a manipulação e a unitarização de medicamentos, bem como o cuidado ao paciente, a informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde e, inclusive, as atividades de ensino e pesquisa e educação continuada.
- Contribuir no processo de cuidado à saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de

medicamentos - incluindo os radio fármacos e os gases medicinais - e outros produtos para a saúde, nos planos assistencial, administrativo, tecnológico e científico.

**Competências do Serviço:**

1. Desenvolver a gestão, a distribuição e dispensação de medicamentos e produtos para a saúde;
2. Manipular medicamentos e soluções necessárias para a unitarização das dose;
3. Prestar informações e orientações a pacientes e demais profissionais da equipe multiprofissional sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde;
4. Desenvolver atividades de ensino, pesquisa e educação continuada específicas;
5. Desenvolver atividades visando racionalização dos custos e uso racional dos medicamentos;
6. Realizar a gestão dos estoques e logística farmacêutica, tendo o medicamento como insumo mais importante;
7. Representar o Serviço de Farmácia nas mais variadas comissões em serviços de saúde, sendo uma referência em tudo que cerca o medicamento.

**Composição da Equipe:** ✓

- Farmacêutico
- Auxiliar de Farmácia
- Auxiliar de Almoxarifado
- Auxiliar Administrativo

**Atribuições da Equipe:**

**Atribuições do Farmacêutico Coordenador:**

1. Cumprir e fazer cumprir a legislação pertinente à assistência farmacêutica nos aspectos físicos e estruturais, considerando o perfil e a complexidade da Hemorrede Pública de Goiás;
2. Prover e prever os meios necessários para o funcionamento da farmácia da unidade de saúde, relacionados ao ambiente e aos recursos humanos, em

conformidade com os parâmetros mínimos recomendáveis;

3. Implementar estruturas e procedimentos na organização e funcionamento da farmácia do serviço de saúde, visando a garantir o abastecimento e a qualidade dos produtos e serviços, utilizando-se de instrumentos de organização e métodos, tais como regulamento interno, organograma, manuais e protocolos de boas práticas;
4. Assumir a coordenação técnica nas ações relacionadas à padronização, programação, seleção e aquisição de medicamentos, insumos, matérias-primas, produtos para a saúde e saneantes, buscando a qualidade e a otimização da terapia medicamentosa;
5. Organizar, supervisionar e orientar tecnicamente, todos os setores que compõem a farmácia hospitalar de forma a assegurar o mínimo recomendável para o funcionamento harmonioso da unidade dentro da visão da integralidade do cuidado;
6. Incorporar sistemas informatizados para a gestão de estoques, desenvolvendo infraestrutura adequada à utilização de tecnologia da informação e de comunicação;
7. Manter membro permanente nas comissões multidisciplinares que estabelecem as normas e políticas de investigação científica da instituição;
8. Implantar Centro ou Serviço de Informação sobre Medicamentos;
9. Implantar ações de farmacovigilância para garantir o uso racional de medicamentos;
10. Instituir processos de avaliação de resultados, aplicando critérios e indicadores de qualidade, com foco em certificações de qualidade;
11. Estimular a implantação e o desenvolvimento da Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica;
12. Desenvolver práticas clínico-assistenciais que contribuam para a integralidade de cuidados;
13. Articular parcerias interinstitucionais, acadêmicas e comunitárias.
14. Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício dos profissionais de farmácia:
  - a. Lei nº 13.021 de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas;

  
405  




b. RESOLUÇÃO CFF nº 596 de 2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.

15. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

**Atribuições do Farmacêutico:**

1. Participar de processos de qualificação e monitorização da qualidade de fornecedores de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
2. Cumprir a legislação vigente relativa ao armazenamento, conservação, controle de estoque de medicamentos, produtos para a saúde, saneantes, insumos e matérias-primas, bem como as normas relacionadas com a distribuição e utilização dos mesmos;
3. Estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de transporte e dispensação dos medicamentos;
4. Participar das decisões relativas à terapia medicamentosa, tais como protocolos clínicos, protocolos de utilização de medicamentos e prescrições;
5. Executar as operações farmacotécnicas, entre as quais:
  - Manipulação de fórmulas magistrais e oficinais;
  - Preparo e diluição de germicidas;
  - Reconstituição de medicamentos, preparo de misturas intravenosas;
  - Fracionamento de medicamentos;
  - Produção de medicamentos;
  - Análises e controle de qualidade correspondente a cada operação farmacêutica realizada.
6. Elaborar manuais técnicos e formulários próprios;
7. Participar de Comissões Institucionais, tais como:
  - Comissão de Farmacoterapia;
  - Comissão e Serviço de Controle de infecção em serviços de saúde;
  - Comissão de Segurança do Paciente;
  - Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
  - Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente;

– Comissão de Humanização em Serviços de Saúde.

8. Desenvolver e participar de ações assistenciais multidisciplinares, dentro da visão da integralidade do cuidado, interagindo com as equipes de forma interdisciplinar;
9. Atuar junto à Central de Esterilização, na orientação de processos de desinfecção e esterilização de materiais;
10. Atuar junto ao setor de higiene hospitalar padronizando rotinas, orientando e capacitando pessoal para a utilização segura de saneantes e realização de limpeza e desinfecção de áreas;
11. Realizar ações de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância na unidade, notificando as suspeitas de reações adversas e queixas técnicas, às autoridades sanitárias competentes;
12. Promover ações de educação para o uso racional de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes, aos demais membros da equipe de saúde;
13. Exercer atividades de ensino, por meio de programas de treinamento e educação permanente, contribuindo para o desenvolvimento de recursos humanos;
14. Exercer atividades de pesquisa, participar nos estudos de ensaios clínicos, investigação científica, desenvolvimento de tecnologias farmacêuticas de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
15. Realizar estudos e monitorar a utilização de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
16. Desenvolver ações de gerenciamento de riscos hospitalares, como detecção de reações adversas a medicamentos; queixas técnicas; problemas com produtos para a saúde, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos;
17. Prevenir e/ou detectar erros no processo de utilização de medicamentos;
18. Zelar pelo adequado gerenciamento dos resíduos resultantes das atividades técnicas desenvolvidas no serviço, atendendo às normas sanitárias e de saúde ocupacional;
19. Realizar e manter registros das ações farmacêuticas, de acordo com a legislação vigente;
20. Orientar e acompanhar, diretamente os auxiliares de farmácia na realização de suas atividades, treinando-os e capacitando-os para tal;

21. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

**Atribuições do Auxiliar de Farmácia:**

1. Separar medicamentos e produtos afins, de acordo com a prescrição ou receita médica, sob orientação do profissional farmacêutico;
2. Receber, conferir, organizar e encaminhar medicamentos e produtos correlatos;
3. Preparação de medicamentos (fracionamento e diluição), sob a supervisão do farmacêutico;
4. Entregar medicamentos diariamente e produtos afins nas unidades de internação leito/dia;
5. Controlar estoques, separar requisições e receitas;
6. Providenciar, através de microcomputadores, a atualização de entradas e saída de medicamentos;
7. Fazer a transcrição em sistema informatizado da prescrição médica;
8. Organização dos medicamentos dentro da farmácia;
9. Conferência do estoque observando lote e data de validade;
10. Recebimento de novos medicamentos e etiquetagem dos mesmos;
11. Conferimento e registro de notas fiscais.
12. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

**Atribuições do Auxiliar de Almoxarifado:**

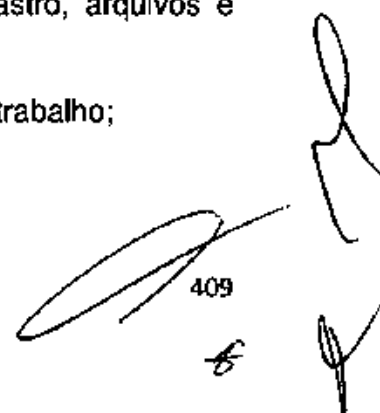
1. Verificar notas fiscais dos produtos e materiais, confrontando-as com os pedidos realizados;
2. Guardar todos os materiais no estoque;
3. Fazer lançamentos de entrada e saída de materiais;
4. Conferir prazos de entrega e quantidade de materiais pedidos;
5. Conferir a marca dos produtos, qualidade e prazos de vencimento dos materiais adquiridos;
6. Solicitar reposição de estoque de materiais;

7. Emitir notas fiscais de transferência de itens e devoluções;
8. Emitir requisição de compras;
9. Emitir documentos fiscais;
10. Armazenar todo e qualquer produto adquirido no estoque;
11. Supervisionar o almoxarifado, relatando as entradas e saídas de materiais que forem feitas;
12. Remanejar itens e materiais disponíveis no estoque;
13. Dimensionar as quantidades mínimas e máximas que podem conter no estoque;
14. Controlar os pedidos de compras de materiais;
15. Vistoriar produtos avariados;
16. Controlar emissão de notas manuais e termos de responsabilidades de materiais acautelados;
17. Identificar os produtos por etiquetas;
18. Organizar todos os materiais no estoque físico e prateleiras
19. Limpar o almoxarifado e equipamentos;
20. Controlar o acesso de pessoas no almoxarifado;
21. Realizar o inventário de materiais e equipamentos, cadastrando-os adequadamente;
22. Atualizar o patrimônio mensalmente.
23. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

**Atribuições do Auxiliar Administrativo:**

1. Auxiliar nos serviços de atendimento e recepção dos usuários do serviço;
2. Atender e direcionar ligações telefônicas;
3. Redigir expediente sumário, tais como cartas, ofícios e memorandos, de acordo com modelos e normas preestabelecidas;
4. Auxiliar nos serviços de organização e manutenção de cadastro, arquivos e outros instrumentos de controle administrativo;
5. Distribuir e encaminhar papéis e correspondências do setor de trabalho;
6. Executar atividades de auxílio e de apoio administrativo;

409  
8



7. Zelar pelos equipamentos sob sua guarda, comunicando a chefia imediata a necessidade de consertos e reparos;
8. Atender e encaminhar usuários do serviço que desejam falar com a coordenação do serviço.
9. Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

**Atividades do Serviço de Farmácia:**

As atividades do Serviço de Farmácia do **HURSO** serão desenvolvidas considerando os seguintes segmentos:

- 1 • Atividades Logísticas
- 2 • Atividades de Manipulação /Produção
- 3 • Atividades Focadas no Paciente
- 4 • Atividades Intersectoriais
- 5 • Atividades de Controle de Qualidade

**1. Atividades Logísticas:**

A logística farmacêutica é essencial para o perfeito funcionamento da unidade de saúde de modo a poder preservar a vida e/ou restaurar a saúde dos pacientes com ótima qualidade, custo baixo e retorno satisfatório para a instituição. Assim, O Serviço de Farmácia será responsável por todo o fluxo do medicamento da Hemorrede Pública de Goiás, englobando todas as atividades de planejamento, implementação e controle eficiente, do custo, fluxo e armazenagem de materiais



médico-hospitalares, medicamentos e outros materiais correlatos. Principais atividades logísticas:

### Dispensação

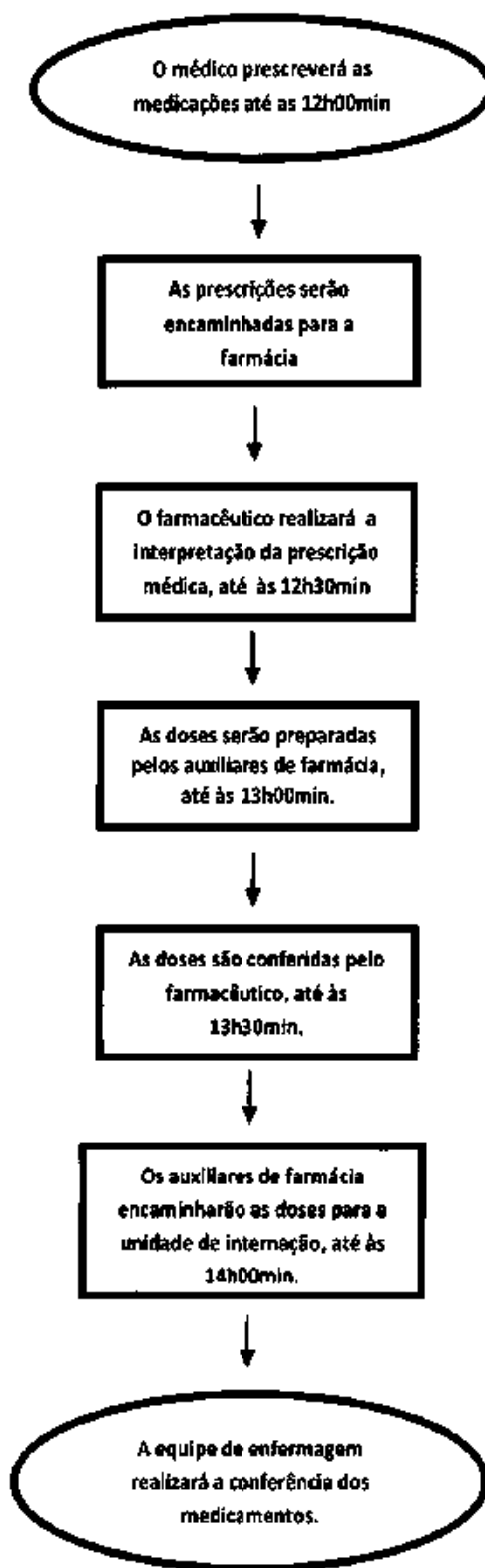
- A dispensação de medicamentos será a principal atividade logística da farmácia de unidade de saúde, sendo definida como o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, mediante prescrição médica;
- A dispensação deverá ser realizada nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido nos protocolos de boas práticas, promovendo o uso adequado e correto de medicamentos e correlatos;
- Os procedimentos serão realizados em fluxos organizacionais racionais, buscando minimizar a ocorrência de erros, definido em protocolos de boas práticas elaborados pelo serviço de farmácia;
- A dispensação deve garantir o processo "3C": fazer com que o medicamento certo chegue ao paciente certo, no momento certo.
- O sistema de dispensação de medicamentos será ~~através~~ de dose unitária, a ser organizado e implantado pelo serviço;
- Nas unidades de internação leito/dia, por este sistema, os medicamentos serão dispensados pelo Serviço de Farmácia ~~através~~ de cópia carbonada da prescrição original de cada paciente. Posteriormente, o Serviço de Farmácia dispensará todas as doses dos medicamentos para um período máximo de 12 horas;
- O Serviço de Farmácia dispensará os medicamentos, até às 14h00min;
- Diariamente, o farmacêutico deverá realizar rondas no setor de sua responsabilidade, orientando quanto ao uso das drogas e observando as condições de seu armazenamento;
- Os carros de emergência devem ter a lista básica dos medicamentos, materiais e equipamentos neles contidos e as quantidades mínimas necessárias para as 12 horas. A reposição dos medicamentos será realizada pelo Serviço de Farmácia mediante solicitação;
- Todas as prescrições médicas deverão ser interpretadas pelos farmacêuticos antes das doses serem preparadas pelos auxiliares de farmácia. Essas doses

são conferidas pelo farmacêutico antes de serem dispensadas para as unidades de internação leito/dia;

- No momento da entrega das doses dos medicamentos em cada unidade de internação, o pessoal de enfermagem fará a conferência dos medicamentos recebidos, colocados no box de cada paciente. Na mesma ocasião serão feitas as devoluções dos medicamentos não administrados nas 12 horas anteriores;
- O horário de entrega dos medicamentos deverá ser acordado entre o serviço de farmácia e enfermagem, preferencialmente, até as 14h00 horas;
- A avaliação do sistema de dispensação será efetuada através do acompanhamento dos seguintes indicadores: Custo mensal com medicamentos; Custo mensal com antibióticos; Custo mensal com antibióticos de uso restrito; Custo mensal com material médico-hospitalar; Número global de solicitações ao Serviço de Farmácia; Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período diurno..

412  
A q

## FLUXOGRAMA DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



### **Atividades de Manipulação Produção:**

- A manipulação de fármacos, por exigência ética e jurídica, deverá seguir os princípios das Boas Práticas de Manipulação em Farmácia, conforme RDC Anvisa nº 67/2007. A manipulação de fórmulas magistrais, oficinais e parenterais possibilita o fracionamento e diluição dos medicamentos elaborados pela indústria farmacêutica, a fim de racionalizar sua utilização e distribuição e ainda preparar ou diluir germicidas necessários para realização de antissepsia, limpeza, desinfecção e esterilização, proporcionando medicamentos com segurança e qualidade, adaptados à necessidade dos pacientes.

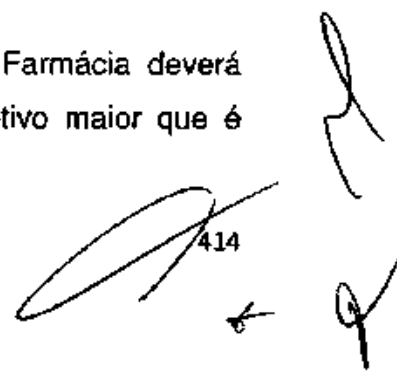
### **2. Atividades Focadas no Paciente:**

- O Serviço de Farmácia deverá assegurar, mediante divulgação e aplicação de conhecimentos específicos, que o uso do medicamento seja seguro e apropriado, para os pacientes e profissionais de saúde envolvidos com o processo de administração de medicamentos, Para isso a interação multiprofissional será fator de destaque;
- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver atividades de "Atenção Farmacêutica", desenvolvida através de atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Compreende a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida;
- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver atividades de Educação em Saúde incluindo promoção do uso racional de medicamentos;
- O Serviço de Farmácia deverá realizar registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

### **3. Atividades Inter setoriais:**

Devido a complexidade do ambiente de saúde, o Serviço de Farmácia deverá desenvolver ação conjunta interdisciplinar para atingir seu objetivo maior que é

414  
←



melhorar a saúde dos pacientes atendidos. Nesse sentido, o farmacêutico do serviço de saúde deverá oferecer contribuições aos seguintes seguimentos:

#### **Programas de Capacitação de Ensino**

- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver programas de capacitação e educação permanente para os colaboradores. O ensino ocorre pela realização palestras e cursos para equipe multidisciplinar e pacientes. Além das atividades educativas voltadas aos colaboradores internos, o farmacêutico também poderá participar de processos de educação continuada envolvendo outros departamentos do hospital, fomentando a prescrição e administração racional de medicamentos.

#### **Pesquisa em seres humanos**

- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver pesquisa que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento científico, empregando métodos reconhecidos de observação e inferência. Todas as investigações em seres humanos, objetivando descobrir ou verificar os efeitos farmacodinâmicos, farmacológicos, clínicos e/ou outros efeitos de produto(s) e/ou identificar reações adversas ao(s) produto(s) em investigação com o objetivo de averiguar sua segurança e/ou eficácia, deverão ser acompanhadas pelo farmacêutico responsável.

#### **Farmacovigilância**

- O Serviço de Farmácia deverá desenvolver Farmacovigilância visando a detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Para execução dessas ações de farmacovigilância, deverá realizar coleta de informações junto aos profissionais diretamente envolvidos com o processo de administração de medicamentos.

### **Tecnovigilância**

- O Serviço de Farmácia deverá realizar acompanhamento do uso de produtos para saúde e equipamentos médico-hospitalares quanto a sua eficácia, adequação, uso e segurança. Para isso deverá realizar as seguintes atividades:
  - o Monitorar, agregar e analisar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in vitro e produtos para a saúde;
  - o Fomentar estudos epidemiológicos que envolvam equipamentos, produtos para diagnósticos de uso in vitro e produtos para a saúde;
  - o Identificar os equipamentos, produtos para diagnósticos de uso in vitro e produtos para a saúde tecnologicamente obsoletos.

### **Hemovigilância**

- O Serviço de Farmácia deverá realizar atividades de Hemovigilância visando a prevenção de incidentes e acidentes transfusionais, de acordo com as normas técnicas em hemoterapia para a realização da coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, da Portaria MS nº 721/89 do MS/ANVISA. Deverá, ainda, contribuir para o controle e eficiência da cadeia transfusional, por meio da garantia de rastreabilidade e o registro documental.

### **Centro de Informações de Medicamentos**

- O Serviço de Farmácia deverá selecionar e sistematizar informações atualizadas sobre medicamentos, de maneira a responder a demandas dos membros da equipe de saúde e pacientes, visando promover o uso racional dos mesmos. O farmacêutico poderá receber uma consulta e fornecer as informações sobre medicamentos. A informação também poderá ser transmitida de maneira ativa, na qual o farmacêutico identifica necessidades e elabora métodos de fornecê-las, através de boletins informativos e guias farmacoterapêuticos.

### Participação nas Comissões Hospitalares

- O Serviço de Farmácia deverá participar ativamente das Comissões Hospitalares, entre estas:
- Comissão de Fármaco, Tecno e Vigilância: diante da imensa oferta de medicamentos no mercado, caberá ao farmacêutico selecionar os medicamentos que melhor atendam às necessidades terapêuticas dos pacientes que utilizam aquela unidade.
  - Comissão de Licitação e Parecer Técnico: as compras de materiais e medicamentos devem obedecer à Lei Federal nº 8.666/93. Nos processos licitatórios, o farmacêutico deverá: É elaborar editais de compras e especificação técnica; participar de licitações e aquisições por meio de avaliação técnica; colaborar de forma decisiva na qualificação de fornecedores.
  - Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CCISS): a participação do farmacêutico nesta comissão será obrigatória, segundo a Portaria GM/MS nº 2.616 de 1988. As principais atribuições desta comissão serão: participar da elaboração do guia de utilização de antimicrobianos e do manual de germicidas; observar os indicadores de controle de infecção e sensibilidade dos antimicrobianos, consumo e taxa de letalidade; monitorar as prescrições de antimicrobianos; verificar a ocorrência de resistência microbiana e estabelecer rotina de dispensação de antimicrobianos; monitorar as prescrições de antimicrobianos; auxiliar no controle de custos; elaborar relatórios de consumo.
  - Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: o objetivo será zelar pelo adequado gerenciamento dos resíduos resultantes das atividades técnicas desenvolvidas em todas as unidades de assistência direta ao paciente.
  - Comissão de Gerenciamento de Riscos em Serviços de Saúde: nesta comissão, a participação do farmacêutico terá como objetivo desenvolver ações de gerenciamento de riscos em serviços de saúde, como detecção de reações adversas a medicamentos; queixas técnicas; problemas com produtos para saúde, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos.

#### 4. Atividades de Controle de Qualidade:

O Serviço de Farmácia da Hemorrede Pública de Goiás, como parte integrante da unidade de saúde, deverá desenvolver ações de melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma integração harmônica com as áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial. Assim deverá disseminar, entre seus colaboradores, a cultura de qualidade como também oferecer um diferencial no atendimento aos clientes/usuários. Assim, o Serviço de Farmácia deverá ter como meta a máxima efetividade, procurando satisfazer tanto os clientes externos (pacientes) quanto os internos (médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde).

#### Gases Medicinais

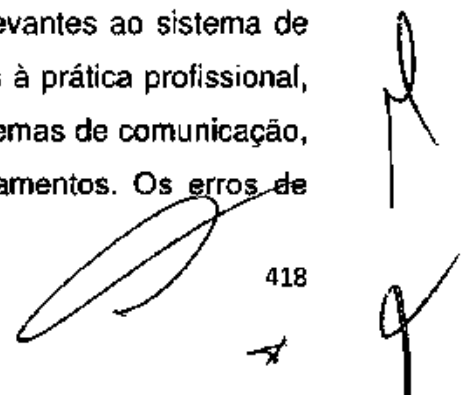
- O Serviço de Farmácia deverá garantir a segurança e a eficácia dos gases e misturas de uso terapêutico e para fins diagnósticos, prezando pelo transporte, armazenamento e uso dos gases, inclusive orientando cuidadores e pacientes sobre o uso dos mesmos.

#### Farmacoeconomia

- O Serviço de Farmácia deverá implantar programa de análise e comparação de custos e consequências das terapias medicamentosas aos pacientes com o objetivo de identificar produtos e serviços farmacêuticos cujas características possam conciliar as necessidades terapêuticas com as possibilidades de custeio. A atividade deverá ser realizada em parceria com as áreas clínica e administrativa.

#### **Erros de Medicamentos:**

- O erro de medicação é qualquer erro que se produz em qualquer dos processos do sistema de utilização de medicamentos. Estes erros podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde. Os erros de medicação podem estar relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, educação do paciente, monitoramento e uso de medicamentos. Os erros de medicação podem ser classificados em:





- o Erros de prescrição: o erro de prescrição com significado clínico é definido como um erro de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade de o tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente, quando comparado com as práticas clínicas estabelecidas e aceitas.
  - o Erros de dispensação: os erros de dispensação são os que estão mais relacionados com as atividades da farmácia de serviços de saúde e englobam os erros de conteúdo, rotulagem e documentação. Os erros referentes ao conteúdo da dispensação, ou seja, relacionados aos medicamentos que estão prescritos e serão dispensados (medicamento errado; concentração errada; forma farmacêutica errada; medicamento com desvio de qualidade; dispensação de medicamento prescrito sem horário, quantidade, concentração ou forma farmacêutica). Os erros relacionados à rotulagem podem gerar dúvidas no momento da dispensação e/ou administração e incluem os erros de grafia nos rótulos e tamanho de letras que impedem a leitura correta. São considerados os rótulos do próprio produto as etiquetas impressas na farmácia e utilizadas na identificação dos medicamentos, das misturas intravenosas preparadas na farmácia. Os erros de documentação de registro do processo de dispensação englobam, por exemplo, a ausência ou registro incorreto da dispensação de medicamentos controlados, falta de data na prescrição, falta de assinatura do prescritor ou do dispensador, dentre outros.
  - o Erros de administração: o erro de administração é qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante prescrição médica, não observância das recomendações ou das instruções técnicas do fabricante do medicamento.
- O Serviço de Farmácia terá um papel importante na prevenção desses erros visto que sua função é dispensar os medicamentos de acordo com a prescrição médica, nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos.

**Métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo:**

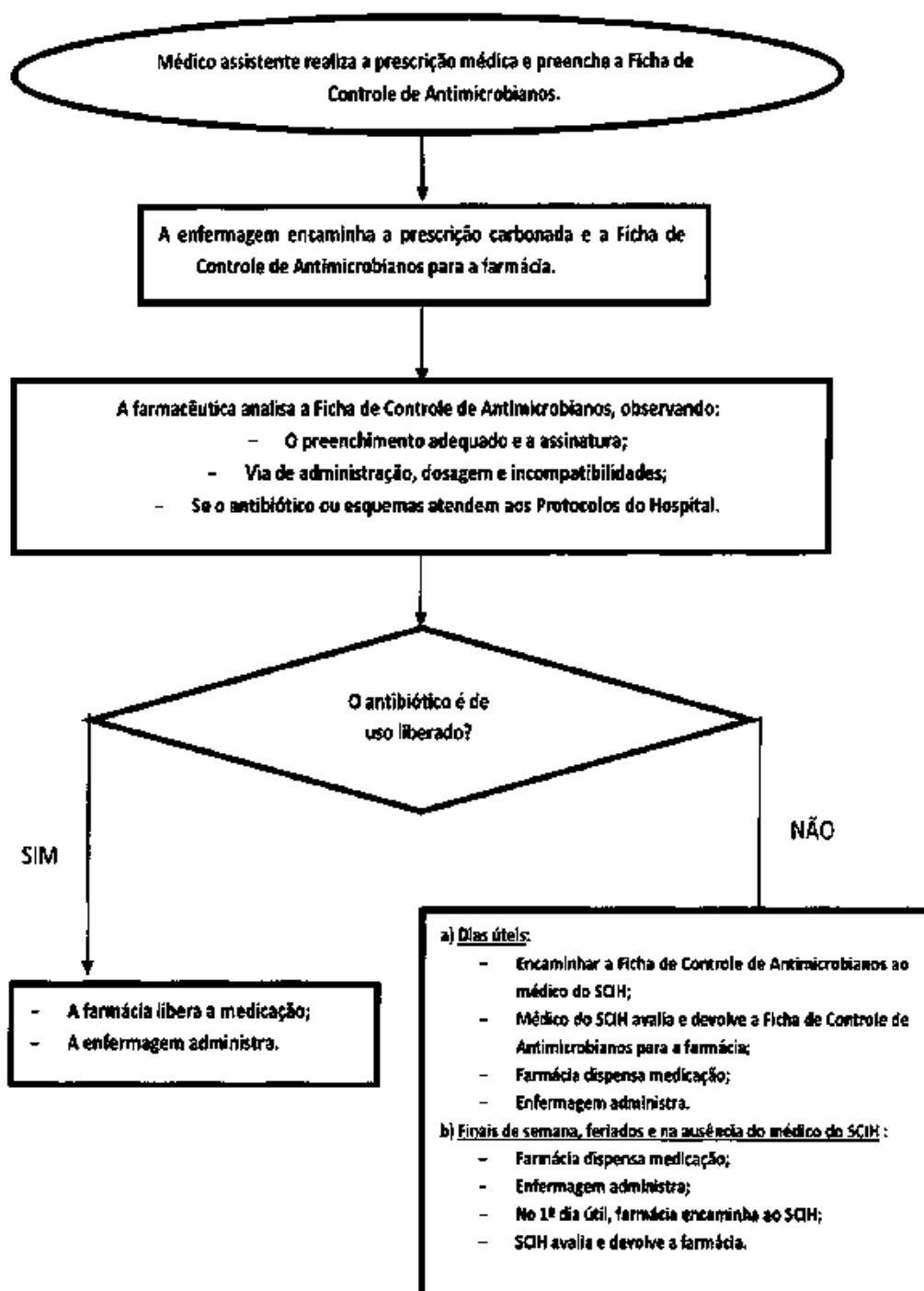
- Na Hemorrede Pública de Goiás, para o regulamento da utilização de fármacos controlados e/ou de alto risco, será respeitado o disposto na Portaria SVS/MS nº 344/98. Assim esta rotina deverá seguir os critérios:
  - o A dispensação dos medicamentos deve ser efetuada mediante receita, ou outro documento equivalente, como a prescrição médica diária, subscrita em papel privativo do estabelecimento;
  - o Para os pacientes em tratamento ambulatorial, a exigência de receita (em duas vias) para os medicamentos sujeitos a controle especial e os receituários próprios de notificação de receita "A" (Entorpecentes) e "B" (Psicotrópicos);
  - o A receita impressa em formulário próprio deverá conter as seguintes informações: Dados de identificação do emitente, impresso em formulário da instituição, contendo o nome e o endereço da mesma; Dados de identificação do usuário: nome e endereço completo do paciente; Nome do medicamento ou substância prescrita sob a forma da Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade em algarismos arábicos e a posologia por extenso; Data de emissão; Assinatura do médico que prescreveu a medicação. Quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no cabeçalho da receita, este poderá apenas assiná-la.
- Os medicamentos e substâncias de uso controlado constantes da Portaria SVS/MS nº 344/98 que fizerem parte do protocolo de assistência à saúde do paciente da Hemorrede Pública de Goiás, serão de total responsabilidade do profissional farmacêutico e guardados sob chave, em local que ofereça segurança, e exclusivo para esse fim.
- Para a dispensação de fármaco controlado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, adotaremos os seguintes procedimentos: prescrição médica com identificação completa do usuário, do serviço e do médico responsável pela prescrição, com referência a forma farmacêutica, regime posológico, via de administração e duração do tratamento.

  
420  




- O Serviço de Farmácia reterá as prescrições e terá um Livro de Registro Específico para controle mensal de Vigilância Sanitária destinado à anotação em ordem cronológica, de estoques, de entradas por aquisição, de saídas por uso e de perdas de medicamentos.

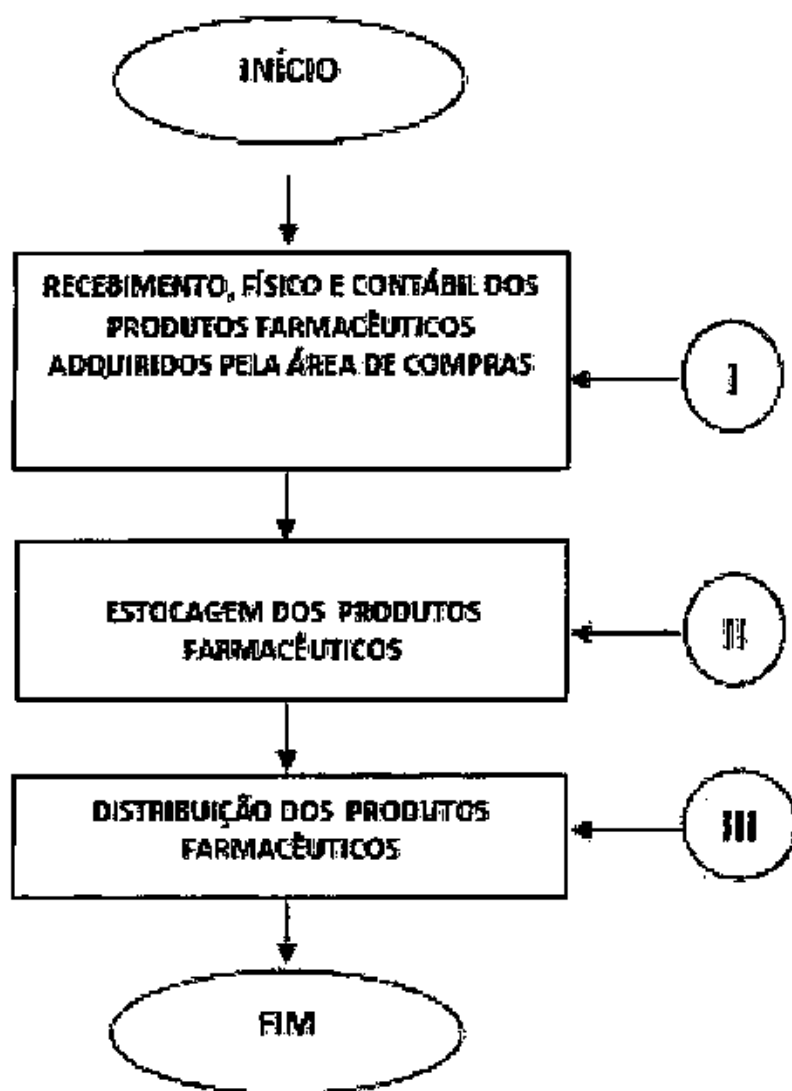
### FLUXOGRAMA DO CONTROLE DO USO DE ANTIMICROBIANO



**SETOR DE RECEPÇÃO, ARMAZENAMENTO E EXPEDIÇÃO DE PRODUTOS  
FARMACÊUTICOS**

**CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)**

**FLUXOGRAMA**



422

**RECEBIMENTO:**

1. Conferir os produtos farmacêuticos e correlatos quanto à apresentação, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade e o valor unitário de acordo com a Ordem de Compra (O.C) e os dados da nota fiscal;
2. Verificar as condições de embalagem, que deverão estar compatíveis ao tipo de produto, para não afetar a sua integridade, durante o transporte, armazenamento e manuseio;
3. Verificar validades e lotes. Por segurança não deve ser recebido produto com prazo de validade inferior a 12 (doze meses) à data de vencimento;
4. Comunicar imediatamente ao fornecedor quando houver divergência na quantidade, na validade ou na integridade física do produto, para que seja efetuada a regularização e/ou troca do mesmo;
5. Comunicar imediatamente ao fornecedor se a nota fiscal apresentar divergência no preenchimento em relação à Ordem de Compra, protocolando e devolvendo juntamente com os produtos;
6. Proceder às entradas dos produtos farmacêuticos e correlatos levando em consideração o tipo de documento (Nota Fiscal, Vales, Devolução, Doação, Produção Interna, Material Consignado, etc.) no Sistema Informatizado;
7. Atestar o recebimento na Nota Fiscal ou nos Vales;
8. Anexar a Ordem de Fornecimento e as Notas de Entrada às Notas Fiscais, encaminhando-as para serem assinadas;
9. Protocolar e encaminhar à Contabilidade;
10. Conferir quando for o caso de entrega parcelada, o quantitativo a ser recebido, anotando na OC e liberando a Nota Fiscal para pagamento.
11. Comunicar ao fornecedor quando da expiração do prazo de entrega do restante da parcela;
12. Comunicar qualquer intercorrência que houver na entrega dos produtos.

**ARMAZENAMENTO (ESTOCAGEM):**

1. Armazenar os produtos farmacêuticos e correlatos de forma adequada obedecendo à forma de organização escolhida (Ordem Alfabética, Forma Farmacêutica ou Grupo Terapêutico), separados por lotes para facilitar o acesso, identificação, manuseio, controle, distribuição e inventário;
2. Priorizar a distribuição dos lotes mais antigos dos produtos farmacêuticos e correlatos, observando que os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar (primeiro a entrar, primeiro a sair - PEPS), com a finalidade de evitar a expiração do prazo de validade;
3. Os produtos farmacêuticos e correlatos devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado, ou por ocasião da utilização sob o conhecimento do gerente do setor;
4. Empilhar as caixas dos produtos farmacêuticos de grande volume em estrados, obedecendo ao limite máximo permitido;
5. Manter equidistância entre piso e paredes, obedecendo à distância mínima, de um metro, entre os estrados e paredes, para facilitar a limpeza, aeração e circulação de pessoas;
6. Resguardar os materiais contra o furto ou roubo, e protegê-los contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
7. Manter bom nível de organização, de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;
8. Registrar a temperatura ambiente em "Mapa de Controle de Temperatura e Umidade";
9. Informar periodicamente a existência de produtos farmacêuticos com prazo de validade próximo a vencer;
10. Armazenar os produtos farmacêuticos que requerem baixas temperaturas, imediatamente ao seu recebimento e conferência;
11. Registrar diariamente a temperatura da Câmara Fria, geladeira e freezer;
12. Armazenar os medicamentos psicotrópicos e entorpecentes em armários com chaves e em local seguro.

**EXPEDIÇÃO (DISTRIBUIÇÃO):**

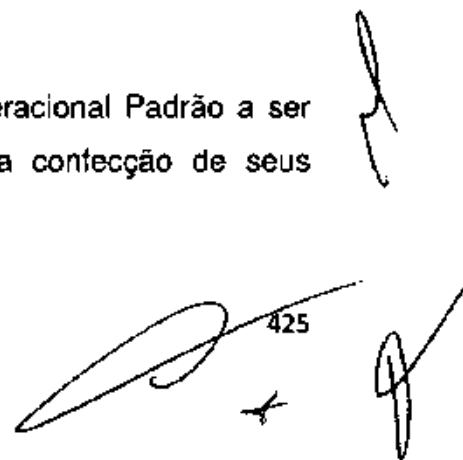
1. Promover e orientar as retiradas dos produtos farmacêuticos armazenados na Central de Abastecimento Farmacêuticos – CAF, levando em consideração o prazo de validade;
2. Atender as solicitações mediante conferência dos itens digitados, devendo a Nota de Fornecimento estar devidamente assinada pelo Almojarife, Conferente e pelo colaborador que realizou o recebimento;
3. Registrar na Nota de Fornecimento qualquer inconsistência que houver;
4. Arquivar as Notas de Fornecimento devidamente assinadas, após a entrega dos pedidos.

**OUTRAS ATIVIDADES:**



1. Garantir as condições mínimas necessárias de qualidade e segurança para armazenamento dos produtos farmacêuticos adquiridos obedecendo aos padrões e normas técnicas específicas que venham assegurar a manutenção das características dos mesmos;
2. Manter atualizada a Relação de Materiais Padronizados e a Relação de Códigos por Centro de Custos;
3. Realizar inventários;
4. Zelar pela conservação dos produtos farmacêuticos e correlatos.
5. Manter arquivadas, por tempo estabelecido pela instituição: Nota de Solicitação, Nota de Entrega de Material, Nota de Devolução de Material e Cópia de Prescrições Médicas;
6. Assegurar a qualidade dos produtos farmacêuticos e correlatos recebidos pelo setor, observando especificações constantes.

A seguir apresentamos o modelo de POP – Protocolo Operacional Padrão a ser adotado pelos profissionais do Serviço de Farmácia para confecção de seus manuais e protocolos assistenciais e administrativos.

425



<b>igh</b> Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b> <b>Procedimento</b> <b>Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Farmácia
		POP: (FAR + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
<b>SETOR:</b>		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<b>LOCAL DE EXECUÇÃO:</b>		
<b>EXECUTANTE:</b>		
<b>RESULTADOS ESPERADOS:</b>		
<b>MATERIAL NECESSÁRIO:</b>		
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:</b>		

  
426  




CUIDADOS ESPECIAIS:

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

Elaborado por (nome/função):

Revisado por (nome/função):

Aprovado por (nome/função):

### 5.7 - ALMOXARIFADO

A importância da atividade do setor de suprimentos de uma unidade de saúde exerce papel primordial para a manutenção da qualidade do atendimento prestado ao cliente, exercendo influência direta no trabalho da equipe assistencial. Isso denota a primeira função da atividade de administração de recursos materiais e patrimoniais – o atendimento às necessidades de materiais, medicamentos e bens patrimoniais dos clientes internos (equipe assistencial) e dos clientes externos (pacientes).

É com esta visão estratégica que os gestores do serviço de almoxarifado da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás**, deverão desenvolver suas atividades, preocupando-se com a continuidade operacional da organização e ao mesmo tempo com a manutenção de todo o sistema de saúde, pois não adiantará ter um estoque repleto de materiais e medicamentos, e não ter dinheiro em caixa para comprar um antibiótico ou consertar uma autoclave, por exemplo. Assim, o almoxarifado da Hemorrede Pública de Goiás terá por finalidade o recebimento, físico e contábil de todos os materiais adquiridos pela área de compras; a estocagem e a distribuição de materiais de higiene/limpeza, material de expediente,

material de manutenção e alimentação. Estará subordinado à Coordenação de Materiais e Compras, que por sua vez está subordinada a Diretoria de Administração e Finanças.

Para obtenção de maior produtividade, maior segurança nas operações de controle e rapidez no atendimento aos usuários do serviço, o almoxarifado deverá obedecer aos seguintes critérios:

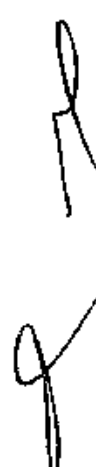
- Possuir sistema informatizado para gerenciamento de estoque;
- Manter sintonia com o setor de compras particularmente quando da chegada dos materiais;
- Manter o controle dos estoques em termo de quantidade e valor, minimização das perdas por deterioração dos materiais e por desvio de materiais;
- Manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e estado dos materiais estocados;
- Identificar e retirar do estoque os itens obsoletos;
- Determinar o volume necessário de estoque para um determinado período.
- Possuir alto grau de flexibilidade do arranjo físico e utilização adequada do espaço,
- Redução da necessidade de equipamentos de movimentação de materiais;
- Garantir os requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

#### **Objetivos do Almoxarifado:**

- Organizar e controlar todo o recebimento, físico e contábil de todos os materiais adquiridos pela área de compras, além da estocagem e a distribuição de materiais de em geral, necessários a todas as atividades da Hemorrede Pública de Goiás;
- Estabelecer um conceito bem definido de logística de serviços de saúde, necessário para melhor compreensão do fluxo contínuo dos materiais, as relações tempo-estoque na produção e na prestação do serviço;
- Apoiar firmemente cada fase do sistema gestão hospitalar, com um máximo de eficiência, através da coordenação de suprimentos, produção, embalagem e transporte de suprimentos.

  
428





A logística proposta para obtenção dos objetivos se constitui pelo planejamento de materiais, compras, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, farmácias, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento. A gestão é iniciada na rede de fornecimento e finalizada após o descarte/uso do material ou medicamento. A Gerência de almoxarifado deverá abranger os setores:

- Recepção, armazenamento e expedição de produtos farmacêuticos;
- Recepção, armazenamento e expedição de materiais e equipamentos.

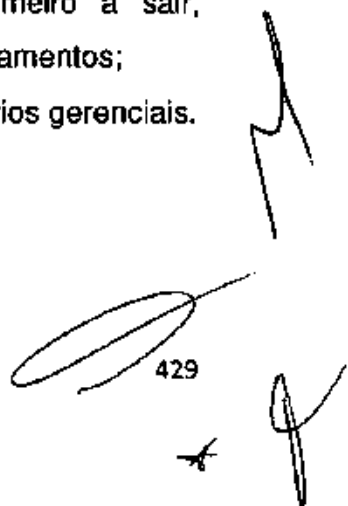
**Recepção, Armazenamento e Expedição de Produtos Farmacêuticos:  
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO – CAF**

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) será a unidade de assistência farmacêutica responsável pelo armazenamento de medicamentos e correlatos, onde serão realizadas atividades quanto à sua correta recepção, estocagem e distribuição.

A CAF exercerá atividades operacionais e de planejamento, tais como:

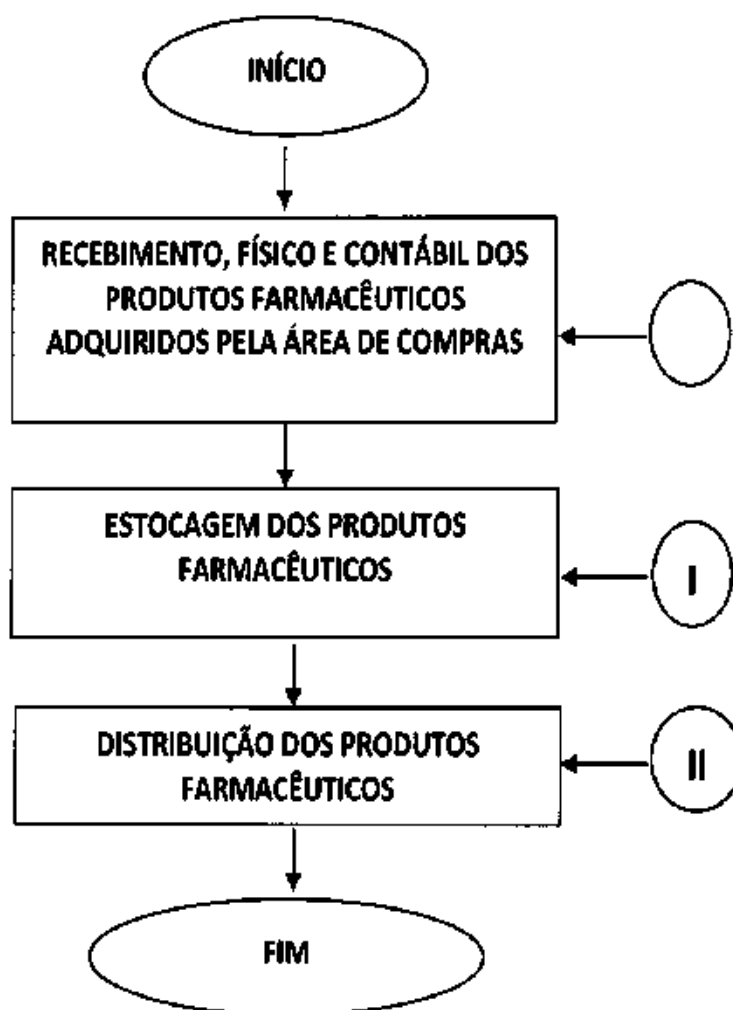
- Receber os produtos comprados acompanhados das notas fiscais e conferi-los, adotando as normas técnicas de recebimento de produto farmacêutico, de acordo com a rotina definida em protocolo;
- Realizar os lançamentos de entrada por meio de sistema informatizado ou manualmente e guardar os produtos em locais apropriados de acordo com as normas técnicas;
- Receber requisições das unidades assistenciais e da dispensação promovendo a separação, distribuição e registro de saída;
- Realizar as atividades relacionadas à gestão de estoques;
- Conservar os medicamentos em condições seguras, preservando a qualidade e permitindo o uso do sistema PEPS (primeiro a entrar, primeiro a sair, considerando o prazo de validade) para movimentação dos medicamentos;
- Realizar levantamentos periódicos dos estoques e elaborar relatórios gerenciais.

429



As atividades realizadas pela CAF seguirão o seguinte fluxo:

### FLUXOGRAMA



#### Recebimento dos Produtos Farmacêuticos:

1. Conferir os produtos farmacêuticos e correlatos quanto à apresentação, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade e o valor unitário de acordo com a Ordem de Compra (O.C) e os dados da nota fiscal;
2. Verificar as condições de embalagem, que deverão estar compatíveis ao tipo de produto, para não afetar a sua integridade, durante o transporte, armazenamento e manuseio;

430  
[Handwritten signature]

3. Verificar validades e lotes. Por segurança não deve ser recebido produto com prazo de validade inferior a 12 (doze meses) à data de vencimento;
4. Comunicar imediatamente ao fornecedor quando houver divergência na quantidade, na validade ou na integridade física do produto, para que seja efetuada a regularização e/ou troca do mesmo;
5. Comunicar imediatamente ao fornecedor se a nota fiscal apresentar divergência no preenchimento em relação à Ordem de Compra, protocolando e devolvendo juntamente com os produtos;
6. Proceder às entradas dos produtos farmacêuticos e correlatos levando em consideração o tipo de documento (Nota Fiscal, Vales, Devolução, Doação, Produção Interna, Material Consignado, etc.) no Sistema Informatizado;
7. Atestar o recebimento na Nota Fiscal ou nos Vales;
8. Anexar a Ordem de Fornecimento e as Notas de Entrada às Notas Fiscais, encaminhando-as para serem assinadas;
9. Protocolar e encaminhar à Contabilidade;
10. Conferir quando for o caso de entrega parcelada, o quantitativo a ser recebido, anotando na OC e liberando a Nota Fiscal para pagamento;
11. Comunicar ao fornecedor quando da expiração do prazo de entrega do restante da parcela;
12. Comunicar qualquer intercorrência que houver na entrega dos produtos.

**Armazenamento (estoque) dos Produtos Farmacêuticos:**

1. Armazenar os produtos farmacêuticos e correlatos de forma adequada obedecendo à forma de organização escolhida (Ordem Alfabética, Forma Farmacêutica ou Grupo Terapêutico), separados por lotes para facilitar o acesso, identificação, manuseio, controle, distribuição e inventário;
2. Priorizar a distribuição dos lotes mais antigos dos produtos farmacêuticos e correlatos, observando que os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar (primeiro a entrar, primeiro a sair - PEPS), com a finalidade de evitar a expiração do prazo de validade;
3. Os produtos farmacêuticos e correlatos devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de

fornecimento parcelado, ou por ocasião da utilização sob o conhecimento do gerente do setor;

4. Empilhar as caixas dos produtos farmacêuticos de grande volume em estrados, obedecendo ao limite máximo permitido;
5. Manter equidistância entre piso e paredes, obedecendo à distância mínima, de um metro, entre os estrados e paredes, para facilitar a limpeza, aeração e circulação de pessoas;
6. Resguardar os materiais contra o furto ou roubo, e protegê-los contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
7. Manter bom nível de organização, de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;
8. Registrar a temperatura ambiente em "Mapa de Controle de Temperatura e Umidade";
9. Informar periodicamente a existência de produtos farmacêuticos com prazo de validade próximo a vencer;
10. Armazenar os produtos farmacêuticos que requerem baixas temperaturas, imediatamente ao seu recebimento e conferência;
11. Registrar diariamente a temperatura da Câmara Fria, geladeira e freezer;
12. Armazenar os medicamentos psicotrópicos e entorpecentes em armários com chaves e em local seguro.

**Expedição (distribuição) Produtos Farmacêuticos:**

1. Promover e orientar as retiradas dos produtos farmacêuticos armazenados na Central de Abastecimento Farmacêuticos – CAF, levando em consideração o prazo de validade;
2. Atender as solicitações mediante conferência dos itens digitados, devendo a Nota de Fornecimento estar devidamente assinada pelo Almojarife, Conferente e pelo colaborador que realizou o recebimento;
3. Registrar na Nota de Fornecimento qualquer inconsistência que houver;
4. Arquivar as Notas de Fornecimento devidamente assinadas, após a entrega dos pedidos.

**Outras atividades:**

1. Garantir as condições mínimas necessárias de qualidade e segurança para armazenamento dos produtos farmacêuticos adquiridos obedecendo aos padrões e normas técnicas específicas que venham assegurar a manutenção das características dos mesmos;
2. Zelar pela conservação dos produtos farmacêuticos e correlatos;
3. Realizar inventários;
4. Manter atualizada a Relação de Materiais Padronizados e a Relação de Códigos por Centro de Custos;
5. Manter arquivadas, por tempo estabelecido pela instituição: Nota de Solicitação, Nota de Entrega de Material, Nota de Devolução de Material e Cópia de Prescrições Médicas;
6. Assegurar a qualidade dos produtos farmacêuticos e correlatos recebidos pelo setor, observando especificações constantes da Ordem de Compra e demais condições.

**Recepção, Armazenamento e Expedição de Materiais e Equipamentos:**

**Recebimentos dos Materiais e Equipamentos:**

1. Conferir os materiais e equipamentos de acordo com a Ordem de Compra (O.C) e os dados da nota fiscal;
2. Verificar as condições de embalagem, que deverão estar compatíveis ao tipo de produto, para não afetar a sua integridade, durante o transporte, armazenamento e manuseio;
3. Comunicar imediatamente ao fornecedor quando houver divergência na quantidade, na validade ou na integridade física do produto, para que seja efetuada a regularização e/ou troca do mesmo;
4. Comunicar imediatamente ao fornecedor se a nota fiscal apresentar divergência no preenchimento em relação à Ordem de Compra, protocolando e devolvendo juntamente com os produtos;

5. Proceder às entradas dos materiais e equipamentos levando em consideração o tipo de documento (Nota Fiscal, Vales, Devolução, Doação, Material Consignado, etc.) no Sistema Informatizado;
6. Atestar o recebimento na Nota Fiscal ou nos Vales;
7. Anexar a Ordem de Fornecimento e as Notas de Entrada às Notas Fiscais, encaminhando-as para serem assinadas;
8. Protocolar e encaminhar à Contabilidade;
9. Conferir quando for o caso de entrega parcelada, o quantitativo a ser recebido, anotando na OC e liberando a Nota Fiscal para pagamento;
10. Comunicar ao fornecedor quando da expiração do prazo de entrega do restante da parcela;
11. Comunicar qualquer intercorrência que houver na entrega dos produtos.

Armazenamento (estocagem) dos Materiais e Equipamentos:

1. Armazenar os materiais e equipamentos de forma adequada obedecendo à forma de organização escolhida (materiais da mesma classe devem ser concentrados em locais adjacentes), para facilitar o acesso, identificação, manuseio, controle e distribuição e inventário;
2. Utilizar estrados para armazenar os itens de grandes volumes e os mais pesados, obedecendo ao limite máximo permitido;
3. Manter equidistância entre piso e paredes, obedecendo a distância mínima, de um metro, entre os estrados e paredes, para facilitar a limpeza, aeração e circulação de pessoas;
4. Resguardar os materiais contra o furto ou roubo, e protegê-los contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;
5. Observar que os materiais estocados há mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar (primeiro a entrar, primeiro a sair - PEPS), com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque;
6. Manter bom nível de organização, de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;



7. Os materiais devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado, ou por ocasião da utilização sob o conhecimento do gerente do setor.

Expedição (distribuição) dos Materiais e Equipamentos:

1. Disponibilizar os materiais aos diversos setores mediante solicitação de material de acordo com cronograma pré-estabelecido;
2. Atender as solicitações mediante conferência dos itens digitados, devendo a Nota de Fornecimento estar devidamente assinada pelo Almojarife, Conferente e pelo colaborador que realizou o recebimento;
3. Registrar na Nota de Fornecimento qualquer inconsistência que houver;
4. Arquivar as Notas de Fornecimento devidamente assinadas, após a entrega dos pedidos.

Outras atividades:

1. Garantir as condições mínimas necessárias de qualidade e segurança para armazenamento dos materiais e equipamentos adquiridos obedecendo aos padrões e normas técnicas específicas que venham assegurar a manutenção das características dos mesmos;
2. Zelar pela conservação dos materiais e equipamentos;
3. Realizar inventários;
4. Manter atualizada a Relação de Materiais Padronizados e a Relação de Códigos por Centro de Custos;
5. Manter arquivadas, por tempo estabelecido pela instituição: Nota de Solicitação de Material, Nota de Entrega de Material, Nota de Devolução de Material.

**Normas para Aquisição Recebimento, Guarda e Distribuição de Materiais:**

Objetivo:

- Estabelecer Normas e Procedimentos para a aquisição de bens e serviços visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades

das diversas unidades da Hemorrede Pública de Goiás no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos oriundos do Contrato de Gestão e próprios.

**Princípios Gerais:**

- Toda aquisição de materiais de consumo, de bens, obras e de serviços obedecerá aos princípios básicos de impessoalidade, moralidade, economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequação às finalidades dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão da Unidade.

**Qualificação de Fornecedores:**

Qualificação de fornecedores de produtos e insumos:

- A Unidade somente realizará compras de produtos e insumos em geral de empresas previamente cadastradas no sistema informatizado de gestão em Serviços de Saúde integrado, salvo as exceções previamente definidas.
- Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer produtos e insumos para a Unidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
  1. Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
  2. Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
  3. Registro na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária para empresas fornecedoras de medicamentos e OPM;
  - 4.3 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus produtos;
  5. Comprovação de que não possui pendências quanto à entrega de produtos e insumos, por meio da apresentação de certidão “nada consta” expedida pelo almoxarifado e pela farmácia da Unidade.
- Após a apresentação dos documentos previstos no item acima, o fornecedor será cadastrado no sistema informatizado de gestão de Serviços de Saúde

integrado e estará apto a participar dos processos de aquisição de produtos e insumos.

A qualificação dos fornecedores e a execução do procedimento de compras de produtos e insumos será de responsabilidade do Departamento de Materiais e Compras, subordinado à Diretoria de Administração e Finanças da Unidade.

#### **Gerenciamento da Qualidade:**

Serão adotados indicadores de controle dos itens em estoque, que analisa o comportamento de cada item efetuando o controle estatístico dos mesmos. Entre estes:

**Consumo Médio:** média aritmética das retiradas, mediante requisição, dos materiais do estoque em um dado período.

**Tempo de Resuprimento:** período de tempo para recomposição do estoque ou aquisição do material. É determinado em função das médias de tempo praticadas pelo mercado fornecedor, portanto varia de material para material.

**Estoque de Segurança:** Também denominado estoque mínimo, é uma quantidade de reserva para cobrir intercorrências do tipo atraso de fornecedor, greves, etc.

**Ponto de Pedido:** Nível de estoque que determina o momento de efetuar uma nova aquisição. Também denominado ponto de resuprimento.

**Lote Econômico de Compra – LEC:** quantidade ótima de aquisição.

**Estoque máximo:** Quantidade máxima admissível em estoque.

**Estoque Médio:** quantidade média mantida em estoque durante um período, normalmente anual.

**Rotatividade (giro):** indica o número de vezes que o estoque médio foi renovado durante um período de tempo, normalmente anual.

**Cobertura:** indica o período de tempo que o estoque existente, não havendo reposição supri as demanda do material.

437  
+

### Gestão da informação na logística de serviços de saúde

A introdução de "softwares" por parte no gerenciamento do almoxarifado trará informações técnicas de cálculo de ponto de reposição, lotes econômicos de compra, criação de arquivo com informações relativas ao processo de manufatura de kits, informações de custos, de mercado, etc. Com essa evolução, chegamos ao conceito do banco de dados comum, isto é, registros de arquivos mecanizados que mantêm toda informação necessária para um processamento de forma rápida e econômica.

A tecnologia da informação facilitará a comunicação com a equipe assistencial, resultando no melhor atendimento ao cliente. Suprimento, atendimento, finanças e fornecedor estarão interligados e trocando todos os tipos de informação de forma integrada e instantânea.


#### **Normas Administrativas:**


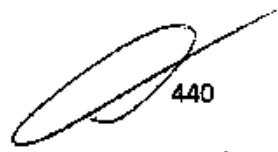

- Conforme escala mensal, os Auxiliares de Almoxarifado desenvolverão suas atividades em horário: Segunda a Sexta das 08:00 às 12:00 e 13 às 18:00h e Plantonista, sendo Serviço Diurno (SD) – Escala: 12/24 - Horário: 06:00 às 18:00h.
- O Almoxarifado deverá possuir condições para assegurar que o material adequado, na quantidade devida, estará no local certo, quando necessário, por meio da armazenagem de materiais, de acordo com normas adequadas, objetivando resguardar, além da preservação da qualidade dos mesmos para os usuários do serviço. Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.
- O Almoxarifado deverá possuir rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado visando a preservação dos materiais armazenados, protegendo-os contra furtos e desperdícios. A autoridade para a retirada do estoque deve estar definida com clareza e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa distribuição.
- O Almoxarifado deverá utilizar controle rigoroso de arrumação visando facilitar a localização dos itens. Para isso deverão ser observados: o espaçamento para

as paredes; os produtos não deverão ser colocados diretamente sobre o piso; observar as condições de estocagem conforme a monografia de cada produto; respeitar o empilhamento máximo; observar sinais de instabilidade; observar a rotulagem, principalmente dos produtos embalados; informar ao cliente os cuidados necessários; com relação à embalagem, o recipiente deve ser o correto e o fechamento adequado.

- O Almojarifado deverá elaborar protocolo de padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.
- O Almojarifado deverá manter documentos (físico ou informatizado) necessários para o controle do atendimento das diversas rotinas de trabalho, entre eles:
  1. Ficha de controle de estoque: documento destinado a controlar manualmente o estoque, por meio da anotação das quantidades de entradas e saídas, visando o seu resuprimento;
  2. Ficha de Localização: documento utilizado para indicar as localizações, através de códigos, onde o material está guardado;
  3. Comunicação de Irregularidades: documento utilizado para esclarecer ao fornecedor os motivos da devolução, quanto os aspectos qualitativo e quantitativo;
  4. Relatório técnico de inspeção: documento utilizado para definir, sob o aspecto qualitativo, o aceite ou a recusa do material comprado do fornecedor;
  5. Requisição de material: documento utilizado para a retirada de materiais do almojarifado;
  6. Devolução de material: documento utilizado para devolver ao estoque do almojarifado as quantidades de material porventura requisitada além do necessário.
- Será tarefa do gestor do almojarifado visitar constantemente seus clientes internos avaliando e controlando a qualidade dos serviços de materiais, como também objetivando descobrir oportunidades de melhoria de serviços ou de materiais, medicamentos e equipamentos.

- O Serviço de Almoarifado deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b>  <b>Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Almoarifado  POP: (ALMOX + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /  Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
<b>Elaborado por</b> (nome/função):	<b>Revisado por</b> (nome/função):	<b>Aprovado por</b> (nome/função):

  
 440  


## **5.8 – CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS**

Este regulamento estabelece as Normas e Procedimentos para a contratação segura de serviços e obras visando atender às necessidades das diversas unidades da Hemorrede Pública de Goiás no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos oriundos do Contrato de Gestão e próprios.

### **Princípios Gerais:**

Toda aquisição de serviços e obras obedecerá aos princípios básicos de impessoalidade, moralidade, economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequação às finalidades dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão da Unidade.

### **Objetivos:**

- Promover uma gestão de excelência de aquisição de serviços para a Instituição.
- Assegurar o cumprimento das premissas básicas estabelecidas pela Administração Pública.
- Assegurar o provimento e a manutenção dos serviços e obras necessários para garantir o funcionamento dos diversos setores da unidade.
- Assegurar a permanente atualização da padronização de processos de trabalho no âmbito da diretoria, com vistas ao alcance dos resultados esperados.

### **Qualificação de Fornecedores:**

Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer serviços em geral e de obras de construção civil para a Unidade, deverão ser exigidos os seguintes documentos:

1. Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
2. Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
3. Comprovante de qualificação do responsável técnico perante o respectivo órgão profissional competente, bem como o comprovante de quitação da anuidade em vigor;

4. Três cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus serviços.

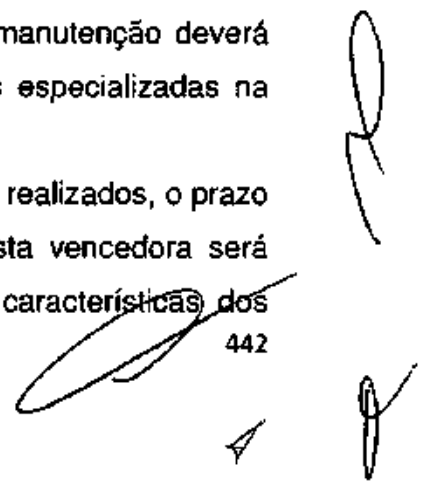
Observações:

- O cadastramento de empresas como fornecedoras de serviços em geral e obras de construção civil poderá se dar previamente, ou durante o processo de seleção e contratação dos respectivos serviços.
- A qualificação dos fornecedores e a execução do procedimento de contratação de serviços e obras serão da responsabilidade do Departamento de Compras, subordinado à Diretoria de Administração e Finanças da Unidade.

**Contratação de Serviços em Geral e Obras de Construção Civil de Menor Complexidade:**

Sempre que possível, a contratação de obras e serviços em geral deverá ser realizada com fornecedores previamente cadastrados na Unidade.

- A Hemorrede Pública de Goiás poderá, a seu critério, formar equipes técnicas de colaboradores, colaboradores lotados na Unidade, ou por meio da contratação de mão-de-obra temporária, para executar diretamente os serviços de manutenção e reparos, tanto predial como de equipamentos. Nessa hipótese, os serviços serão realizados diretamente pela equipe formada para tal finalidade sob a supervisão e controle dos responsáveis pela gestão de manutenção e obras da própria unidade.
- Caso seja identificada a necessidade de realização de determinado serviço de manutenção, predial ou de equipamentos, ou de obras de construção civil que não possam ser atendidos pela equipe própria da unidade, o setor competente enviará solicitação ao gestor de manutenção responsável que iniciará o procedimento de contratação de empresa terceirizada para a realização do serviço.
- Para a contratação de serviços ou de obras, o gestor de manutenção deverá solicitar proposta prévia de, no mínimo, 3 (três) empresas especializadas na execução do respectivo serviço ou obra.
- As propostas deverão conter o escopo dos serviços a serem realizados, o prazo de execução, o valor e a forma de pagamento. A proposta vencedora será aquela que apresentar o menor preço e que atenda as características dos





serviços solicitados, incluindo o atendimento do prazo razoável para a execução dos serviços.

- Após a escolha da proposta mais vantajosa, o fornecedor será convocado para a assinatura do contrato e para iniciar os serviços contratados.
- A Hemorrede Pública de Goiás poderá contratar empresas para a prestação de serviços continuados, com prazo não superior a 1 (um) ano, caso tal modalidade de contratação seja indicada tecnicamente e se demonstre economicamente mais favorável.
- O procedimento previsto nas cláusulas anteriores poderá ser dispensado para a contratação de serviços e obras de valor global inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), ou para aqueles considerados emergenciais pelo gestor de manutenção responsável pela contratação. A dispensa deverá ser objeto de justificativa firmada pelo gestor de manutenção e pelo Diretor de Administração e Finanças da Unidade.
- Para as obras de construção civil, as empresas contratadas deverão apresentar prova de quitação das Contribuições Previdenciárias e dos depósitos de FGTS dos respectivos colaboradores destacados para a realização dos serviços contratados por ocasião dos pagamentos, sem o que poderá a unidade não realizar os pagamentos enquanto não se apresentem os referidos documentos.

**Contratação de Serviços em Geral e Obras de Construção Civil de Alta Complexidade:**

Considera-se serviços e obras de alta complexidade aquelas cujo valor global supere R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). Para a contratação de serviços e obras de alta complexidade a Diretoria Geral da Unidade deverá primeiramente aprovar o projeto básico da obra que conterà os seguintes elementos:

1. Elementos suficientemente claros para identificar a natureza e necessidade da realização do serviço ou da obra;
2. Indicação do custo e o destaque de recursos suficientes para a sua execução;
3. Definição de prazo de execução ou suas etapas, bem como um cronograma de desembolso financeiro por etapas; e

4. Definição da forma de contratação, se por empreitada global ou pelo serviço.

- Aprovado o projeto básico com as características acima indicadas, a Diretoria Geral autorizará o início da seleção de empresas para a realização dos serviços que se dará na forma de tomada de preços, onde se avaliará de forma criteriosa a qualificação técnica das empresas, em conjunto com as propostas financeiras, classificando-se a mais vantajosa para a UNIDADE como aquela que apresente o melhor custo orçado e atenda aos requisitos técnicos previamente definidos pela Diretoria.
- Para cada obra de alta complexidade deverão ser tomadas propostas de pelo menos 3 (três) empresas especializadas.
- Encerrada a fase de avaliação das propostas e declarada a vencedora, a empresa selecionada será chamada para firmar o contrato e iniciar a execução do objeto contratado.

**Contratação de Terceiros para os Serviços de Limpeza:**

Prestação de Serviços de Limpeza em Serviços de Saúde, visando a obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene em dependências médico-hospitalares, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos, nos locais determinados na relação de endereços.

**Obrigações e responsabilidades da contratada:**

A Contratada, além da disponibilização de mão-de-obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

**Quanto à Mão-de-Obra Alocada para a Prestação de Serviços:**

1. Selecionar e preparar rigorosamente os colaboradores que irão prestar os serviços, encaminhando pessoas com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;

2. Alocar os colaboradores que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza em serviços de saúde, com avaliação do conteúdo programático, tais como: noções de fundamentos de higiene em serviços de saúde, noções de infecção em serviços de saúde, uso correto de EPI, comportamento, postura, normas e deveres, rotina de trabalho a ser executada, conhecimento dos princípios de limpeza e outros;
3. Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços, de forma permanente e eficaz, dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPI e produtos químicos;
4. Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir, notavelmente, o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando orientações necessárias aos executantes dos serviços. Estes encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/fiscal da Contratante e tomar as providências pertinentes;
5. Manter sediados junto à contratante durante os turnos de trabalho, pessoas capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;
6. Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPI;
7. Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus colaboradores no exercício de suas funções;
8. Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos colaboradores;
9. Instruir seus colaboradores quanto às necessidades de acatar as orientações da contratante, inclusive quanto ao cumprimento das normas internas e de segurança e medicina do trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas da contratante;
10. Exercer controle no que se refere à assiduidade e a pontualidade de seus colaboradores;
11. Manter a disciplina entre os seus colaboradores;

12. Assegurar que todo colaborador que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações da contratante;
13. Atender de imediato as solicitações da contratante quanto às substituições de colaboradores não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
14. Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos colaboradores diretamente envolvidos na execução dos serviços;
15. Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus colaboradores acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;
16. Fornecer obrigatoriamente vale-refeição aos seus colaboradores envolvidos na prestação dos serviços, sendo que o valor facial do vale-refeição deverá ser compatível com o valor estabelecido na convenção coletiva de trabalho;
17. Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento desses benefícios;
18. Preservar e manter a contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de quaisquer naturezas, referente aos serviços responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários;
19. Manter base de apoio na região da prestação do serviço;
20. Possuir certificação de qualidade no sistema ONA;
21. Possuir certidão negativa de débito salarial, certidão negativa de infrações trabalhistas e certidão negativa de infrações trabalhistas de proteção à criança e ao adolescente fornecida pelo setor de multas do Ministério do Trabalho;
22. Possuir comprovação de capacitação técnica em serviços de limpeza e higienização em serviços de saúde; e
23. Possuir toda documentação em dia junto à fazenda federal, estadual e municipal, como também com a previdência social (INSS) e ao fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS), visando acompanhamento da idoneidade tributária e social da empresa.

Quanto a Execução dos Serviços:

1. Implantar de forma adequada e, em conjunto com o gestor de contratos e a CCISS, a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas. Em áreas que demandem o trabalho de auxiliares de limpeza em quantidade igual ou superior a trinta, será exigida a presença de supervisor durante a respectiva jornada de trabalho contratada.
2. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos, materiais, inclusive sacos plásticos para acondicionamento de resíduos, recipientes para coleta de perfuro-cortantes, utensílios e equipamentos em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente e em quantidades necessárias à boa execução dos serviços;
3. Dar ciência imediata e por escrito, à contratante, de qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços;
4. Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;
5. Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento da contratante;
6. Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus colaboradores, sem repasse de qualquer ônus à contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados.

Quanto aos Produtos Utilizados:

1. Fornecer todos os produtos necessários e suficientes para a execução dos serviços;
2. Apresentar à contratante cópia dos Certificados de Registros no Ministério da Saúde emitidos em nome dos fornecedores do produto, com validade na data da aquisição e com as características básicas dos produtos aprovados, bem como respectivos laudos de testes de laboratório credenciado para este fim;
3. Apresentar à contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou colaboradores da contratada, ou com terceiros;

4. Utilizar somente produtos após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e autorização do gestor/fiscal da contratante;
5. Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos Equipamentos e Utensílios Utilizados:

1. Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de lixo, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da contratante;
2. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;
3. Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Quanto aos Materiais de Consumo, Equipamentos e Utensílios:

1. A contratada deverá fornecer todo o material de consumo, bem como os equipamentos e utensílios necessários à prestação dos serviços, conforme segue: Álcool 70%, Aplicador Universal, Avental, Balde de 20l, Cabeleira p/ mop úmido ponta dobrada, Cabo de Alumino p/ Mop úmido, Cabo de Alumínio p/ mop pó 60cm, Capa de Chuva, Compressa Hospitalar, Desentupidor de Pia, Disco de Lavagem Preto 410mm, Escova de Nylon Manual, Escova Manual de Aço, Espátula de 8cm, Flanela Branca 30 x40, Funil, Kit Limpa Vidro, Limpa Vidro, Luva de Borracha Forrada, Luva de PVC Longa, Medidor de Diluição, Mop Aplicador de Cera – Completo, Mop Pó Algodão 60cm – Completo, Pano de Piso Alvejado 45 x 65, Papel Higiênico Fardo c/ 64 rolos de 30mts, Papel Toalha c/ 1000 Folhas, Placa Sinalizadora, Removedor de Cera, Sabão de coco, Detergente para piso, Sabonete Líquido Pronto uso, Saco de Lixo Azul de 200 Lts, Saco de Lixo de 100 Lts Branco, Saco de Lixo de 200 Lts Branco, Saco de Lixo de 40 Lts Branco, Saco De Lixo Preto 100 Lts, Saco De Lixo Preto 200 Lts,

Saco De Lixo Preto 40 Lts, Touca Descartável, Balde plástico 20l, CANTO espremedor completo, Cortador de Grama, Enceradeira 410, Lava - jato 1600 libras, Polidora 1500, Escada de 7 Degraus, Espanador de teto, Extensão Elétrica, Pá mecânica (tipo cata-cata), Rodo plástico de borracha dupla, Vasculhador c/ extensão, Vassoura de nylon 30cm, Vassoura Piaçava, Vassourão Gary.

2. Os materiais de consumo deverão ser de boa qualidade.
3. Os materiais de consumo deverão ser estocados no local de execução dos serviços, em quantidade suficiente ao atendimento da demanda.
4. A relação de materiais acima citada será considerada básica, contemplando os materiais de consumo, equipamentos e utensílios mínimos e necessários a serem fornecidos e utilizados na execução dos serviços de limpeza e conservação.
5. Os materiais de consumo, equipamentos e utensílios deverão atender aos requisitos de especificidade (uso em áreas de circulação, em banheiros, em divisórias, em áreas envidraçadas, em tampos de mesa, em equipamentos de informática, etc.).

Quanto aos Resíduos:

1. Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade contratante;
2. O procedimento de recolhimento dos resíduos de serviços de saúde deverá ser dividido em várias etapas: separação, classificação, embalagem, coleta e transporte interno, armazenamento, sempre obedecendo as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
3. Os resíduos provenientes da área da saúde podem ser classificados em gerais e especiais, entendendo-se por especial: restos alimentares de pacientes, resíduos sólidos resultantes de manipulações dos pacientes (exceto patológicos), cortantes e perfurantes, materiais infectados e resíduos orgânicos;
4. Embalar o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ANVISA.

5. Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;
6. Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota, luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e retirada após esse procedimento;
7. Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para resíduo, fechado com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emenda na estrutura;
8. Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como serviço de nutrição, lavanderia e transporte de pacientes;
9. Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pela contratante;
10. Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

**Obrigações E Responsabilidades Da Contratante:**

Além do previsto na Minuta de Termo de Contrato, a Contratante obriga-se a:

1. Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
2. Indicar e disponibilizar instalações adequadas para o armazenamento de produtos e equipamentos utilizados na execução dos serviços, bem como disponibilizar armários individuais para os colaboradores terceirizados;
3. Relacionar as dependências das instalações físicas, bem como os bens de sua propriedade que serão disponibilizados para a execução dos serviços, quando for o caso, com a indicação do estado de conservação;
4. Efetuar o controle de qualidade dos serviços prestados, mediante formulários de avaliação destinados para esse fim;
5. Facilitar, por todos seus meios, o exercício das funções da contratada, dando-lhe acesso às suas instalações;
6. Cumprir suas obrigações estabelecidas nos termos do contrato;



7. Prestar informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados pela contratada e que digam respeito à natureza dos serviços que tenha de executar.

**Fiscalização / Controle da Execução dos Serviços:**

Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização dos serviços, diretamente ou por prepostos designados, podendo para isso:

1. Ordenar a imediata retirada do local, bem como substituição de colaborador da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embarçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
2. Solicitar aos supervisores/encarregados da contratada o reparo/correção de eventual imperfeição na execução dos serviços;
3. Examinar as carteiras profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional;
4. Solicitar à contratada a substituição de qualquer produto, material, utensílio ou equipamento, cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades;
5. Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à Contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.



**Contratação de Terceiros para os Serviços de Vigilância:**

Contratação de Prestação de Serviços de Vigilância ostensiva com a disponibilização de mão-de-obra qualificada para atendimento das necessidades, conforme especificações contidas neste Termo de Referência.

**Serviços a serem prestados pela Contratada:**

1. A prestação dos serviços de vigilância, nos postos fixados pela contratante, envolve a alocação, pela contratada, de profissionais devidamente habilitados, apresentando a respectiva carteira nacional de vigilantes, nos termos da Lei nº 7.102, de 20.06.83, alterada pelas Leis nºs 8863, de 28.03.94 e 9017, de 30.03.95, regulamentada pelos Decretos nºs 89.056, de 24.11.83, e 1592, de 10.08.95, bem como Portaria DPF nº 992, de 25.10.95 alterada pela Portaria nº. 387/2006 - DG/DPF, de 28.08.06 e Portaria DPF nº 891, de 12.08.99, e modificações posteriores, competindo ao vigilante:
  - Assumir o posto, devidamente uniformizado, e com aparência pessoal adequada, não se ausentando do posto;
  - Comunicar imediatamente à Contratante, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
  - Comunicar à Contratante, todo acontecimento entendido como irregular e que atente contra seu patrimônio;
  - Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da delegacia de polícia da região, do corpo de bombeiros, polícia ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros de interesse;
  - Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas imediações do posto, adotando as medidas de segurança conforme orientação recebida da Contratante, bem como aquelas que entenderem como oportunas;
  - Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
  - Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
  - Colaborar com as Polícias Civil e Militar, nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações da Contratante, facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais, de eventual acontecimento;
  - Controlar a entrada e saída de veículos, colaboradores e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semanas na conformidade do que venha a ser estabelecido pela Contratante;

- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pela Contratante;
  - Fiscalizar a entrada e saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de colaboradores autorizados a estacionarem seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
  - Fiscalizar a entrada e saída de materiais, mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios da Contratante;
  - Proibir a aglomeração de pessoas junto ao posto, comunicando o fato a Contratante;
  - Proibir todo e qualquer tipo de atividade comercial junto ao posto e imediações, que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações;
  - Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como de bens particulares de colaboradores ou de terceiros;
  - Executar a(s) ronda(s) diária(s) conforme a orientação recebida da Contratante, verificando todas as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das funções e manutenção da ordem nas instalações;
  - Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;
  - Repassar para o(s) vigilante(s) que está(ão) assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações;
2. A Contratada deverá cumprir a programação dos serviços feita periodicamente pela Contratante, com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos colaboradores e das pessoas em geral que se façam presentes. As ações dos vigilantes devem se restringir aos limites das instalações da Contratante e nas circunscritas à sua área de atuação estabelecida pela legislação específica.
3. Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, cabendo à Contratada otimizar a gestão de seus recursos - quer humanos quer materiais - com vistas à qualidade dos serviços à satisfação da Contratante. A Contratada responsabilizar-se-á integralmente pelos serviços

  
  
453

contratados, cumprindo evidentemente, as disposições legais que interferiram em sua execução.

### **Obrigações e Responsabilidades da Contratada:**

Para a prestação dos serviços de vigilância, cabe à Contratada:

1. Comprovar a formação técnica específica dos vigilantes, mediante apresentação do Certificado de Curso de Formação de Vigilantes e Carteira Nacional, expedido por instituição devidamente habilitada e reconhecida;
2. Comprovar obediência à periodicidade legalmente estabelecida, quanto ao curso de reciclagem;
3. Implantar, imediatamente após o recebimento da autorização de início dos serviços, nos respectivos postos relacionados no anexo "Tabela de Locais" e horários fixados pela Contratante;
4. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
5. Designar por escrito, no ato do recebimento da Autorização de Serviços, preposto(s) que tenham poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução deste contrato;
6. Disponibilizar vigilantes em quantidade necessária para garantir a operação dos postos nos regimes contratados, uniformizados e portando crachá com foto recente;
7. Efetuar reposição de vigilantes nos postos, de imediato, em eventual ausência sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho;
8. Comunicar à unidade da contratante que administra o contrato, toda vez que ocorrer afastamento ou qualquer irregularidade, substituição ou inclusão de qualquer elemento da equipe que esteja prestando serviços;
9. Assegurar que todo vigilante que cometer falta disciplinar, não será mantido no posto ou quaisquer outras instalações da Contratante;
10. Atender de imediato as solicitações da Contratante quanto às substituições de colaboradores não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
11. Instruir seus vigilantes quanto às necessidades de acatar as orientações da Contratante, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de

454  
h

Segurança e Medicina do Trabalho, tais como prevenção de incêndio nas áreas da Contratante;

12. Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus colaboradores acidentados ou com mal súbito;
13. Manter controle de frequência/pontualidade de seus vigilantes sob o contrato;
14. Propiciar aos vigilantes as condições necessárias para o perfeito desenvolvimento dos serviços, fornecendo-lhes:
  - uniformes e equipamentos de proteção individual adequados às tarefas que executam e às condições climáticas;
  - equipamentos e materiais tais como equipamentos de intercomunicação, lanternas e pilhas, livros de capa dura numerados tipograficamente, para registro de ocorrências;
15. Apresentar quando solicitado os comprovantes de pagamentos de benefícios e encargos;
16. Fornecer vale refeição aos seus colaboradores envolvidos na prestação dos serviços, conforme, estabelecidos quando previsto em convenção coletiva de trabalho;
17. Fornecer, quando previsto, as armas, munições e respectivos acessórios ao vigilante no momento da implantação dos postos;
18. Apresentar à Contratante a relação de armas e cópias xerográficas autenticadas dos respectivos "Registro de Arma" e "Porte de Arma", que serão utilizadas no cumprimento do contrato;
19. A arma deverá ser utilizada somente em legítima defesa própria ou de terceiros e na salvaguarda do patrimônio da Contratante, após esgotados todos os outros meios para a solução de eventual problema;
20. Relatar à Contratante toda e qualquer irregularidade observada nos postos;
21. Indicar um supervisor para realizar semanalmente, em conjunto com a contratante, o acompanhamento técnico das atividades, visando à qualidade da prestação dos serviços;
22. Os supervisores da Contratada deverão obrigatoriamente inspecionar os postos, no mínimo, 01 (uma) vez por semana;
23. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à CONTRATANTE ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não

excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização  
CONTRATANTE em seu acompanhamento;

24. Manter, durante toda a execução do contrato, todas as condições que  
culminaram em sua habilitação.




*Observação:* Ocorrerá as expensas da contratada, os gastos com armamento e  
equipamentos de segurança necessários ao serviço, inclusive, uniformes.

**Obrigações e Responsabilidades da Contratante:**

1. Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela  
Contratada;
2. Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
3. Indicar, formalmente, o gestor e/ou o fiscal para acompanhamento da execução  
contratual.
4. Expedir Autorização de Serviços, com antecedência mínima de 03 (três) dias  
úteis da data de início da execução dos mesmos;
5. Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços  
aprovadas;
6. Indicar instalações sanitárias para utilização dos vigilantes;
7. Indicar vestiários com armários guarda-roupas para utilização dos vigilantes.

**Fiscalização / Controle da Execução dos Serviços:**

1. Não obstante a Contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução  
de todos os serviços, à Contratante é reservado o direito de, sem que de  
qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais  
ampla e completa fiscalização sobre os serviços, diretamente ou por prepostos  
designados, podendo para isso:
  - A fiscalização da contratada será realizada por pessoa designada pela  
contratante;
  - A fiscalização da contratante terá livre acesso aos locais de execução do  
serviço; especificações técnicas;

  
  
456  


- A contratante exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, também;
- Realizar a supervisão das atividades desenvolvidas pela contratada, efetivando avaliação periódica.
- Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de colaboradores da contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embarçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;
- Executar mensalmente a medição dos serviços pela área mensal contratual, descontando-se do valor devido, o equivalente à indisponibilidade dos serviços contratados e por motivos imputáveis à contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato.

## **5.9 – Manutenção Predial e de Equipamentos Laboratoriais Preventiva e Corretiva**

### **5.9.1 - NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL**

A evolução ocorrida nos últimos anos na área da saúde, fez das unidades de saúde, verdadeiros centros de tecnologia, instalações, instrumentos e equipamentos voltados para os cuidados aos pacientes.

A gestão da tecnologia e das instalações prediais assume cada vez mais importância diante dos problemas enfrentados por estas instituições para preservação de seus ativos operacionais, com qualidade, segurança, disponibilidade e custos compatíveis.

457  
←

O Ministério da Saúde, através de normas e portarias, vem estabelecendo diversos procedimentos de manutenção, a fim de proporcionar maior segurança para pacientes e colaboradores das instituições de saúde.

Um exemplo disto está na Portaria 3523, que estabelece que todos os sistemas de climatização devem estar em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle, exigindo verificações e limpezas periódicas nos componentes tais como: bandejas, serpentinas, compressores, ventiladores, filtros e dutos.

A mesma portaria estabelece, ainda que os proprietários e/ou prepostos, responsáveis pelos sistemas de climatização, devem implantar e manter um Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC), contendo a descrição das atividades a serem desenvolvidas, a periodicidade das mesmas e as recomendações a serem adotadas em situações de falha dos equipamentos.

Os responsáveis técnicos das Instituições devem garantir a aplicação de Planos de Manutenção por intermédio da execução contínua deste serviço, manter disponível o registro da execução dos procedimentos estabelecidos no Plano e divulgar os procedimentos e resultados das atividades de manutenção, operação e controle.

As unidades de saúde devem ficar atentas às necessidades deste setor e, contando com a experiência de empresas prestadoras de serviço de manutenção, formar equipes capacitadas e/ou contratar empresas especializadas na busca dos objetivos acima citados.

Sendo a engenharia clínica, o setor responsável por todo o ciclo de vida da tecnologia, e não apenas pela manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, este setor deve participar do processo de aquisição, recebimento, testes de aceitação, treinamento, manutenção, alienação e todos os assuntos referentes aos equipamentos.

Assim, o Núcleo de Manutenção Geral da Hemorrede Pública Estadual de Goiás será responsável pelo ciclo de processos para a Manutenção Corretiva e Preventiva.

#### **Objetivos do Núcleo de Manutenção Geral:**

O Núcleo de Manutenção em Serviços de Saúde, terá como objetivo, auxiliar ou mesmo interferir na área de saúde visando o bem estar, a segurança, a adequação

458  
+



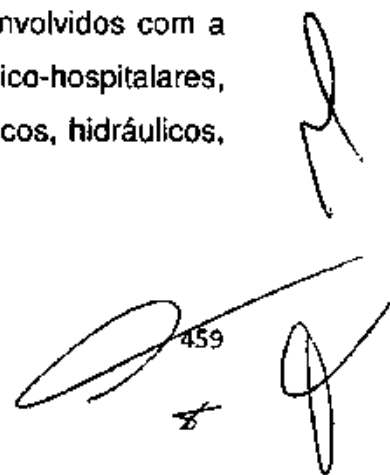
dos custos, a conservação dos bens patrimoniais e a qualidade dos serviços oferecidos, tanto a pacientes, quanto à equipe multidisciplinar da instituição, implementando, através de sistema informatizado, o planejamento, programação e controle da manutenção, a fim de proporcionar o gerenciamento adequado da execução e da documentação necessária para a correta manutenção dos equipamentos e instalações, preparando a Instituição para auditorias e fiscalizações.

### **Competências do Núcleo de Manutenção Geral:**

#### Competências

- Controlar o patrimônio dos equipamentos médico-hospitalares, equipamentos eletrônicos, de refrigeração e climatização, elétricos, hidráulicos, eletromecânicos, etc...;
- Auxiliar na aquisição e realizar a aceitação das novas tecnologias;
- Treinar pessoal para manutenção (técnicos) e operação dos equipamentos (profissionais da área);
- Indicar, elaborar e controlar os contratos de manutenção preventiva/corretiva;
- Executar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e instalações, no âmbito da instituição;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas;
- Estabelecer medidas de controle e segurança do ambiente de saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares;
- Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos e das instalações;
- Efetuar a avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, entre outros;
- Apresentar relatórios de produtividade de todos os aspectos envolvidos com a gerência e com a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, equipamentos eletrônicos, de refrigeração e climatização, elétricos, hidráulicos, eletromecânicos e instalações.

459  
8



Competências Relativas a Aquisição e Desativação de Equipamentos:

- Realizar estudo para viabilização de pré-instalação;
- Definir as determinação das exigências institucionais;
- Realizar solicitação e análise de propostas;
- Determinar o custo operacional;
- Realizar as etapas de recebimento, instalação, avaliação e aceitação da obsolescência;
- Definir pela desativação do equipamento;
- Elaborar de rotinas para aquisição de equipamentos.

Competências Relativas a Manutenção Preventiva e Corretiva:

- Executar manutenção preventiva e corretiva em equipamentos e Instalações;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados, no âmbito da instituição, por empresas externas;
- Indicar, elaborar e controlar os contratos de manutenção;
- Monitorar os serviços de manutenção realizados fora do âmbito da instituição;
- Realizar testes e aceitação de equipamentos reparados por empresas externas;
- Estabelecer medidas de controle de qualidade e segurança operacional;
- Estabelecer rotinas de manutenção predial e em equipamentos;
- Realizar calibração e teste periódicos em equipamentos de acordo com padrões reconhecidos.

Para atender aos objetivos e competências propostos o núcleo de manutenção englobará os seguintes setores::

1. Manutenção predial;
2. Engenharia clínica.

Fluxos da Manutenção Predial e Engenharia Clínica

Os fluxos operacionais da Manutenção Predial e Engenharia Clínica visam padronizar os procedimentos adotados para cada uma das atividades exercidas pelo Núcleo de Manutenção de Serviços de Saúde, a fim de garantir a segurança dos pacientes e profissionais, controle das informações, evitar erros, acelerarem

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
460

processos, gerenciar as atividades e organizar a interação junto aos outros setores da Hemorrede Pública Estadual de Goiás.

### 5.9.2 - MANUTENÇÃO PREVENTIVA PREDIAL

A Manutenção Predial será responsável pelos serviços de prevenção, correção e instalação direcionados as áreas de eletricidade, hidráulica, marcenaria, alvenaria e pintura. Contará com profissionais especializados, agindo de forma integrada, visando à melhor preservação da estrutura física predial e instalações necessárias ao desempenho das atividades fins da Unidade.

Os procedimentos a serem padronizados pela manutenção predial se aplicam a todos os setores da Hemorrede Pública de Goiás e tem como referencia a RDC 50 / 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

#### Definições a serem consideradas:

- Manutenção: procedimento técnico-administrativo, que tem por finalidade levar a efeito as medidas necessárias à conservação da edificação e à permanência das suas instalações e equipamentos, de modo a mantê-los em condições funcionais normais.
- Manutenção preventiva: procedimento técnico-administrativo previamente planejado que previne a ocorrência de danos potenciais a edificação e/ou seus componentes.
- Manutenção corretiva: procedimento técnico-administrativo que exige intervenção imediata a fim de garantir a continuidade de funcionamento da edificação e/ou de seus componentes.
- Serviços terceirizados: serviços realizados por empresas externas ou pessoas, que não sejam colaboradores permanentes;
- SPDA: Sistema de Proteção contra Descarga Atmosférica.
- Rotinas: ações com vistas a coletar informações sobre o estado de sistemas, sendo normalmente acompanhado por formulários de "check-list". Podem ocorrer por demanda ou de forma programada. São exemplos: verificação de quartos, banheiros e corredores, limpeza periódica de telhados, verificação de

461  
-6

funcionamento de bombas de incêndio, verificação do nível do tanque de oxigênio, etc.

- Sistema Hidro Sanitário: sistema composto por redes de água potável, água quente, esgoto sanitário e de água pluviais, incluindo todos os seus acessórios.
- Sistema Elétrico: compreende todo o sistema de alimentação elétrico, tais como quadros elétricos, motores, grupo motor gerador, transformadores, iluminação, tomadas, etc.
- Sistema Fluido Mecânico: compreendem as redes de gases medicinais, tanque de armazenamento, reguladores, fluxômetros, manômetros, purgadores, filtros, postos de consumo, rede de vácuo, rede de gás GLP, etc.
- Sistema de Climatização e exaustão: compreende todo o sistema de ar condicionado, exaustão e dutos correspondentes.
- Lista de verificação: formulário contendo itens a serem verificados durante a manutenção preventiva e/ou rotina.

**Legendas:** serão adotadas as seguintes legendas para os relatórios de verificação de manutenção ou checklists:

- P** - Previsto
- V** - Verificado
- R** - Verificado e necessita de reparos
- C** - Verificado e corrigido

**Avaliações circunstanciadas:** o processo irá dispor de 7 checklists abordando os aspectos mais relevantes da Manutenção Predial:

1. Instalação elétrica
2. Instalação hidráulica
3. Instalação telefônica
4. Ar condicionado
5. Obras civis
6. Combate ao fogo
7. Para-raios

**Ciclo do processo:** o Ciclo do Processo Manutenção compreenderá as fases e seus respectivos responsáveis:

Nº	Fase	Responsável
1	Solicitação	Usuário
2	Verificação	Supervisor Operacional
3	Preparação	Encarregado de Manutenção
4	Execução	Encarregado de Manutenção
5	Avaliação de Melhorias	Coordenador de Apoio Operacional

### Competências da Manutenção Predial:

- Avaliar e decidir pela aprovação ou não dos pedidos de manutenção predial;
- Definir prioridades de manutenção predial da unidade;
- Avaliar e decidir pela contratação de mão-de-obra interna necessidade de contratação de serviço externo – terceirização;
- Organizar a relação do material necessário à manutenção predial da unidade;
- Requisitar e retirar do almoxarifado, o material necessário aos serviços de manutenção predial;
- Conhecer a atualização do inventário do almoxarifado referente aos materiais necessários à manutenção predial;
- Identificar a necessidade de reposição dos materiais necessários a manutenção predial;
- Informar a diretoria administrativa sobre a necessidade de compra de material necessário á manutenção;
- Acompanhar o serviço a ser executado e verificar o atendimento do mesmo;
- Definir e controlar prazos para realização dos serviços;
- Avaliar e aprovar ou não os serviço a serem executados;
- Elaborar o planejamento e do relatório anual das atividades de manutenção predial.

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PREDIAL:

- A solicitação de serviço de manutenção predial será feita pelos diversos setores da unidade, através de comunicação interna, que é enviada ao setor de Manutenção Predial com o pedido de manutenção, identificando os dados básicos do defeito.

- O atendimento será encaminhado de acordo com as prioridades que são definidas pela coordenação, após avaliação do defeito e descrição das peças a serem compradas ou serviços a serem contratados, e executado pelos colaboradores responsáveis pela realização da manutenção predial.
- A seguir apresentamos as principais normas e rotinas para realização de atividades de manutenção predial na Hemorrede Pública de Goiás:

Quando o serviço solicitado pode ser realizado sem uso de material:

- A assistente administrativa da manutenção patrimonial imprimirá a ordem de serviço preventivo, numerada automaticamente pelo programa e passará para o encarregado de serviços;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente ou determinará um profissional da equipe para realizar a visita de avaliação ao setor definido.
- Dirigindo-se ao responsável pelo setor, comunicará a necessidade de acesso para avaliação e, em comum acordo, programará a data apropriada para execução de avaliação e após avaliação, se necessário, prazo e data para a realização do serviço;
- Após a execução da avaliação ou serviço executado, preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do responsável pelo setor visitado;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

Quando o serviço solicitado só pode ser realizado com uso de material e o material é item de estoque:

- O solicitante abrirá uma ordem de serviço através de programa informatizado em rede interna, descrevendo sua necessidade e enviando eletronicamente à manutenção predial;
- A assistente administrativa da manutenção predial imprimirá a ordem de serviço numerada automaticamente pelo programa e passará para o encarregado de serviços;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente ou determinará um profissional da equipe para realizar a visita de avaliação;

- O profissional se dirigirá a assistente administrativa e abrirá uma requisição de material, a qual será apresentada no almoxarifado, para retirada do material e execução do serviço;
- Após a execução do serviço, preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

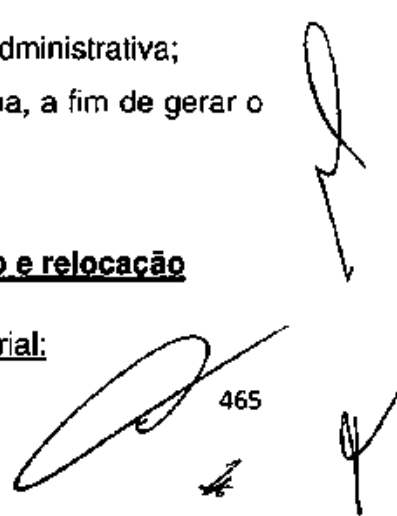
Quando o serviço solicitado só pode ser realizado com uso de material e o material ainda deverá ser comprado:

- O solicitante abrirá uma ordem de serviço através de programa informatizado em rede interna, descrevendo sua necessidade e enviando eletronicamente à manutenção predial;
- A assistente administrativa da manutenção predial imprimirá a ordem de serviço numerada automaticamente pelo programa e passará para o encarregado de serviços;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente ou determinará um profissional da equipe para realizar a visita de avaliação;
- O profissional se dirige a assistente administrativa e solicita abertura de uma solicitação de compras. A assistente administrativa informa ao líder a necessidade de compra do material, assim, o Líder prepara, assina e encaminha a solicitação de compras para o setor de Compras. Após a chegada do material, em comum acordo com o solicitante do serviço, será programado a execução do serviço;
- Após a execução do serviço, preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

Solicitação de Emergência / Serviços de correção, instalação e relocação

Quando o serviço solicitado pode ser realizado sem uso de material:

465



- O solicitante requisitará a manutenção patrimonial, por intermédio verbal, telefônico, radiotransmissor, etc. a necessidade imediata de reparo;
- A assistente administrativa da manutenção patrimonial acionará o encarregado de serviços, via rádio, telefone, etc., anunciando ao mesmo a solicitação de emergência;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente e determinará um profissional da equipe para acompanhá-lo ao local da solicitação. Dirigindo-se ao solicitante da ordem de serviço confirmará a solicitação e, em comum acordo, combinarão as condições para execução imediata do serviço;
- Após a execução do serviço, o profissional preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

Quando o serviço solicitado só pode ser realizado com uso de material e o material é item de estoque:

- O solicitante requisitará a manutenção patrimonial, por intermédio verbal, telefônico, radiotransmissor, etc. a necessidade imediata de reparo;
- A assistente administrativa da manutenção patrimonial acionará o encarregado de serviços, via rádio, telefone, etc., anunciando ao mesmo a solicitação de emergência;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente e determinará um profissional da equipe para acompanhá-lo ao local da solicitação. Dirigindo-se ao solicitante da ordem de serviço confirmará a solicitação e, em comum acordo, combinarão as condições para execução imediata do serviço;
- O profissional se dirigirá ao almoxarifado, solicitará o material e executará o serviço;
- Após a execução do serviço, o profissional preencherá a ordem de serviço, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante. Também preencherá a requisição de material e levará ao almoxarifado, a fim de regularizar todo processo;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;



- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

Quando o serviço solicitado só pode ser realizado com uso de material e o material ainda deverá ser comprado:

- O solicitante requisitará a manutenção patrimonial, por intermédio verbal, telefônico, radiotransmissor, etc. a necessidade imediata de reparo;
- A assistente administrativa da manutenção patrimonial acionará o encarregado de serviços, via rádio, telefone, etc., anunciando ao mesmo a solicitação de emergência;
- O encarregado de serviços irá pessoalmente e determinará um profissional da equipe para acompanhá-lo ao local da solicitação. Dirigindo-se ao solicitante da ordem de serviço confirmará a solicitação e, em comum acordo, combinarão as condições para execução imediata do serviço;
- O encarregado de serviços, a assistente administrativa ou o responsável pelo setor, comunicará ao setor de Compras, apresentará a necessidade do material e aguardará a chegada do mesmo;
- Após a chegada do material, ocorrerá a execução do serviço;
- Após a execução do serviço, o profissional preencherá a ordem de serviços, recolhendo a assinatura e avaliação do solicitante. O responsável pelo NA emitirá a solicitação de compras e enviará para o setor de compras, a fim de regularizar a documentação;
- Devolverá a ordem de serviço preenchida para a assistente administrativa;
- A assistente administrativa lançará as informações no sistema, a fim de gerar o relatório mensal e em seguida arquivará a ordem de serviço.

*Observação:* Quando o almoxarifado não possuir o material necessário, o processo é interrompido e só retornará quando o material for colocado à disposição.

167  
✕

## FORMULÁRIOS

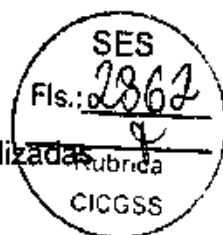
Para o desenvolvimento das atividades da manutenção predial, serão utilizados alguns formulários, com propósito de facilitar as ações e controles. A seguir estão relacionadas suas denominações e conteúdo:

- Ordem de Serviço:destinado a registrar as solicitações feitas pelos usuários, contem nome do usuário solicitante, nº setor, tipo de serviço solicitado, data, hora, especialidade, localidade, avaliação da satisfação, nome do executante, visto do solicitante e executante.
- Requisição do material:destinado a registrar os tipos de materiais utilizados na execução dos serviços, contém nome do setor solicitante, data, hora, descrição do produto, quantidade, unidade, nome do solicitante.
- Solicitação de Compra:destinadas a registrar os tipos de materiais necessários às execuções dos serviços, contem nome do setor solicitante, período de tempo para compra, descrição do produto, quantidade, unidade.

### 5.9.3 - ENGENHARIA CLÍNICA

Setor que assumirá a responsabilidade de elaborar uma política de manutenção preventiva para os equipamentos biomédicos de todas as unidades assistenciais da Hemorrede Pública de Goiás. Este segmento manterá um relacionamento estreito com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCISS e deverá apresentar cronograma da manutenção preventiva dos equipamentos ao Diretor Geral e Coordenador Geral de Enfermagem no primeiro mês após assinatura do contrato de gestão, após aprovação do SCISS. A manutenção consistirá na verificação geral do equipamento. Incluirá sua abertura, que permitirá ao técnico verificar as partes internas do mesmo. Nesta oportunidade será realizada a calibração, inspeção de segurança, substituição de peças. As atividades que serão desenvolvidas estão detalhadas a seguir:

1. Gestão informatizada de manutenção preventiva e corretiva.
2. Análises e acompanhamento de custo de manutenção.
3. Análises e acompanhamento de contratos de manutenção.
4. Análise de ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares.



5. Coordenação das manutenções corretivas sejam elas realizadas internamente ou por serviços externos.
6. 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 disponibilizados pela empresa citados em seguida.
7. Implantação de programa de manutenção preventiva e controle de qualidade com análise de segurança em equipamentos médico-hospitalares.
8. Educação continuada de operação e segurança dos equipamentos para corpo clínico e de enfermagem.
9. Os equipamentos beneficiados pela supervisão da Engenharia Clínica são todos aqueles caracterizados como médico-hospitalares.

Os serviços oferecidos abrangem todos os equipamentos médico-hospitalares (equipamentos cujo funcionamento participa do processo de diagnóstico, monitoração e tratamento dos pacientes) em uso na instituição.

A seguir apresentamos a descrição das normas e rotinas a serem definidas pela engenharia clínica.

#### **5.9.4 - MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS**

Os procedimentos a serem padronizados pelo Núcleo de Manutenção se aplicam a todos os setores da Hemorrede Pública de Goiás e tem como referencia a RDC 185 / 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Registro, Cadastramento, Alteração, Revalidação e Cancelamento do Registro de Produtos Médicos.

#### **Definições a serem consideradas:**

- Serviço de Engenharia Clínica: serviço especializado na completa gestão de equipamentos médico-hospitalares;
- Manutenção Preventiva: ações de manutenções com vistas a diminuir ou evitar paradas de equipamentos ou sistemas em períodos que possam causar prejuízos evitáveis à unidade;

- Serviços terceirizados: serviços realizados por empresas externas ou pessoas, que não sejam colaboradores permanentes;
- Lista de verificação: formulário contendo os itens a serem verificados durante a manutenção preventiva.

**Descrição das Atividades:**

- O Serviço de Engenharia Clínica é responsável em realizar manutenção preventiva em todos os equipamentos médico-hospitalares, pertencentes a Hemorrede Pública de Goiás, salvo os equipamentos de grande complexidade, que exijam mão de obra especializada e ferramentas específicas ou que tenham contrato de manutenção preventiva com empresas terceirizadas, ou ainda que não pertençam à unidade, contemplando nesse caso, os equipamentos alugados ou comodatados;

**Equipamentos sujeitos a Manutenção preventiva:**

- Será estabelecida para a definição dos equipamentos sujeitos a manutenção preventiva a RDC 185 / 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que classifica os equipamentos segundo o risco intrínseco que representa à saúde do consumidor, paciente, operador ou terceiros envolvidos.
- Será realizada manutenção preventiva em equipamentos classe II, III e IV;
- Será realizada manutenção preventiva em alguns equipamentos classe I, que tenham impacto direto no desempenho das atividades dos setores ou do próprio equipamento, entretanto as recomendações descritas no manual do fabricante prevalecerão sobre a decisão informada no início deste parágrafo.

**Periodicidade de Manutenção Preventiva:**

Regra Geral:

- Para os equipamentos classe III e IV (grau de risco alto) a periodicidade estabelecida será inicialmente Semestral.
- Para os equipamentos classe II (grau de risco médio) a periodicidade estabelecida será inicialmente anual.

- Para os equipamentos classe I (grau de risco baixo) não serão feitas preventivas, salvo aqueles que enquadrarem na regra específica.

**Regra Específica:**

- Esta regra terá prioridade em relação à regra geral;
- A periodicidade será estabelecida conforme descrito no manual do fabricante ou sugestão de seu representante legal;
- Será válido para todas as classes.

**Cronograma de Manutenção Preventiva:**

- Será apresentado aos setores da Hemorrede Pública de Goiás um cronograma anual de manutenção preventiva, contendo o mês previsto para execução, para acompanhamento e disponibilidade dos equipamentos.
- O cronograma deverá ser cumprido rigorosamente pelo setor de Engenharia Clínica, salvo os casos em que o seu cumprimento não seja possível por qualquer motivo, sendo nesses casos necessário sua justificativa formal ao setor responsável pelo equipamento, agendando nova data para execução.

**Reavaliação da Periodicidade de Manutenção Preventiva:**

- Anualmente, antes da elaboração do Cronograma de Manutenção Preventiva, será efetuada uma reavaliação dos equipamentos sujeitos a essa manutenção e a periodicidade das mesmas será baseada no estudo do índice de defeitos dos equipamentos no período anterior, caso os equipamentos apresentem um percentual acima do limite, o serviço de Engenharia Clínica deverá diminuir o tempo entre as manutenções preventivas para esses equipamentos.
- Por ocasião as alterações serão justificadas em documento anexo ao novo Cronograma.

**Manutenção preventiva realizada pelos técnicos da Engenharia Clínica:**

- Os procedimentos de manutenção preventiva adotados serão os estabelecidos no manual do fabricante acrescidos de itens considerados relevantes pela Engenharia Clínica.
- Será gerado, de acordo com o estabelecido em cada procedimento, uma lista de verificação para cada equipamento, o qual deverá ser preenchido pelo técnico

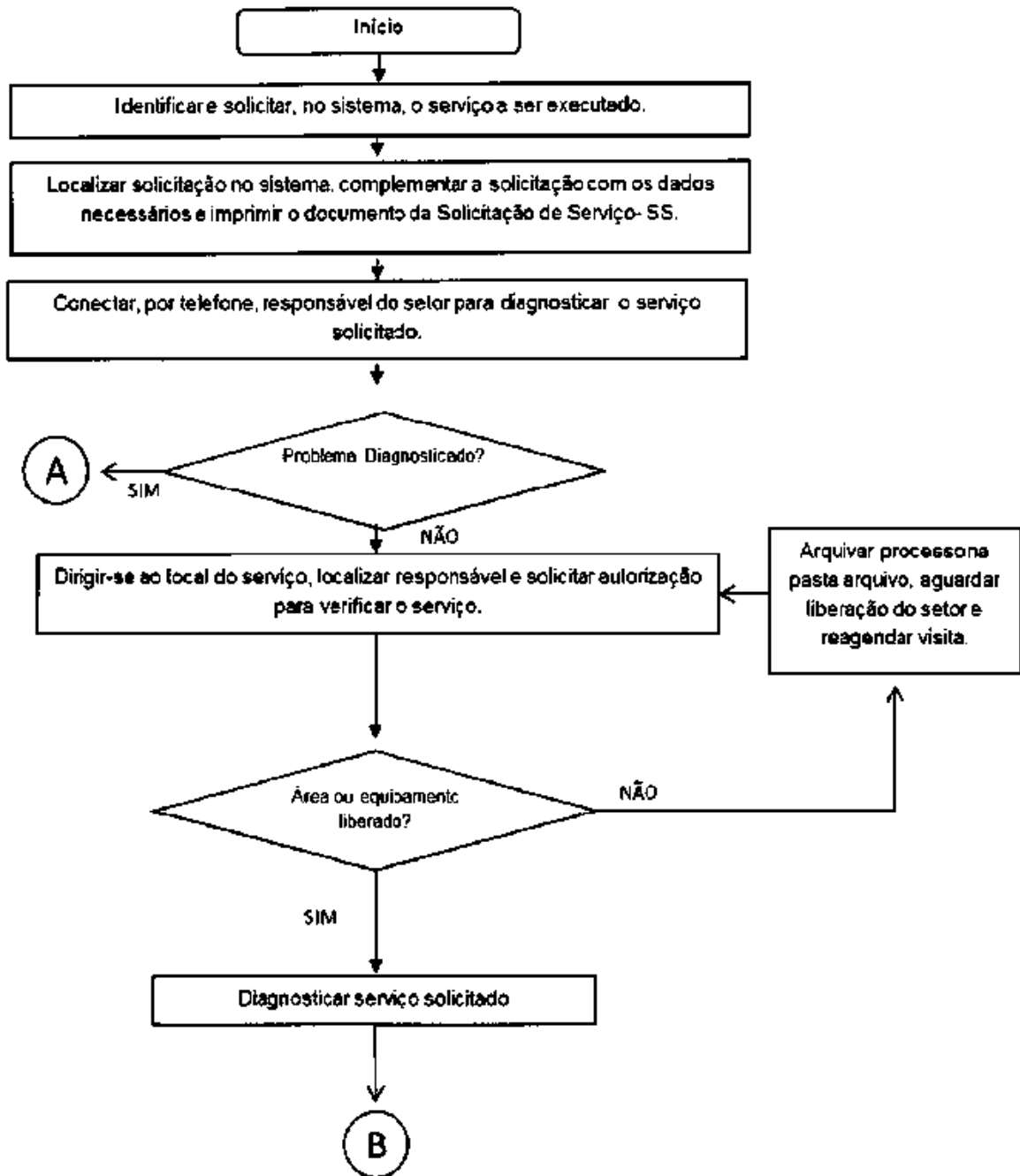
equipamentos e o lista de verificação das manutenções executadas, devidamente assinados;

- As manutenções, caso sejam efetuadas nas dependências da Unidade, serão acompanhadas pelos profissionais do setor de Engenharia Clínica;
- O controle de todas as manutenções preventivas será realizado pelo setor de Engenharia Clínica.

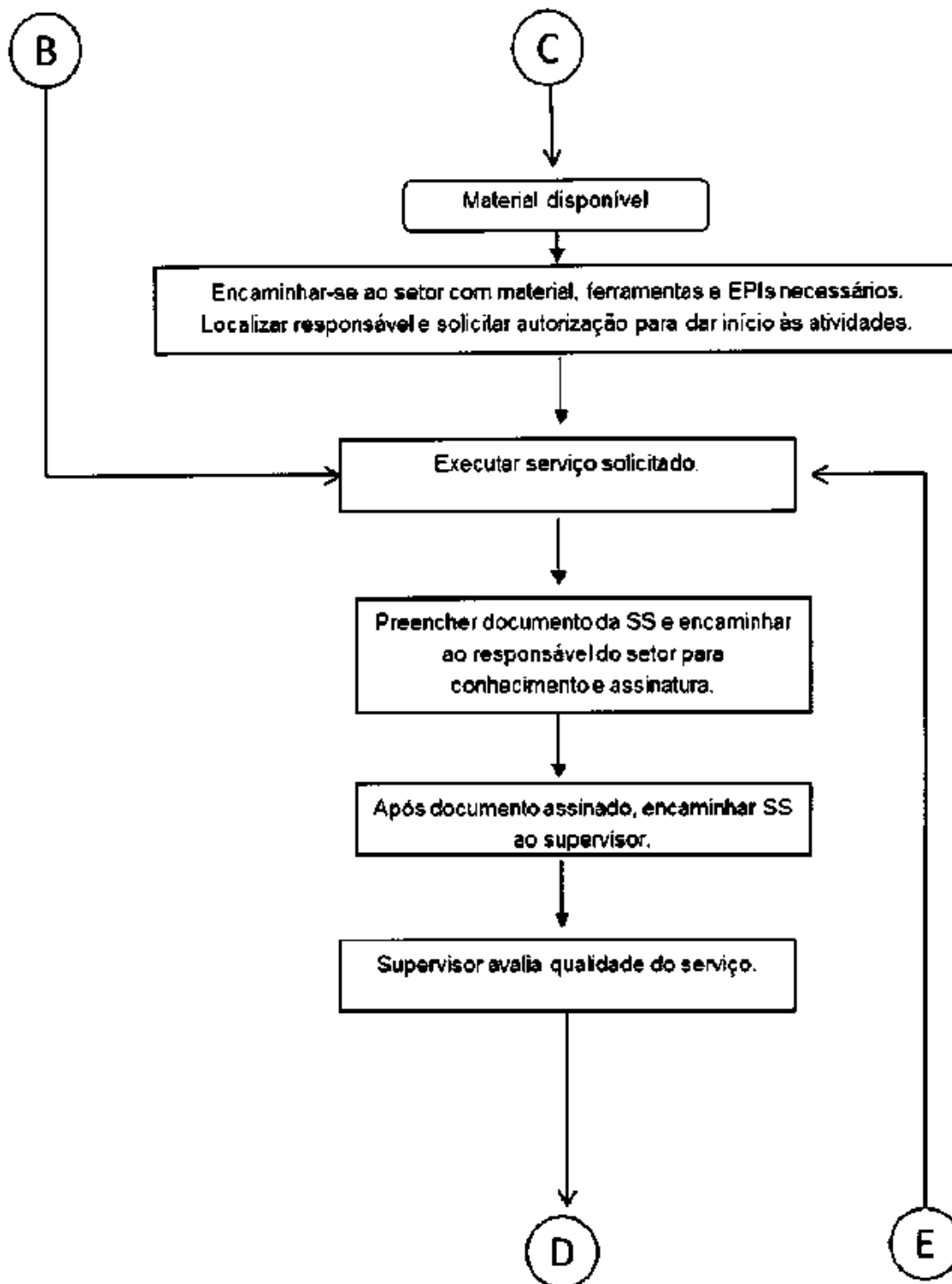
### FLUXOS OPERACIONAIS

Os fluxos operacionais são apresentados através de fluxograma. O fluxograma será fundamental para simplificação e racionalização do trabalho, permitindo um estudo detalhado dos métodos, processos e rotinas deste setor. ~~Através~~ dos fluxogramas apresentaremos aos colaboradores e aos outros setores o "modus operandi" do setor, demonstrando como serão executadas as atividades deste setor detalhadamente. A seguir apresentamos um fluxograma de Execução de Serviço Interno:

### FLUXOGRAMA DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO INTERNO

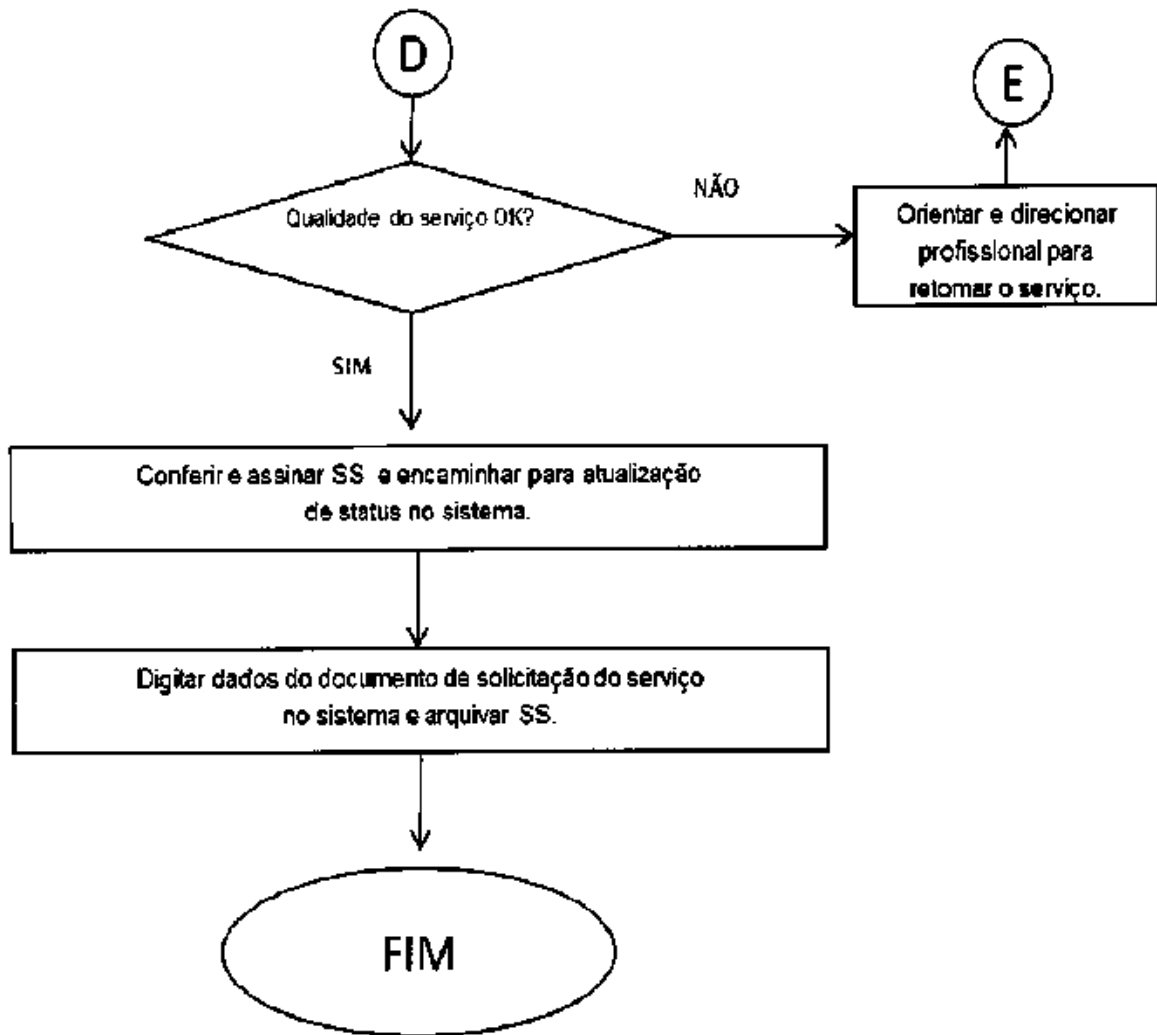


474  
[Handwritten signatures]



475  
6






### FORMULÁRIOS

Visando a uniformização de procedimentos de registro e manutenção de informações, oficializar e legalizar os atos, procedimentos, reduzir o custo e o esforço de produção associado ao fluxo de informações, o Núcleo de Manutenção deverá padronizar formulários que facilitam a execução de tarefas e de controles sobre as operações. A seguir apresentamos alguns formulários a serem padronizados pelos serviços.

476

 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b>  <b>Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Núcleo Manutenção Geral
		POP: (NMG + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /

**ROTINAS OPERACIONAIS - Controle de Novas Tecnologias**


Responsável: Engenharia Clínica

Item	Descrição	Conforme	Não Conforme
1	Verificar pré-requisitos para instalação.		
2	Verificar compatibilidade do equipamento com o solicitado.		
3	Verificar possíveis danos mecânicos na estrutura.		
4	Verificar existência de etiqueta com o nº do registro da ANVISA.		
5	Verificar plug de tomada padrão.		
6	Verificar funcionamento geral do aparelho.		

Observação:

Engenharia clínica/ Manutenção	Fornecedor	Setor/Serviço
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

*[Handwritten signatures and initials]*  
477

	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b>  <b>Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Núcleo Manutenção Geratubrica
		POP: (NMG + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /

**ROTINAS OPERACIONAIS - Ficha de Equipamento**

Responsável: Engenharia Clínica

**DADOS GERAIS**

Grupo:	Prioridade:	TAG:
Descrição:		
Marca:	Modelo:	
Registro na ANVISA:		
Nº série:	Ano fabricação:	Nº patrimônio:
Tensão (V):	Potência (W):	Corrente (A):

**ASSISTÊNCIA TÉCNICA**

Empresa:	Contrato:
----------	-----------

**LOTAÇÃO**

Centro de Custo:	Unidade:	Local:
------------------	----------	--------

**ACESSÓRIOS**

COD:	Descrição:	Nº série:

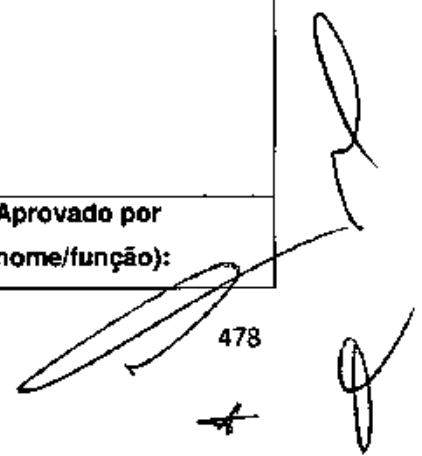
**ATIVAÇÃO / DESATIVAÇÃO**

Data ativação:	Data desativação:
----------------	-------------------

Observação:

Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

478  
✱



**Gerenciamento da Qualidade:**

Para melhor controle dos processos operacionais, a exemplo do controle de custos e contratação de serviços de terceiros, o núcleo de manutenção geral irá trabalhar com indicadores de desempenho, entre os quais:

**1. Custo de um equipamento parado:**

Este indicador tem como base de estudos as perdas de receita por parte do hospital, já que exames deixarão de ser realizados pela indisponibilidade do equipamento. É expresso, matematicamente, como:

$$RGE = MD \times VPS$$

Onde: RGE = Receita gerada por equipamento (em R\$.exame/dia)

MD = Média diária de exames

VPS = Valor pago pelo SUS por exame (em R\$)

**2. Percentagem de conclusão do programa de manutenção:**

Definida como sendo a razão do programa de manutenção completado, em relação ao iniciado em um determinado período de tempo. Este indicador não analisa os custos e a qualidade do serviço, mas dá um sentido de valor ao trabalho que está sendo realizado.

**3. Tempo de resposta:**

É definido como o tempo, em horas, da chamada inicial à resposta inicial. Este indicador é frequentemente incluído em contratos de serviço e constitui-se um indicador útil para estruturas de engenharia clínica (EC) na monitoração dos serviços executados por terceiros. É um indicador voltado para a satisfação do cliente.

**4. Custo de manutenção versus valor do equipamento:**

Este indicador tem como objetivo principal saber qual o percentual máximo ideal a ser gasto com a manutenção de um equipamento em relação ao seu valor de aquisição. Desta maneira, pode-se saber qual o melhor momento de se realizar novas aquisições. A vantagem deste indicador é que levam em consideração todos os custos e permite comparar uma grande variedade de equipamentos.

**5. Reparos repetidos:**

É o número de reparos efetuados em um determinado equipamento, em um curto período de dias especificado. Este indicador é uma boa ferramenta para identificar equipamentos que apresentam problemas crônicos. Além disso, ajuda a identificar técnicos e operadores que necessitam de treinamento adicional.

**6. Tempo médio de retorno:**

Este indicador mostra o tempo médio, em dias, que os equipamentos levam para retornar à operação normal após uma manutenção. É útil para mostrar a eficiência de uma estrutura de EC. Para o cálculo, usa-se a seguinte equação:

$$\frac{TMR = \sum PD}{NE}$$

Onde:

TMR = Tempo médio de retorno (em dias)

PD = Período de indisponibilidade dos equipamentos (em dias)

NE = Número de equipamentos

**7. Número de ordens de serviço por setor:**

É definido como o número total de ordens de serviço abertas para cada setor da unidade.

**8. Horas produtivas por horas disponíveis:**

É o tempo efetivo de trabalho das equipes dos Serviços de Engenharia Clínica. A vantagem deste indicador é que ele mostra se as equipes estão documentando seus tempos no trabalho, que podem ser calculados da seguinte maneira:

$$\frac{P = \sum HP}{\sum HD}$$

Onde:

P = Produtividade (em %)

HP = Horas produtivas

HD = Horas disponíveis

As horas produtivas são a soma de horas trabalhadas, reuniões, tempo de estudo, treinamento, etc., no período de um ano. As horas disponíveis são o número de horas disponíveis anualmente, descontados os feriados, as férias e as horas com atestado de saúde.

### **9. Custo diário de um leito parado:**

Este indicador é útil para ser utilizado em setores mais importantes como a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e está relacionado com equipamentos de suporte à vida.

#### Benefícios do Gerenciamento da Qualidade do Núcleo de Manutenção:

- Redução dos gastos com manutenção;
- Redução do tempo de parada do equipamento;
- Avaliação da veracidade dos orçamentos;
- As empresas prestadoras de serviços são mais bem controladas, e com isto surge automaticamente a desejada melhoria de qualidade;
- Os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas com mais tempo para executar sua principal tarefa, que é cuidar dos pacientes;
- Operadores de equipamentos treinados diariamente;
- Compras feitas com maior precisão e maior possibilidade de acertos;
- Contratos de manutenção mais bem elaborados e controlados;
- Equipamentos passam a ter uma melhor qualidade técnica;
- Indicadores validados e auditados, para garantia de melhorias constantes.

Desta forma, o Núcleo de Manutenção contribuirá para a melhoria do atendimento, entendendo que não basta ter apenas bons médicos e profissionais treinados, é necessário controlar os ativos, de forma a utilizar ao máximo seus benefícios, como também controlar os elevados custos de manutenção, a fim de manter-se vivo financeiramente. As tecnologias biomédicas são as maiores vilãs financeiras do sistema de saúde atualmente, melhorar o controle sobre estas, é fator fundamental para a sobrevivência dos estabelecimentos médicos de saúde.

**Considerações Gerais:**

- O Instituto de Gestão e Humanização – IGH deverá implantar Procedimentos de Controle, visando:
  - o Determinar as medições e revisões a serem feitas e a exatidão requerida, e selecionar os métodos e equipamentos apropriados, que tenham a capacidade para disponibilizar toda a segurança sobre o serviço usuário do equipamento específico.
  - o Identificar todo equipamento que possa afetar a qualidade dos Serviços, ajustá-los e adequá-los em intervalos prescritos, ou antes, do uso.
  - o Definir e registrar o processo empregado para o ajuste e adequação dos equipamentos, incluindo detalhes como: tipo de equipamento, problema, causa efeito, ferramentas necessárias, identificação do mesmo, localização, frequência de checagens, método de verificação, critérios de aceitação e a ação a ser tomada quando os resultados forem insatisfatórios;
  - o Identificar os equipamentos e registrar todas as ações tomadas, para a geração de um histórico da sua vida útil e análise do seu custo x benefício com base no seu valor residual atualizado e nos gastos com as manutenções realizadas.
  - o Proteger as instalações e equipamentos, contra quaisquer riscos de danos aos mesmos.
  
- A Avaliação da Conformidade dos serviços é um poderoso instrumento para o desenvolvimento da organização hospitalar e para propiciar segurança aos usuários do sistema de saúde ofertado pela Hemorrede Pública de Goiás no processo de melhoria contínua da qualidade, incrementando ações com foco nos processos de trabalho. Para o IGH, o programa de avaliação da conformidade representa um importante instrumento para tornar efetivo o cumprimento dos regulamentos estabelecidos e facilitar a fiscalização por eles exercida.
  
- A responsabilidade pela análise e a autoridade para a disposição de Serviços

não conforme devem ser definidas. Os serviços não conforme devem ser analisados criticamente de acordo com procedimentos documentados. O serviço poderá ser:


- o Retrabalhado para atender aos requisitos especificados;
- o Aceito com ou sem mudanças, mediante concessão;
- o Reclassificação para aplicações alternativas; ou
- o Rejeitado.

Quando requerido em contrato, a realização do serviço que não esteja em conformidade com os requisitos especificados, deverá ser relatada à SESA ou seu representante, para fins de análise e concessão de alternativas. A descrição da não conformidade que tenha sido aceita e das alternativas propostas deverá ser registrada para indicar a condição real. Os serviços não conformes deverão ser revistos de acordo com o Plano da qualidade e/ou procedimentos documentados.

- A proposta de trabalho do Núcleo de Manutenção Geral deverá dispor de toda infraestrutura necessária para atender as solicitações dos serviços de manutenção que venham a se impor como indispensáveis na conservação e bom funcionamento da edificação.
- Serviços técnicos, de obras, equipamentos ou outra dimensão que esteja dentro do domínio da infraestrutura própria, devem ser dirigidos pelo profissional técnico responsável pelos trabalhos ou ser objeto de contratação de pessoa física ou jurídica legalmente habilitada, em regime de prestação de serviços.
- Qualquer que seja o trabalho executado deverá ser aplicado o checklist pertinente, qualquer alteração do serviço inicialmente previsto deverá ser comunicada ao encarregado de manutenção para posterior aprovação.
- O encarregado deverá prever os subsídios necessários para realização dos serviços utilizando preferencialmente materiais disponíveis no almoxarifado da manutenção, caso necessite de material não disponível, solicitar compra a unidade de compras para manutenção.
- As anomalias verificadas pelos serviços de manutenção permanente devem ser apresentadas em relatórios ao coordenador de apoio operacional para que o mesmo desenvolva ações de melhoria e preventiva.



- O Núcleo de Manutenção Geral deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás</b>  <b>Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Núcleo Manutenção Geral  POP: (NMG + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /  Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
<b>Elaborado por (nome/função):</b>	<b>Revisado por (nome/função):</b>	<b>Aprovado por (nome/função):</b>

## 5.10 – Arquivo de Prontuários Médicos

### ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES E ESTATÍSTICA

Muito se tem falado sobre a importância do prontuário do paciente nas ações de indenização de ato ilícito, visto que ele se torna a mais eloquente prova de que o serviço foi prestado, tanto pela equipe de saúde, como pela organização onde ocorreu o atendimento. A Resolução 1638 de 2002 do Conselho Federal de Medicina define as premissas para o prontuário do paciente e cria a Comissão de Revisão de Prontuários. É um documento protegido pelo sigilo profissional, assim previsto no Código de Deontologia dos profissionais de saúde, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina em janeiro de 1988 e equiparado a ato normativo federal, por força da Lei nº 3.268/57. A inviolabilidade do segredo profissional é prevista também no art. 154 do Código Penal. O prontuário do paciente é o documento que retrata a relação entre o paciente e os profissionais da equipe multiprofissional, e a **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** será o seu fiel depositário. O Prontuário do paciente será a prova material de que a obrigação assumida foi inteiramente cumprida, e caso tenha ocorrido algum dano ou apresentado algum defeito, nos termos do Código do Consumidor, possam ser encontrados os elementos necessários para se comprovar a inexistência, ou do dano propriamente dito ou da responsabilidade, seja da equipe de saúde, seja da Hemorrede Pública de Goiás.

Assim, diante da importância do prontuário do paciente, uma atenção especial será destinada pelos gestores da Hemorrede Pública de Goiás, com espaço adequado, equipamentos, mobiliários e recursos humanos que atendam a demanda prevista. Com relação aos documentos que se referem ao paciente, será garantida a segurança das informações, dos documentos pertinentes assim como de todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos.

Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na Instituição ou a posterior se, solicitado pelo próprio paciente ou pessoa formalmente

designada. O Serviço de Arquivo e Prontuário do Paciente terá funcionamento de segunda à sexta-feira das 8:00 às 18:00.

#### **Objetivos do Serviço:**

1. Registrar e armazenar, por no mínimo 20 anos, a contar do último atendimento, conforme dispõe a Resolução CFM 1.639/2002, e garantir a integridade dos documentos e registros de pacientes;
2. Ser fonte de dados confiável, inteligíveis e recuperáveis, facilitando desta forma, a movimentação diária de profissionais de saúde, auditorias de convênios, serviço de estatística da própria unidade, estudantes e profissionais graduados que buscam dados estatísticos para pesquisas e até mesmo do próprio paciente ou de outrem designado por ele;
3. Organizar os prontuários do paciente gerados pelos diversos setores da Hemorrede Pública de Goiás.

#### **Composição da Equipe:** ✓

- O quadro de colaboradores do Serviço de Arquivo de Prontuários do Paciente será composta de dois auxiliares administrativos com experiência em arquivamento de documentos. Todos os colaboradores trabalharão em regime de CLT com carga horária de trabalho de 44 horas/semanais.
- Um colaborador de Arquivo de Prontuário do Paciente deverá compor o quadro da Comissão de Revisão de Prontuário afim de que os trâmites desta Comissão sejam agilizados.

#### **Composição e Organização do Prontuário:**

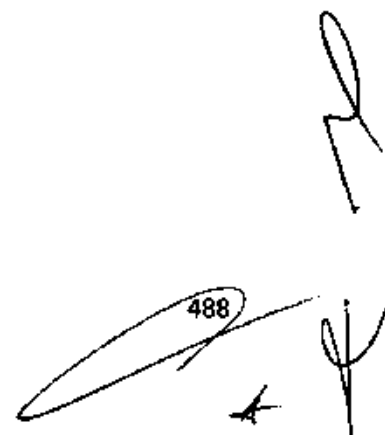
A Hemorrede Pública de Goiás possuirá um prontuário único para cada paciente, que incluirá todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação leito/dia), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

2. Consultas ambulatoriais não agendadas: a partir de solicitação da recepção do ambulatório;
3. Internamentos hospitalares leito/dia: a partir da solicitação do setor no momento da internação;
4. Solicitações de áreas autorizadas como: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Coordenação médica, Coordenação de Ensino e Pesquisa, Comissão de Análise de Prontuários e Comissão de Infecção em Serviços de Saúde, Coordenações de unidades técnicas;
5. Os pacientes ou seus responsáveis legais poderão solicitar a reprodução completa ou parte dos prontuários, desde que devidamente identificados e munidos de documentos necessários comprobatórios, através do preenchimento da ficha própria destinada a este fim.

**Formulários para solicitação de prontuários:**

As retiradas de prontuários do serviço de arquivo deverão ocorrer mediante solicitação de impresso padronizado.

488



### **Registros no Prontuário do Paciente:**

Os Registros efetuados pelas equipes assistenciais no prontuário do paciente têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 12 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Os registros realizados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe assistencial e prova legal da assistência prestada ao usuário do serviço.

Desta forma a realização dos registros, no prontuário do paciente, por todos os profissionais habilitados para tal, deverá observar os seguintes critérios:

- Atender as determinações legais da Lei do Exercício Profissional e Código de Ética das respectivas categorias profissionais da equipe multiprofissional de saúde;
- O registro em prontuário, de todo e qualquer tipo de procedimento realizado, é um direito do paciente e expressa obrigação do profissional que o executou;
- Para efetuar o registro seguro é necessário o conhecimento técnico-científico sobre o procedimento executado;
- O registro deverá ser realizado em tempo real, logo após a execução da assistência prestada;
- O registro deverá constar em impresso devidamente identificado com dados do paciente – nome e sobrenome, nº leito, nº prontuário / atendimento;
- O profissional que realizou a assistência deverá assinar o seu nome em todos os registros realizados, logo após a redação, seguido do nº da inscrição no conselho de classe.
- Os registros deverão denotar precisão e veracidade, de modo claro, exato, completo, objetivo e conciso – não deixando margens a interpretações dúbias ou questionamentos complementares: após a data, iniciar com o horário e terminar com a assinatura; não deixar espaço em branco para

evitar que alguém altere o registro feito; fazer o registro de forma nítida, com letra legível e à tinta; utilizar tinta azul ou preta para os registros diurnos e tinta vermelha para os registros noturnos; não rasurar - se cometer erros, utilizar o método de correção adotado pela instituição - digo, sem efeito, etc.; não utilizar corretivos. Poderá caracterizar alteração de registro feito; não utilizar marca texto - o registro se apagará com o tempo.

- Para a realização dos registros, utilizar apenas os termos científicos, por extenso e apenas abreviaturas padronizadas e convencionadas.

### 5.10.1 – Fluxo para documentos Administrativos

#### Documentos Administrativos:

##### **Documentos recebidos de Origem Externa:**

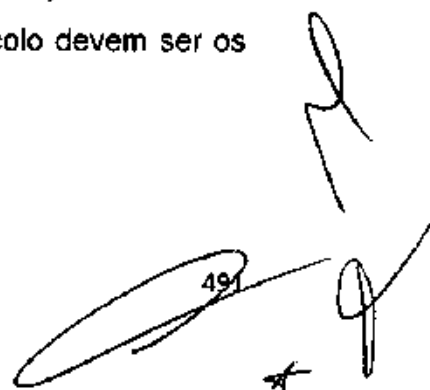
No que diz respeito aos documentos recebidos de origem externa, utilizaremos o sistema de Registro de Protocolo Geral. O setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam à Instituição e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificado o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados:

- Data Recebimento;
- Destinatário;
- Remetente;
- Data de Entrega e
- Assinatura do Recebedor.

##### **Documentos recebidos de Origem Interna:**

Os documentos de origem interna que irão tramitar internamente na Unidade devem seguir o procedimento de registro de protocolo, sendo este, Protocolo de Documentos Setorial. Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmo do Livro de Registro de Protocolo de Documentos.

491



### **Documentos de Pacientes:**

Com relação aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das informações e documentos pertinentes ao paciente e todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos enquanto clientes e usuários das Instituições de Saúde. Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na instituição.

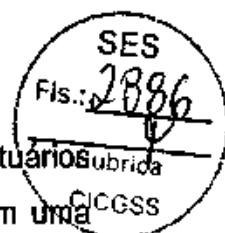
### **Documentos Assistenciais:**

As informações para o funcionamento dos processos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME serão providas por diversos setores da Unidade, entre eles:

- a) Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o sistema paciente de informações sobre os usuários de nossos serviços;
- b) Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- c) Enfermarias: informações constantes sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário;
- d) Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- e) Profissionais de saúde: através das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições;
- f) Serviços especializados (Laboratório, Farmácia, Nutrição, etc.): através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

### **O fluxo de documentos no ambulatório seguirá a seguinte rotina:**

- O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.
- Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o



arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

- Quando um prontuário for retirado das prateleiras será colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhado.

**O fluxo de documentos no internamento leito/dia seguirá a seguinte rotina:**

- O prontuário pode tramitar por vários setores até o fim do tratamento do paciente, quando então é enviado para o setor de fatura, que irá levantar os gastos do tratamento e o devolverá ao arquivo.
- Os profissionais da equipe de saúde que necessitarem consultar algum prontuário deverão preencher uma ficha de solicitação de prontuário. A consulta deve ser feita na própria Unidade e fica proibida a circulação do prontuário fora da Hemorrede Pública de Goiás.
- No caso do atendimento do usuário nos serviços ambulatoriais sem o prontuário, existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

**5.11 – Monitoramento de Indicadores de Desempenho Hospitalar de Qualidade**

**5.11.1 - SETOR DE ESTATÍSTICA E INFORMAÇÃO – EI**

O Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares é responsável pela divulgação dos dados e Indicadores de uma Unidade de Saúde. O Setor de Estatística da **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** estudará e pesquisará o levantamento de cada dado com a máxima quantidade de informações possível, adotando sempre uma postura de transparência, e desenvolve ações de aprimoramento a cada edição de seus Boletins e Indicadores que servirão aos gestores com informações que permitam a otimização de recursos financeiros bem como avaliação e análise



para tomada de decisões e também de auxílio para o ensino e a pesquisa de vários usuários da unidade.

Além dos Indicadores este setor será responsável pela atualização do CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (cadastro de todos os profissionais do hospital, equipamentos, leitos, serviços, Unidades de Atendimento, outros). O serviço funcionará em horário administrativo, de segunda à sexta-feira das 07 às 17hhoras.

Nos termos da Lei de Acesso a Informação, os sítios eletrônicos deverão atender aos seguintes requisitos:

- Conter ferramenta de pesquisa de conteúdo que permita o acesso à informação de forma objetiva, transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão;
- Possibilitar a gravação de relatórios em diversos formatos eletrônicos, inclusive abertos e não proprietários, tais como planilhas e texto, de modo a facilitar a análise das informações;
- Possibilitar o acesso automatizado por sistemas externos em formatos abertos, estruturados e legíveis por máquina;
- Divulgar em detalhes os formatos utilizados para estruturação de informação;
- Garantir autenticidade e a integridade das informações disponíveis para acesso;
- Manter atualizadas as informações disponíveis para acesso;
- Indicar local e instrução que permitam ao interessado comunicar-se, por via eletrônica ou telefônica, com a entidade detentora do sítio; e
- Adotar as medidas necessárias para garantir a acessibilidade de conteúdo para pessoas com deficiência.

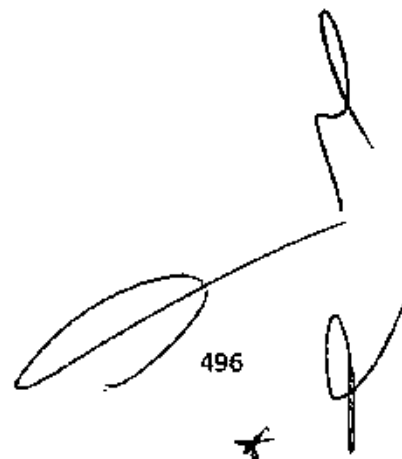
**Competências do Serviço:**


1. Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados em leito/dia e ambulatório para a detecção de Doença de Notificação Compulsória – DNC;
2. Notificar e investigar, no âmbito Hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
3. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância à Saúde;
4. Digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente de saúde, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores da Unidade;
5. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito de Serviços de Saúde;
6. Monitorar e avaliar agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;
7. Promover um trabalho integrado com o laboratório da Hemorrede Pública de Goiás e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
8. Estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de paciente em uso de medicamentos próprios de DNC;
9. Promover a integração com o serviço de arquivo médico e a Comissão de Revisão de Prontuário para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;
10. Trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde-CCISS;
11. Realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no ambiente de Serviços de Saúde;


12. Elaborar e divulgar periodicamente relatórios das doenças notificadas na Unidade e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
13. Realizar treinamentos para os profissionais dos serviços, capacitando-os para a realização de Vigilância Epidemiológica - VE no ambiente de serviços de saúde;
14. Proporcionar campo de estágio em VE no ambiente Hospitalar para residentes e estagiários;
15. Avaliar as ações de VE no ambiente de serviços de saúde por meio de indicadores;
16. Participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente de serviços de saúde.

O Setor de Estatística e Informação deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

496



 Instituto de Gestão e Humanização	<b>Hemorrede Pública de Goiás Procedimento Operacional Padrão</b>	Serviço/Setor: Estatística e Informação
		POP: (EI + nº de ordem)
		Elaborado em:     /     /
		Revisado em:     /     /
<b>ROTINAS OPERACIONAIS</b>		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

  
497


### 5.11.2 - INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO HOSPITALAR

A execução do contrato de gestão para gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde na **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** será analisado, periodicamente, pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Contratos de Gestão, conforme definições previamente estabelecidas e que atende exigências legais que serão acompanhadas pelo Conselho Estadual de Saúde. Essa atividade se justifica, dada a necessidade de garantir o direito de assistência à saúde aos usuários do SUS com resolutividade e integralidade, respeitando o princípio da territorialidade, preservando a economicidade e o equilíbrio financeiro, para a execução dos serviços de atenção à saúde a nível dos serviços de saúde e atendimento ambulatorial, de forma abrangente e qualificada por meio das condições estipuladas no Plano operacional. O monitoramento do Contrato de Gestão tem o objetivo de avaliar o nível de desempenho da Unidade, relativo às metas quantitativas e qualitativas, mediante aplicação dos critérios estabelecidos no Plano Operacional, devendo também observar as regras dispostas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, nas Leis nº 8.080/90, nº 8.142/90 e nº 5.519/2005, assim como nas portarias ministeriais.

O IGH irá adotar um sistema de metas e indicadores de desempenho para aferir, sistematicamente, o padrão da qualidade dos serviços prestados nas dimensões de qualidade, custo, atendimento e segurança. Esses indicadores são monitorados e analisados periodicamente e os desvios, devidamente tratados. A preocupação com a melhoria se reflete também na análise de indicadores e detecção de oportunidades, que vão gerar, após discussão e análise da situação atual, planos de ação de melhoria que serão acompanhados de forma sistemática, até que a nova meta para dado indicador seja atingida. As oportunidades de melhoria poderão vir de sugestões de usuários e colaboradores ou de "benchmarking" de referenciais externos.

A análise crítica constante dos processos em vigor permitirá detectar oportunidades de revisão de processos, com vistas à simplificação do serviço, redução da burocracia e dos tempos de atendimento e otimização dos recursos. Toda essa abordagem deverá ser rapidamente percebida pelos usuários. Assim, a retenção desses pacientes no nível local é facilitada já que eles vivenciam, em suas

experiências com o serviço, o acesso facilitado ao atendimento e a alta resolutividade do serviço. Dessa forma, pretende-se evitar o excesso de encaminhamentos e transferências, bem como as complicações decorrentes de demora no atendimento inicial.

### **Metodologia Utilizada:**

#### **1. Avaliação:**

Avaliação é um meio sistemático de apreender e de utilizar as lições apreendidas para o aperfeiçoamento das atividades em desenvolvimento, para um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção entre as distintas possibilidades de ação futura. A avaliação é essencial na tomada de decisões, de cunho gerencial e técnica, que visem transformar situações consideradas negativas em desafios e oportunidades. É fundamental na definição de prioridades e diretrizes da instituição e acompanhamento do desempenho alcançado.

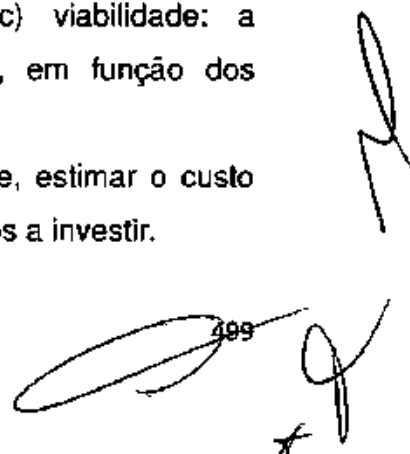
Para tal, a Hemorrede Pública Estadual de Goiás deverá investir na elaboração de instrumentos normalizadores, no planejamento, definindo com clareza os objetivos e metas a serem atingidos, e na definição dos indicadores, que são fundamentais para presumir o que poderá ocorrer no futuro e validar as mudanças que se fizerem necessárias.

#### **2. Seleção:**

Os indicadores devem ser cuidadosamente selecionados e apresentar características essenciais, capazes de serem realmente úteis à avaliação. Assim, devem possuir as seguintes características: autênticos, objetivos, claros e evidentes, específicos. Os indicadores envolvem, na sua seleção e aplicação, aspectos técnicos e financeiros que necessitam ser considerados: Quanto aos aspectos técnicos, destacam-se: a) validade: o grau em que efetivamente se mede o que se pretende avaliar; b) fidedignidade: a autenticidade e a consistência dos resultados alcançados, quando aplicados repetidamente; c) viabilidade: a possibilidade efetiva de utilizar os indicadores selecionados, em função dos recursos humanos e naturais disponíveis.

Quanto aos aspectos financeiros: é necessário, preliminarmente, estimar o custo operacional dos indicadores selecionados, para prover os recursos a investir.

409



Assim, os indicadores deverão ser definidos nos termos do contrato em parceria com a alta administração, que deverá designar os responsáveis pela sua apuração e apresentação. Uma série histórica deverá ser elaborada, que permita avaliar as tendências desses indicadores e identificar que processos precisam de uma intervenção visando à solução de fatores críticos e à melhoria de desempenho. Todos os indicadores deverão ser consolidados em relatórios mensais e anuais – instrumentos de acompanhamento e avaliação de desempenho – para serem apresentados aos responsáveis pelas áreas ou serviços, para a alta administração e para a Secretaria Estadual de Saúde. Será de suma importância a visão ampla de todos os sistemas que compõem a Hemorrede Pública de Goiás, no momento da análise dos dados, buscando sempre a correlação entre todos os indicadores com os resultados globais alcançados.

#### **Indicadores de Qualidade – Sistemática de Avaliação**

Os Indicadores deverão relacionar-se à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e deverão medir aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores será crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Trimestralmente, serão reavaliados os Indicadores de Qualidade podendo ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas, sendo que o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna esse indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados.

Os indicadores constantes desta proposta de técnica constituem obrigação contratual, sendo da responsabilidade do IGH apresentar a totalidade dos indicadores de qualidade previstos.

500  
+

**METAS E INDICADORES:**

**1. Qualidade da Informação:**

Apresentação do Boletim de Produção Ambulatorial- BPA

Avalia a proporcionalidade de BPA em relação à atividade. Considerando-se que os Hemocentros sob o Contrato de Gestão são emissores de BPA, a meta a ser cumprida é a apresentação da totalidade (100%) dos BPA's referentes aos procedimentos realizados em cada mês de competência.

O prazo para entrega da informação é conforme o cronograma da Secretaria Municipal de Saúde que está vinculado ao cronograma do MS - Datasus. Os dados devem ser enviados em meio magnético (CD ROM) para a Gerência de Auditoria e Processamento da Informação da Secretaria de Estado, contendo BPA do mês de competência. A reapresentação de procedimentos ou atrasos no faturamento serão monitorados e norteados pela Coordenação de Processamento da Informação da SES.

O prazo para entrega da produção SIA/SUS na Gerência de Auditoria e Processamento da Informação da SES obedecerá o cronograma da SES.





Serão apresentadas também produções não registradas no sistema Datasus, por limitação/ falta de código dos procedimentos, ou por serem produções faturadas por outras Unidades da SES para terceiros com o objetivo de compor série histórica e composição da produção executada.

**2. Atenção ao Usuário – Resolução de queixas e pesquisa de satisfação:**

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

**Notas:**

- Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente.

  
  
501  
  




- Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos doadores, pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente abrangendo, no mínimo, 10% do total de usuários, de cada grupo (doadores, pacientes/acompanhantes), escolhidos aleatoriamente.

A pesquisa será feita e registrada em meio físico ou eletrônico, preferencialmente anônima. Os modelos dos questionários para a pesquisa deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas. O envio das planilhas de consolidação à SES deverá ocorrer até o dia 10 do mês imediatamente subsequente.

- A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes.
- Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em amostra aleatória de pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios das unidades, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório.
- A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica.
- Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pela Secretaria de Estado da Saúde.
- Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento

ambulatorial. O envio das planilhas de consolidação dos três grupos até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente.

### 3. Doador Espontâneo:

Com a finalidade de monitorar o desempenho da capacidade da Hemorrede em captar Doadores, será acompanhado como indicadores a porcentagem de Doador Espontâneo na Hemorrede.

#### Notas:

Doação Espontânea, segundo a Portaria MS 1353/2011, é a doação de pessoas motivadas para manter o estoque de sangue do serviço de Hemoterapia. É decorrente de um ato de altruísmo sem ter o nome de um possível receptor.

A meta a ser atingida é o alcance de 75% (setenta e cinco por cento) de doações espontâneas na Hemorrede em relatório que deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

### 4. Doador de Repetição:

Com a finalidade de monitorar a qualidade do serviço e a consequente fidelização do doador, acompanharemos como indicadores a porcentagem de Doações de Repetição na Hemorrede.

Doador de Repetição, segundo a Portaria MS 1353/2011, é aquele doador que realiza duas ou mais doações no período de 12 meses.

A meta a ser atingida é o alcance de 60% de doações de repetição na Hemorrede em relatório que deverá ser consolidado e enviado mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

### 5. Qualidade dos Hemocomponentes:

Mede o alcance da Hemorrede dos parâmetros de qualidade dos hemocomponentes de acordo com a legislação vigente. Assim a meta é o alcance de 90% de conformidade em cada um dos parâmetros avaliados por tipo de hemocomponente produzido. Caso o percentual de conformidade estabelecido pela legislação seja maior que 90%, deve-se atender à Portaria MS 158/2016. Os

parâmetros avaliados devem corresponder integralmente ao que exige a legislação vigente e deverão ser consolidados e enviados mensalmente até o dia 10 do mês subsequente.

**5.1- Hemocomponentes produzidos:**

1- Concentrados de Hemácias - CH: são os eritrócitos que permanecem na bolsa depois que esta é centrifugada e o plasma extraído para uma bolsa - satélite. São produzidos de acordo com os critérios técnicos definidos nesta Portaria, e são definidos como:

- I – concentrado de hemácias (CH).
- II – concentrado de hemácias lavadas.
- III – concentrado de hemácias com camada leucoplaquetária removida.
- IV – concentrado de hemácias desleucocitado.

2- Plasma Fresco Congelado - PFC: é o plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação ou por aférese e congelado completamente em até 8 (oito) horas depois da coleta, atingindo temperaturas iguais ou inferiores a -30oC (trinta graus Celsius negativos). Os componentes plasmáticos são produzidos utilizando-se os critérios técnicos definidos nesta Portaria e são definidos como:

- I – plasma fresco congelado (PFC)
- II – plasma fresco congelado dentro de 24 (vinte quatro) horas (PFC24)
- III – plasma isento do crioprecipitado (PIC)
- IV – plasma
- V – crioprecipitado (CRIO).

3- Concentrados de Plaquetas (CP):o CP obtido a partir do sangue total é uma suspensão de plaquetas em plasma, preparado mediante dupla centrifugação de uma unidade de sangue total, coletada em tempo não maior que 15 (quinze) minutos e preferencialmente em até 12 (doze) minutos, também pode ser obtido por aférese. São produzidos utilizando critérios técnicos definidos nesta Portaria e são definidos como:

- I - CP obtido de sangue total.
- II - CP obtido por aférese.
- III - CP desleucocitados.

IV - Pool de plaquetas.

4- Componentes sanguíneos irradiados: são componentes celulares que devem ser produzidos utilizando-se procedimentos que garantam que a irradiação tenha ocorrido e que a dose mínima tenha sido de 25 Gy (2.500 cGy) sobre o plano médio da unidade irradiada.

505  
#

## 6. RECURSOS HUMANOS

### 6.1 – Proposta para seleção e contratação de pessoal.

Em todas as ações e Projetos bem sucedidos que o **Instituto de Gestão e Humanização – IGH** promoveu desde a sua fundação, destacam-se o empenho, dinamismo, profissionalismo e eficácia do seu bem mais precioso, que é o seu quadro de Recursos Humanos.

Como valorização deste patrimônio e, conforme políticas institucionais adotadas pelo IGH, inspirados em tecnologias e modelos de sucesso, durante o processo de Gestão de Recursos Humanos da Unidade serão utilizadas metodologias analíticas e de gestão que possibilitam a integração e humanização das relações interpessoais internas e externas à Instituição.

A Gestão de Recursos Humanos do IGH, sobretudo a proposta para os colaboradores atuantes na Unidade é uma ferramenta de gestão calçada sob os pilares administrativos de Planejar, Organizar, Dirigir e Controlar, promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, por consequência, garantirão um colaborador mais motivado e comprometido para com os serviços prestados à população.

Agregadas às ferramentas de Planejamento e Controle, a Gestão de Recursos Humanos do IGH promove processos que permitem que se agregue, integre, incentive, desenvolva, mantenha e acompanhe as pessoas desde o seu ingresso na Instituição.

São enfocadas as aplicações de práticas gerenciais e seus padrões de trabalho para que as pessoas sejam capacitadas a desenvolver e utilizar seu pleno potencial, em alinhamento com as estratégias da Organização na gestão da Hemorrede Pública Estadual de Goiás. Desta forma, os esforços são concentrados para criar um ambiente de trabalho que conduza à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e da Instituição.

A Gestão dos Recursos Humanos do IGH tem como objetivo desenvolver processos de avaliação, gestão e qualificação continuada destinada aos colaboradores, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho, que visem a potencialização destes como

agentes de transformação social no desempenhar de suas funções na Hemorrede Pública de Goiás.

## **DEFINIÇÕES SOBRE os processos de RH:**

### **Sobre a cessão de colaboradores efetivos da SES/GO:**

1. A SES/GO disponibilizará colaboradores públicos efetivos para atuar na unidade de saúde, ficando o IGH responsável pela gestão operacional dos colaboradores cedidos.
2. A SES/GO deverá providenciar, no prazo de até 90 dias, o processo de remoção dos servidores efetivos que optarem por não permanecer na Hemorrede Pública de Goiás.
3. o IGH não poderá ceder seus empregados, bem como os colaboradores efetivos que estiverem à sua disposição a qualquer instituição pública ou privada.
4. A capacitação dos colaboradores efetivos colocados à disposição do IGH será promovida e custeada pelo mesmo, de acordo com a necessidade.
5. O IGH a qualquer tempo, poderá devolver o colaborador público que lhe foi cedido, desde que justificadamente, hipótese em que será promovida pela SES/GO a abertura de Processo Administrativo Disciplinar, não constituindo quaisquer intercorrências relativas ao pessoal cedido justificativa para eventual descumprimento das metas e/ou dos indicadores pactuados.
6. Após esse período, as solicitações de cancelamento da cessão, seja pelo servidor público seja pelo IGH, deverão observar o art. 25 do Decreto 2484-R, de 09 de março de 2010.

### **Sobre a gestão de RH do IGH:**

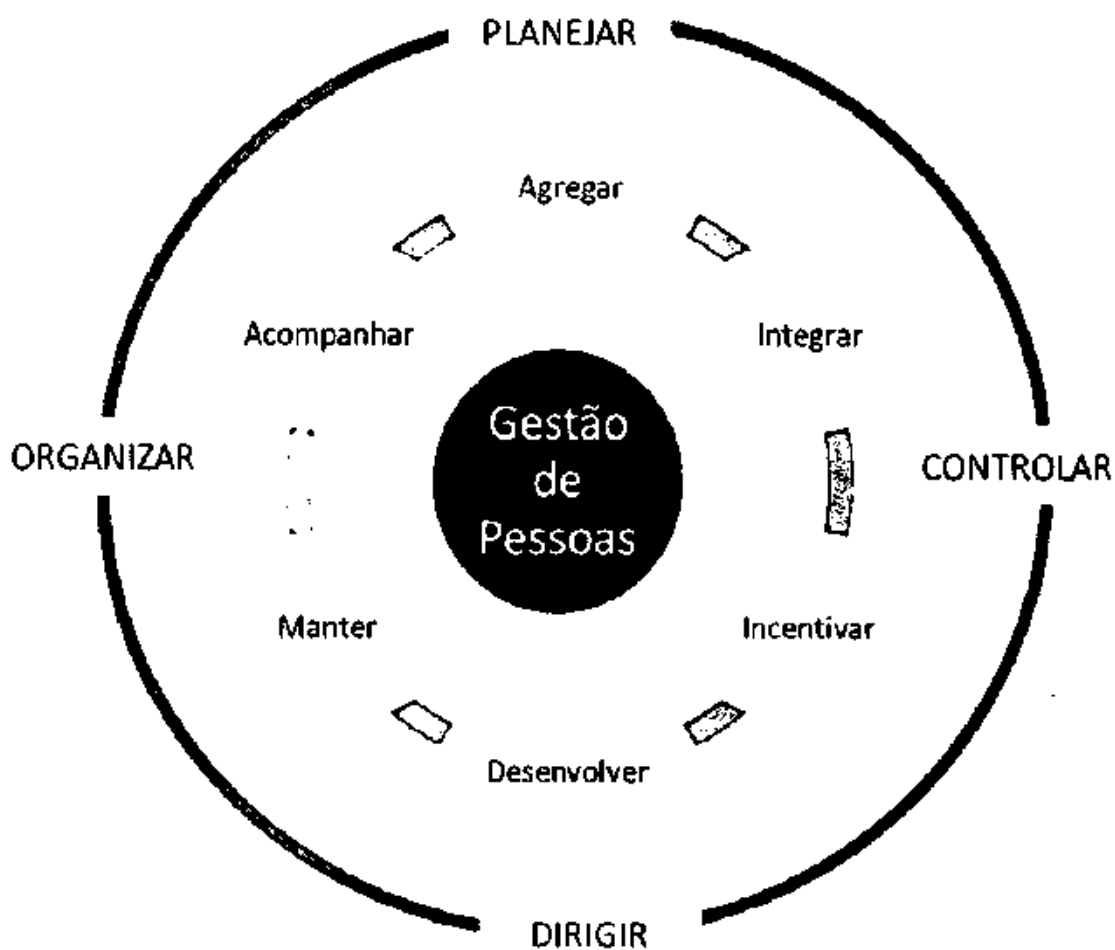
- A Gestão de Recursos Humanos do IGH deverá manter em sua estrutura organizacional um setor de apoio à gestão de pessoas, vinculado diretamente a Diretoria Administrativa.
- Tal setor deverá ampliar suas atuais ações e deverá ter como objetivo desenvolver processos de qualificação continuada destinados aos

colaboradores técnico-operacionais e administrativos, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho e no processo de formação, que visem a potencialização destes como agentes de transformação social e bons servidores da população que busca a Unidade atrás de atendimento.

- Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho dos colaboradores, além de desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação no trabalho, bem como de políticas de assistência social que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos colaboradores.
- O setor possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional do colaborador, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliação cadastro e arquivo e benefícios e licenças. Atuará, ainda, junto as Diretorias da Unidade, Coordenações e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) para as questões relativas a segurança no trabalho e saúde ocupacional do colaborador.
- Dentre as competências e habilidades específicas da equipe do setor de pessoal, pode-se citar o fato de o psicólogo ser um facilitador na gestão das mudanças, de levar ao ajustamento e à integração do indivíduo à cultura organizacional, de ser um articulador junto às lideranças no contato e interação com os indivíduos no ambiente de trabalho, além de mediador de conflitos. O psicólogo no ambiente organizacional tem a finalidade de dar suporte às relações, elevar a qualidade da saúde no trabalho, com vistas a desfavorecer a produção de patologias no comportamento, com a aplicação de técnicas que exercitam a inteligência emocional do indivíduo; também contribui para a promoção da saúde, satisfação e bem-estar dos colaboradores, pois minimiza o estresse e outras perturbações psíquicas. Como resultado da atuação, tem-se as formações de compromissos necessárias à manutenção da integridade física, psíquica e social do sujeito no ambiente de trabalho, razão pela qual ele é considerado uma indispensável peça na gestão de pessoas nos tempos atuais.

## PRINCIPIOS DA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

São baseados em princípios norteadores do IGH e que primam pela ética, competência, valorização e qualificação do colaborador, compromisso, socialização, inovação, qualidade, humanização e respeito aos princípios do SUS, como o da integralidade, universalidade, equidade e resolutividade. Tais princípios possibilitam o desenvolvimento dos processos que permitem que se *agregue, integre, incentive, desenvolva, mantenha e acompanhe* as pessoas desde o seu ingresso na Instituição.





## **1 - PRINCIPIOS DE AGREGAR PESSOAS:**

Os critérios de inclusão de novos colaboradores se darão por competência, técnica, perfil e experiência dos candidatos para com as atividades propostas. Todos os critérios serão isonômicos e pontuados nas competências elencadas acima, tendo ainda a política de agregar pessoas para exercerem suas atividades na Unidade, pautada nos seguintes princípios e ações:

1. Os processos de recrutamento, seleção, contratação e lotação serão baseados no princípio ético da transparência e do livre acesso a todos os interessados;
2. O IGH deverá instituir um processo de dimensionamento de pessoal, considerando as necessidades, a ampliação dos serviços e a realidade epidemiológica;
3. A definição dos cargos deverá retratar o desenho organizacional contemplado num manual de cargos e atribuições com atualizações periódicas;
4. A lotação do colaborador se dará de acordo com a necessidade institucional e, sempre que possível, conciliando com a experiência do mesmo;
5. A área de pessoal deverá auxiliar a coordenação no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada setor;
6. O departamento de pessoal, ou setor correspondente disponibilizará à Coordenação seus relatórios gerenciais atualizados, com quantitativos reais;
7. O processo de recrutamento e seleção de novos colaboradores obedecerá a rotinas estabelecidas em programas específicos.

### **Recrutamento e Seleção:**

As ferramentas de recrutamento e a seleção de pessoal são utilizadas para suprimento de duas demandas. A seleção visa escolher a pessoa potencialmente capaz para ocupar o cargo em questão. Além da seleção de novos colaboradores, o IGH vale-se da utilização, também, do recrutamento interno. Tal medida visa sobretudo valorizar seu capital humano e dar a este a oportunidade de potencializar sua capacidade de trabalho.

### **Contratação e Lotação:**

Após seleção do trabalhador, os ritos de contratação são tomados com base na legislação vigente e normas Institucionais do IGH e, após cumpridos tais requisitos o colaborador passa pelo devido treinamento e definição da sua lotação.

## 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRAR PESSOAS:

A política de Integrar pessoas está pautada nos seguintes princípios e ações:

1. O processo de integração, ambientação e socialização dos colaboradores deverá ser realizado junto com as direções e gestores imediatos, fazendo a inserção do novo colaborador no ambiente de trabalho, com programas intensivos de treinamento inicial destinados aos novos membros, para familiarizá-los com a linguagem usual da organização, com os usos e costumes internos (cultura organizacional), a estrutura de organização (as áreas ou departamentos existentes), os principais produtos e serviços, a missão e os objetivos organizacionais;
2. Todo colaborador passará por um programa visando a sua integração e adaptação à Instituição, podendo o mesmo passar por sua remoção, remanejamento, readaptação e reintegração, a critério da instituição, atendendo a legislação pertinente.
3. A área de pessoal ou setor competente estabelecerá um programa de readaptação funcional, buscando-se definir os papéis e limites de autoridade e responsabilidade dos diferentes agentes responsáveis por este processo, bem como definindo critérios para o remanejamento interno dos colaboradores, buscando aproveitar as competências de cada um.

## 3 - PROPOSTA PARA INCENTIVAR PESSOAS:

Abraham Maslow estabelece necessidades e se refere a uma pirâmide que representa uma divisão hierárquica a respeito das necessidades humanas. Na base da pirâmide estão as necessidades de nível mais baixo, sendo que, apenas quando satisfeitas escala-se em direção às hierarquias mais altas para atingir a autor realização que é o nível mais alto.

Segundo este, muito do comportamento do ser humano pode ser explicado pelas suas necessidades e pelos seus desejos. Quando uma necessidade, em particular se torna ativa, ela pode ser considerada um estímulo à ação e uma impulsionadora das atividades do indivíduo. Essa necessidade determina o que passa a ser importante para o indivíduo e molda o seu comportamento como tal. Na teoria de Maslow, portanto, as necessidades se constituem em fontes de motivação.

O comportamento motivado pode ser encarado como uma ação que o indivíduo se obriga a tomar para aliviar a tensão (agradável ou desagradável) gerada pela presença da necessidade ou desejo. A ação é intencionalmente voltada para um objeto ou objetivo que aliviará a tensão interior. O comportamento humano é explicado por Maslow através de cinco níveis de necessidades.

Estas necessidades são dispostas em ordem hierárquica, desde as mais primárias e imaturas (tendo em vista o tipo de comportamento que estimulam) até as mais civilizadas e maduras. Na base da pirâmide, encontra-se o grupo de necessidades que Maslow considera ser o mais básico e reflexivo dos interesses fisiológicos e de sobrevivência. Este é o nível das necessidades fisiológicas, que estimulam comportamentos caracterizados pelo verbo ter.

O segundo nível da hierarquia é constituído por uma série de necessidades de segurança. Uma vez atendidas as necessidades fisiológicas, a tendência natural do ser humano será a de manter. Na sequência, quando a segurança é obtida, surgem as necessidades de pertencer a grupos, associar-se a outras pessoas, ou seja, de se igualar. Estas necessidades são chamadas de sociais ou de associação. O passo seguinte na escala de necessidades é o da estima ou de "status". Neste ponto, as necessidades de destaque, proeminência, reconhecimento e admiração por parte do grupo são manifestadas por ações que buscam diferenciar.

Embora as necessidades de estima sejam difíceis de serem superadas, dada sua dependência à receptividade de terceiros, Maslow sugere que em alguns casos elas podem ser adequadamente satisfeitas, liberando assim os indivíduos para atingir o nível mais alto da hierarquia.

Quando isto ocorre, as necessidades de maximizar as potencialidades e de testar a própria capacidade farão com que as ações do indivíduo sejam dirigidas em busca do vencer. Este é o nível das necessidades mais maduras e construtivas da hierarquia de Maslow, conhecidas como necessidades de autor realização.

Assim, o incentivo é uma ferramenta que visa garantir a motivação do colaborador em todos os projetos administrados pelo IGH. As necessidades e desejos humanos são motivações que nos levam a agir e a incentivar pessoas. A proposta está pautada nos seguintes princípios e ações:

1. O Setor de Pessoal / Gerência de Recursos Humanos deverá articular-se, no sentido de buscar soluções às situações específicas dos colaboradores,

garantindo procedimentos isonômicos e impessoais aos processos de incentivos, que deverão ocorrer por meio de critérios técnicos e conforme avaliação de desempenho e capacitação do colaborador. As normas e regulamentações deste processo serão pontuadas pela Diretoria da Unidade e pelas Coordenações do IGH, conforme peculiaridades e especificidades das ações a serem empreendidas na Unidade;

2. O Incentivo de colaboradores proposto pelo IGH não se resume somente a remuneração destes de acordo com o mercado laboral, mas também é incrementado pela aplicação e satisfação de outras necessidades dos mesmos.

#### **4 - PROPOSTA PARA DESENVOLVIMENTO HUMANO:**

Segundo o Ministério da Saúde, "a *educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere a transformação das práticas profissionais estando baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho*" (BRASIL, 2004, p. 9).

Neste contexto o IGH propõem processos que visam o desenvolvimento pessoal e profissional de todos colaboradores, de forma continuada que ampliando os conhecimentos, as capacidades e suas habilidades, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento das ações de atendimento aos usuários da unidade.

Desta forma, o IGH buscará desenvolver as competências de seus colaboradores (conhecimentos, habilidades e atitudes) através de capacitações, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também, o desenvolvimento da Instituição e para tanto a política de desenvolver pessoas estará pautada nos seguintes princípios e ações:

1. Haverão programas específicos voltados a garantir a devida cobertura da vida funcional do colaborador;
2. A capacitação dos colaboradores será adequada a necessidade institucional e deverá contemplar, além dos aspectos técnico e comportamentais, programas

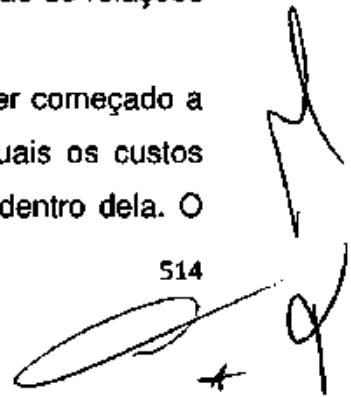
com estratégias voltadas a promover momentos de reflexão sobre o trabalho do dia a dia numa instituição hospitalar, voltados a ampliar a visão do colaborador, pautada nos valores éticos e humanos, como um sistema aberto que interage no meio ambiente em que atua;

3. As ações de capacitação deverão ser estruturadas no sentido de permitir ao colaborador ascender em sua carreira funcional, oportunizando ao mesmo tempo o aperfeiçoamento nas suas atividades diárias com uma melhor aplicação de seus conhecimentos e habilidades;
4. Será implantado um Programa de Capacitação visando a capacitação técnica dos colaboradores para o exercício dos cargos de chefias, além de promover uma reflexão do perfil gerencial desejável inserido no sistema de serviços de saúde;
5. Serão realizados levantamentos periódicos das necessidades para a atualização do plano de capacitação visando estimular crescimento e o desenvolvimento do colaborador e, a partir das necessidades identificadas, deverá ser operacionalizado diferentes cursos voltados às áreas técnico-operacionais e administrativas, prevendo a devida reciclagem anual,
6. Serão criados espaços de promoção e divulgação do potencial artístico e cultural dos colaboradores, incluindo a criação de um banco de talentos;
7. Haverão incentivos viabilizando a participação dos colaboradores em cursos e eventos de curta duração de interesse da sua área de atuação, dentre outros.

#### **5 - PROPOSTA PARA MANTER PESSOAS:**

Visando a criação de condições ambientais psicológicas satisfatórias para as atividades dos colaboradores no desempenho de suas atividades, o IGH propõe processos que visam a manutenção das pessoas em seu quadro laboral, incluindo-se aqui especialmente os servidores públicos atualmente lotados na referida Unidade. Tais processos se baseiam na administração da cultura organizacional, clima, disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações interpessoais.

Após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos – entre os quais os custos mencionados anteriormente – passa a ser recomendado mantê-lo dentro dela. O



conceito de manutenção na gestão de pessoas valoriza o contrato psicológico, que começa a assumir a forma de um contrato mais objetivo, mediado por relações de trabalho (MALIK, 1998).

No processo de manter pessoas busca-se a valorização pessoal e profissional, sempre adequada aos fins institucionais, tendo como princípios e ações:

1. A representação dos trabalhadores terá importante papel na manutenção do planejamento estratégico, visando dar voz aos atores institucionais;
2. A instituição deverá garantir condições adequadas de trabalho, incluindo as normas de biossegurança, na forma da legislação vigente;
3. A instituição deverá garantir o desenvolvimento de ações de vigilância voltadas à prevenção de riscos dos possíveis agravos à saúde resultantes do exercício profissional e promoção da saúde;
4. Haverá um canal de comunicação e serão realizadas pesquisas para conhecer o nível de satisfação dos colaboradores em seus locais de trabalho, visando o melhoramento contínuo das condições laborais e atendimento a população;
5. Serão aplicados os programas de controle da saúde dos colaboradores, incluindo exames periódicos e a criação de parcerias para desenvolvimento de estratégias sócio recreativas voltadas à interação entre os colaboradores.

#### **6 - PROCESSOS DE ACOMPANHAR PESSOAS:**

A Gestão de Recursos Humanos proposta demanda de vida e manutenção de relações interpessoais pelo acompanhamento constante do colaborador pois, conforme referenciado acima, após este ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a atuar nas suas funções, passa a ser recomendado mantê-lo dentro do quadro de colaboradores, salvo os casos em que a execução das suas atividades não mais representam ganhos para o atendimento a população, motivos pelos quais há a necessidade do acompanhamento de pessoas. Os processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados incluem avaliação, banco de dados e sistemas de informações gerenciais voltados à gestão de pessoas.

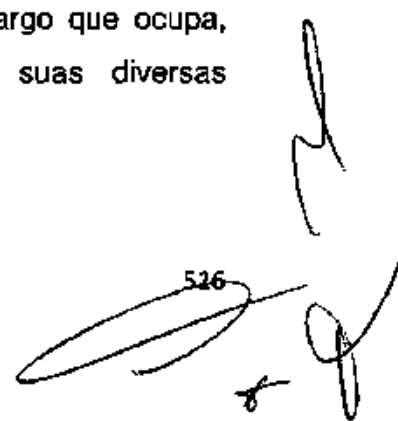
"As abordagens participativas ou centradas nos usuários tem como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação" (FURTADO, 2001, p. 169). Entende-se, portanto, que a avaliação significa emitir um juízo de valor, sendo importante lembrar que mesmo que se instituem métodos quantitativos, objetivos, os resultados sempre serão julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O processo de avaliação constitui-se numa ferramenta que auxilia o trabalhador a clarear para si e para a organização, quais competências possui, quais deverá buscar desenvolver ou incrementar, sendo que as competências individuais devem estar alinhadas às competências essenciais da própria organização.

Neste contexto, a avaliação dos colaboradores deverá seguir critérios pré-estabelecidos que contemplem o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais e políticos, tendo por finalidade de instrumentalizar as chefias no que concerne ao acompanhamento do colaborador, bem como indicativos para educação permanente e poderá servir também em processos internos de seleção.

Já o sistema de informações gerenciais é compreendido de um sistema informatizado que possibilita acompanhar a vida funcional do colaborador, contendo todo seu histórico, avaliações, advertências, experiências e capacitações, faltas e demais informações que poderão ser consultadas, a qualquer momento, oportunizando a melhor gestão e avaliação da atuação do mesmo.

Para possibilitar o processo de acompanhar pessoas, foram definidos os seguintes princípios e ações:

1. O processo de avaliação deverá incluir indicadores com base nas metas estabelecidas pelos gestores, com conhecimento dos colaboradores;
2. A avaliação deve ser um processo contínuo e permanente de reflexão-ação, democrático, ético, participativo, inclusivo, periódico e sistemático, contemplando aspectos relacionados às especificidades do cargo que ocupa, dando uma conotação de individualidade; contemplando suas diversas dimensões (técnica, ética, relacional, política);

526  


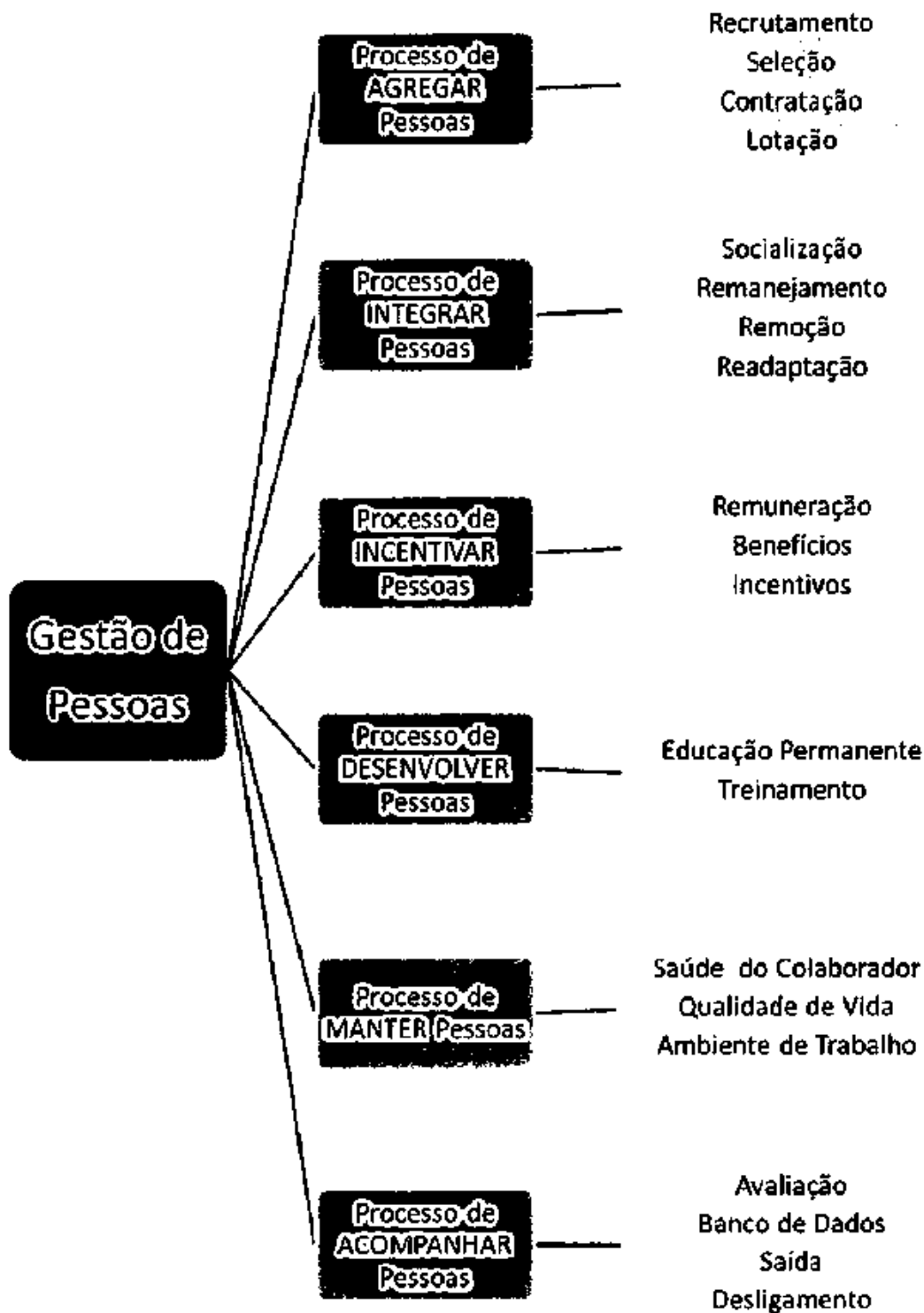


- 3. O processo de avaliação objetiva, também, a efetivação de mudanças e de motivação das pessoas, valorizando o potencial das equipes na busca da excelência do serviço e da instituição;
- 4. Serão realizados processos de avaliação dos serviços semestralmente, sob a responsabilidade de cada diretoria setorial, contemplando o desenvolvimento das competências técnicas, éticas, relacionais.

517  
*[Handwritten signature]*



**ESQUEMA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS IGH**



518

## **ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS**

O Setor de Recursos Humanos tem como atribuições a promoção de ações de incentivo ao crescimento do profissional, favorecendo para a melhoria do clima organizacional e conseqüentemente a retenção de talentos.

Será o responsável por programas idealizados pelo Núcleo da Qualidade, como também, pelo Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão.

Gerir pessoas é entender que nelas está a maior conectividade entre os desafios e as superações na organização hospitalar. Portanto, o conhecimento da missão do IGH, seus objetivos e estratégias, reconhecimento, a delegação de autoridade e a educação continuada contribuirão para fortalecer a equipe de profissionais que atuarão nas unidades da Hemorrede Pública de Goiás.

A administração será centrada na busca da melhoria continuada privilegiando o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e em suas capacidades produtivas, a relação de parceria de corresponsabilidade, buscando sempre manter os seus colaboradores. O grande diferencial da Política de Recursos Humanos do IGH, estará centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos.

O modelo de gestão estará focado na busca pela qualidade, na compreensão e aplicação de informações, na formação e manutenção de grupos de planejamento e gerenciamento das ações envolvendo o pessoal da linha operacional nas discussões para formulação e avaliação dos planos, tendo como objetivo uma contínua melhora da qualidade no setor.

A unidade terá uma dinâmica no cotidiano, que operará em ritmo intenso de atividade, sustentada pelo trabalho no seu cotidiano. O trabalho não será uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Ganhará dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos e se estruturará não como ato congelado no espaço-tempo desta instituição hospitalar, mas sim como processo, que será dinâmico em torno da produção do cuidado.

### **Características da nossa Filosofia de RH**

- Gestão de pessoas;
- Sucesso pelo esforço solidário;
- Capacitação de recursos humanos para a qualidade;

- Desenvolvimento de Liderança;
- Humanização da assistência à saúde;
- Participação no planejamento estratégico;
- Implementação de sistema para a garantia da qualidade com a reorganização do trabalho para envolvimento das pessoas sensibilizando-as para a mudança com a qualidade.

### **Pré requisitos para incorporação dos Recursos Humanos**

#### **Profissionais da área de saúde:**

- Seleção curricular criteriosa, análise de experiências anteriores, além dos aspectos de inter-relação pessoal;
- Disponibilidade de tempo para prestação dos serviços, conforme necessidade da unidade;
- Certificado de antecedentes criminais.

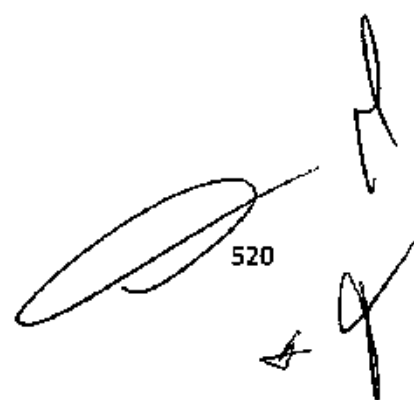
#### **Profissionais de Nível Superior que exercerão função de coordenação:**

- Estabelecimento de alvos a serem atingidos, integrados aos objetivos da organização;
- Proposição e manutenção de uma estrutura organizacional, cujo funcionamento é harmônico e onde os papéis estão bem delimitados;
- Uso de recursos técnicos na gestão dos recursos humanos a eles subordinados;
- Uso eficaz de incentivos que mobilizem produtivamente a motivação do grupo;
- Delimitação clara do seu papel e de como ele é aceito no grupo;
- Acompanhamento e realimentação do processo decisório assegurando a realização dos planos.

#### **Pessoal de nível médio administrativo:**

- Exigências de domínio em informática: Digitação, Windows, Word, Excel, como mínimos;
- Conhecimentos gerais e específicos;
- Conhecimentos de cálculos matemáticos básicos;
- Experiência anterior na área hospitalar;
- Boa redação e comunicação verbal e relação inter pessoal;
- Certificado de antecedentes criminais;

520



- Domínio do inglês para áreas específicas;
- Conhecimento em softwares e demais programas voltados a área gráfica e de diagramação e para áreas específicas.

**Pessoal de serviços auxiliares:**

- Experiência anterior na função;
- Nível fundamental, no mínimo;
- Certificado de antecedentes criminais;
- Referências de empregos anteriores;

Nota: Além dessas características, os candidatos serão submetidos também, a avaliações técnicas, psicológica e médica pré admissional conforme a legislação vigente.

**Política de Treinamento**

O IGH entende que os colaboradores devem ser treinados não só para execução de tarefas, mas também para desenvolvimento da sua capacidade de criatividade e liderança como também desenvolver práticas que os conduzam a qualidade. Assim sendo os treinamentos serão voltados para alguns objetivos específicos.

**O treinamento incluirá:**

- Fortalecimento do compromisso com o processo;
- Fortalecimento de liderança;
- Comunicação inter pessoal;
- Atualização práticas das técnicas;
- Atualização teórico-científica.

**Metas a serem alcançadas:**

- Promover a coesão interna, melhorando o espírito de equipe;
- Identificar as forças positivas e restritivas;
- Melhorar o desempenho.

## RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O Instituto de Gestão e Humanização tendo consciência que o antigo "Serviço de Pessoal", passou a "Serviço de Recursos Humanos" e, que hoje, é tomado por "Serviço de Talentos Humanos" adotará uma das mais novas técnicas de seleção - a **Seleção por Competências** - por meio da qual, além do candidato ser analisado por seu currículo, ou melhor, por seus "feitos" anteriores, também será analisado por seus comportamentos, sua postura diante de determinadas situações, sua visão do futuro, entre outros aspectos relevantes.

O objetivo da metodologia que será aplicada é avaliar o candidato nos seguintes aspectos:

**CONHECIMENTO:** Saber

- Representa o que se sabe, mas não necessariamente se coloca em prática;

**HABILIDADE:** Saber fazer

- É o que se pratica. Será avaliada a experiência e domínio do candidato, o conjunto de técnicas, princípios e capacidades.

**ATITUDE:** Querer fazer

- São as características pessoais, que levam a pessoa a praticar ou não o que conhece e sabe. É a energia motivacional que impulsiona o indivíduo a buscar o que deseja.

Por esta razão o IGH considera o Processo de Recrutamento e Seleção de suma importância, pois é ele que define, por diferentes maneiras e com diferentes estratégias, qual o melhor candidato que deverá ocupar uma determinada vaga. O Processo de Recrutamento e Seleção de Pessoal descrito a seguir, será realizado para o preenchimento de vagas nos cargos solicitados pelos diversos setores da Unidade, por meio de contratação sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em jornada de trabalho específica de acordo com o cargo a ser preenchido.

**Requisitos Obrigatórios de Escolaridade:**

A escolaridade para os cargos a serem preenchidos na Instituição é exigida de acordo com o nível do cargo, conforme tabela a seguir:

<b>Nível do Cargo</b>	<b>Escolaridade Exigida</b>
Elementar	Ensino Fundamental
Médio	Ensino Médio
Técnico	Técnico completo
Superior	Ensino Superior completo
Pós Graduação	Especialização em área afim

**Documentação Exigida:**

1. Carteira do Trabalho e Previdência Social;
2. 3 Fotos 3X4.

**Cópia dos seguintes documentos:**

1. Carteira de Identidade – RG;
2. CPF;
3. Título de Eleitor;
4. PIS ou PASEP;
5. Certidão de Nascimento ou casamento (quando for o caso);
6. Comprovante de Residência (conta de água, luz ou telefone);
7. Certidão de Nascimento dos dependentes com idade inferior a 14 anos;
8. Cartão de Vacinação dos filhos com idade até 7 anos;
9. Carteira de Registro Profissional (CRM, COREN, CRA, etc.);
10. Certificado Militar/Reservista (colaboradores do sexo masculino);
11. Carteira de Motorista (obrigatório apenas para os cargos de motorista e mensageiro);
12. Comprovante de matrícula dos filhos menores de 14 anos (obrigatório para salário família);
13. CPF dos dependentes maiores de 18 anos;
14. Certificado de escolaridade;

15. Diploma ou declaração de conclusão de curso superior, pós graduação, especialização, mestrado, doutorado, MBA, quando for o caso (conforme nível do cargo).

**Condições para participação:**

1. Ser brasileiro nato ou naturalizado ou cidadão português a quem foi deferida a igualdade;
2. Ter idade mínima de 18 anos;
3. Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares;
4. Possuir o perfil e os requisitos estabelecidos para o cargo;
5. Apresentar a documentação exigida.

**Avaliações:**

De acordo com o nível do cargo, o Processo Seletivo é composto das seguintes etapas de avaliação:

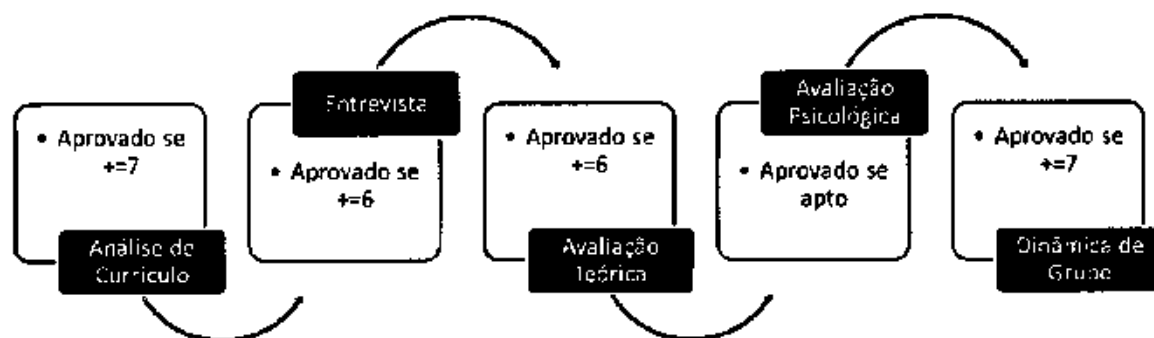
Nível do Cargo	Análise de Currículo	Entrevista	Redação	Prova de Português	Prova de Matemática	Prova de Informática	Conhecimentos específicos	Avaliação Psicológica	Dinâmica de Grupo
Fundamental	X	X		X	X			X	
Médio	X	X	X	X	X	X		X	X
Técnico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Superior	X	X	X					X	X
Pontuação	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	0 a 10	-	0 a 10
Candidato habilitado	≥7	≥6	≥6	≥6	≥6	≥6	≥6	apto	≥7

Para classificação final será considerada a média aritmética dos pontos obtidos em cada uma das etapas com avaliação numérica, considerando-se, também, o resultado das demais avaliações. Os candidatos habilitados serão classificados de acordo com a nota final. Em caso de empate na classificação, terá preferência, o candidato que obtiver maior pontuação na Dinâmica de Grupo.

**Disposições Gerais:**

- O candidato é automaticamente excluído do processo seletivo quando:
  - o Apresentar-se após os horários definidos;
  - o Não comparecer a qualquer uma das etapas;
  - o Não apresentar a documentação exigida;
- A validade do processo de seleção é de 01 (um) ano, contado a partir da data de conclusão do mesmo, podendo ser prorrogado por mais 01 (um) ano a critério da Coordenação de Recursos Humanos.
- A participação do candidato no processo seletivo implica no conhecimento dos requisitos e critérios estabelecidos.
- As solicitações para realização de processo de recrutamento e seleção interna devem ser realizadas por meio de "Comunicação Interna - CI" contendo o cargo a ser preenchido pelo candidato, a necessidade de experiência anterior e o perfil exigido para o cargo, a qual deve ser encaminhada ao setor de Recursos Humanos, devidamente assinada pela coordenação do setor solicitante.
- As solicitações para realização de seleção não substituem as solicitações de contratação, a qual deve ser emitida após realização do processo seletivo, conforme procedimentos específicos definidos na norma "Solicitação de Contratação de Pessoal".

**Fluxograma Para Seleção de Colaborador**





## **COMBATE AO ABSENTEÍSMO E ESTÍMULO A PRODUÇÃO**

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores (ausências legítimas ou não justificadas) no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente. A problemática do absenteísmo tem gerado muitas discussões a respeito de suas razões objetivas e subjetivas e vários campos do conhecimento têm sido chamados a contribuir para o seu entendimento: a Psicologia, a Sociologia, a Ergonomia.

O absenteísmo tem exigido muito das organizações e de seus administradores, devido suas causas ser ligado a vários fatores, que vão desde as questões sociais, saúde, gestão de pessoas, entre outros problemas, tornando assim, este tema complexo. Seu efeito é negativo, onde a ausência dos trabalhadores diminui a produção, reflete nos indicadores de qualidade de forma negativa e como consequência repercute diretamente na economia.

O alto nível de competitividade em empresas de ponta, demanda a necessidade do perfeito equilíbrio entre produtividade e capacidade de produção estimada. Para a efetividade das mesmas, faz-se necessário à prevenção de qualquer tipo de ocorrências que reduzam a possibilidade de vantagens competitivas. Para tanto, o nível de absenteísmo deve ser reduzido até quase à escala zero, bem como a eliminação das causas. Para compreender os modelos desenvolvidos atualmente na condução das pessoas nas diversas organizações precisa-se conhecer um pouco sobre a complexidade das organizações e os modelos adotados na administração das pessoas no processo produtivo.

Assim, a Gestão de Pessoas vem para auxiliar a coordenação dos esforços das pessoas que trabalham em uma organização e que tem como objetivo tornar real a missão organizacional bem como promover a realização pessoal. Nenhuma empresa sobrevive sem esta sinergia.

Desta forma, o RH da **Hemorrede Pública Estadual de Golás** adotará uma metodologia de gestão de pessoas cujo objetivo é trabalhar em parceria com cada colaborador, para que todos se sintam responsáveis e parceiros em busca do objetivo comum e principal da organização hospitalar que é prestar assistência à saúde com qualidade e segurança.

## Orientações para Conduta

### 1. Analisar a situação:

O absentismo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também põe em dúvida a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, é imperativo que se controle as ausências não-justificadas.

Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absentismo e aqueles sem problema é apenas o tempo que eles dedicam à análise dos índices de comparecimento ao trabalho. Esses índices podem revelar situações graves e identificar os colaboradores que estão apresentando distorções no índice de absentismo.

### 2. Demonstrar preocupação:

Demonstrar ao colaborador que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

### 3. Explicar as consequências:

Explicar ao colaborador faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência causa ao setor seja relembrando os aspectos da política da Unidade ou os ditames da legislação trabalhista.

Ao apontar as consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons colaboradores não se transformam em problemas da noite para o dia. Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do colaborador com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

### 4. Aplicar as normas do Hospital:

Por mais bem dirigida que seja a política da Unidade quanto ao absentismo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna.

### 5. Profissionais de Enfermagem:

Para o Serviço de Enfermagem, as faltas nos feriados e nos finais de semana, sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência

prestada aos pacientes e o colaborador estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

As faltas nos dias úteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do colaborador faltoso, passível de medidas disciplinares.

#### **6. Outros Profissionais:**

A coordenação responsável pelo colaborador deverá aplicar a medida disciplinar adequada.

### **Prevenindo o Absenteísmo**

#### **1. Treinamento do colaborador recém contratado:**

Será incluído na programação do treinamento introdutório a política da unidade: missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para a Unidade e para a equipe de trabalho.

#### **2. Treinamento mensal:**

Este tema deverá ser incluído periodicamente nos treinamentos mensais.

#### **3. Desenvolver uma política de reconhecimento e valorização:**

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos colaboradores, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.

Em uma gestão moderna, como a que será implantada na unidade, o ser humano deve ser reconhecido e configurar como centro das atenções de uma gestão que busca de resultados concretos. Ele é o grande desencadeador das mudanças da organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento nas pessoas, que são seus "valores humanos". Por esta razão que para combater elevados índices de absenteísmo, serão implementadas, na Unidade, programas e benefícios que devem atender a dois campos de objetivos: os da Instituição e dos colaboradores.

### Medicina Preventiva

Além de disponibilizar o atendimento médico inerente a saúde ocupacional, serão implementadas ações de medicina preventiva como campanhas de vacinação, campanhas de prevenção de doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

### Gratificação de Assiduidade e Pontualidade

Será implantada para os profissionais de Enfermagem de nível médio, a gratificação de assiduidade e pontualidade correspondente ao valor de 10% do salário base dos profissionais que não tenham tido nenhum tipo de ausência ou atraso durante 3 (três) meses.

### Programa de Ginástica Laboral

Por meio de convênio com Universidades e Faculdades poderão ser realizadas duas vezes por semana, aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os colaboradores e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.

### Relatórios Gerenciais

O setor de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada colaborador e da sua área de atuação como um todo.

## 6.2 – Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa Periódica de Satisfação

### PROGRAMA de INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

#### Objetivo:

Garantir ao novo colaborador, conhecer seus direitos e deveres, além do conhecimento geral da instituição, incluindo seus valores, normas e padrões de comportamento pautados na missão institucional e peculiaridades dos serviços.

#### Procedimentos:

1. O Setor de Pessoal fará o acolhimento inicial dos novos colaboradores;
2. Serão dadas as boas vindas fazendo um breve histórico já apresentando a missão, visão e valores institucionais pautados no planejamento estratégico;
3. Serão apresentados aos novos colaboradores um vídeo institucional, conforme o caso;
4. Serão informados os direitos e deveres, normas de proteção e segurança no trabalho, bem como farão a ambientação do novo colaborador nas áreas específicas;
5. A Chefia imediata fará a ambientação no local de trabalho, descrição das funções e atribuições e o acompanhamento do novo colaborador.

#### Avaliação:

1. Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo colaborador da Unidade, em relação à ambientação e desenvolvimento das funções;
2. A Chefia imediata fará o acompanhamento do novo colaborador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
3. O acompanhamento do colaborador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
4. Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de pessoal informar a decisão ao colaborador a ser desligado;
5. Durante todo o processo de integração, o setor de pessoal dará suporte às chefias imediatas.

## PROGRAMA DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL

### Objetivo:

Garantir ao colaborador afastado por motivo de saúde que, no seu retorno ao trabalho, seja assegurada a reavaliação das atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação, verificada no exame médico-pericial, que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, garantindo a transparência no processo de readaptação funcional assegurando os direitos e deveres do trabalhador e da instituição.

### Procedimentos:

1. Caso o colaborador seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, deverá retornar ao trabalho, na sua própria função, mesmo que seja necessário evitar algumas das atribuições.
2. Será emitido parecer à chefia imediata, determinando as atribuições que não deverão ser executadas devido à incapacidade relativa do colaborador, designando a restrição por um caráter temporário ou permanente da restrição.
3. Caso o colaborador não consiga atender a um mínimo de 70 % das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente.
4. A área de Pessoal fará a indicação dos cargos afins e suas atribuições, buscando a melhor alocação do trabalhador a ser readaptado, respeitando as habilitações exigidas.
5. A área de Pessoal tomará as providências necessárias para a Readaptação do colaborador, devendo acompanhar todo o processo funcional assegurando os direitos e deveres do trabalhador e da instituição.

### 6.3- Proposta de Projeto de Capacitação da Equipe Interdisciplinar

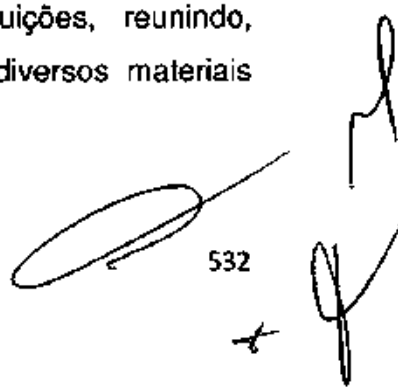
#### NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE

Visto a importância da Educação, Ensino e Pesquisa como ferramentas essenciais para concretização das propostas de qualidade, e como fator motivador e formador de recursos humanos, as práticas de Educação em Saúde serão prioridade em nosso projeto. Neste contexto, criaremos o Setor de Educação, Ensino e Pesquisa (SEPE), especificamente para promover atividades de educação permanente, ensino, pesquisa e atividade de extensão. Através de práticas de educação nas modalidades de estágios curriculares, visitas técnicas, cursos de extensão, participação em congressos e eventos afins, todos os profissionais da Hemorrede Pública Estadual de Goiás estarão em constante atualização profissional.

O IGH buscará desenvolver atividades em parceria com instituições de ensino profissionalizante e de ensino superior, oferecendo Campus de prática para estágios de graduação, inclusive internato, estágios de cursos profissionalizantes e de pós graduação, além das residências médicas e multiprofissionais. Serão adotadas as medidas cabíveis para atender aos requisitos da legislação em vigor - Lei 11.788/2008, que trata das atividades de estágio na área da saúde; Portaria Interministerial MS/MEC 2400/2007, que regulamenta o processo de certificação de unidades de saúde como unidades-escola.

Para este fim, núcleo de Ensino e Pesquisa será responsável pelo desenvolvimento das pessoas, favorecendo ao desenvolvimento de talentos, à pesquisa científica, intensificando a educação continuada, estimulando para o engrandecimento dos colaboradores e prestadores de serviço, e, conseqüentemente, retornando essas melhorias para à comunidade. Disponibilizaremos de uma biblioteca, a qual deverá dar suporte ao desenvolvimento dos programas de Ensino, Pesquisa e Extensão. Proporcionará ainda, por meio de sua estrutura, os serviços de informação à sua comunidade bem como aos profissionais de outras instituições, reunindo, organizando e disponibilizando, para estudo e pesquisa, os diversos materiais adquiridos por meio de compra e permuta ou doação.

532



**Objetivos do Núcleo:**

1. Capacitar os profissionais da Hemorrede Pública de Goiás por meio de atividades de educação permanente, ensino e pesquisa que venham contribuir para agregar qualidade à assistência hospitalar, qualificar os recursos humanos e colaborar para a compreensão dos problemas de saúde de relevância local e regional.
2. Criar estratégias que viabilizem o aprimoramento técnico científico das equipes assistenciais visando o aprimoramento contínuo da qualidade da assistência;
3. Estabelecer parcerias para desenvolvimento de residências e multiprofissionais, estágios de graduação e formação profissional de nível médio;
4. Promover programas de educação permanente para a equipe multiprofissional (capacitação e atualização profissionais).
5. Incentivar o desenvolvimento de pesquisas em saúde.

**Atividades de Ensino e Cooperação Técnica com Entidades de Ensino:**

O modelo de gestão a ser implantado pelo IGH buscará manter a cooperação Técnica já existente no **HURSO** com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos. O IGH irá manter todos os contratos firmados pela SES para intercâmbio com a **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** e também irá ampliar com outras instituições de ensino visto que julgar pertinente. As atividades de ensino serão mantidas e aprimoradas, ofertando conteúdos fundamentais para a formação e qualificação dos profissionais que prestam atenção à saúde aos usuários do SUS. As atividades de ensino serão estabelecidas através das atividades:

- Ampliação das parcerias com as instituições de ensino para realização de internato e residência médica e multiprofissional em saúde, dentro das áreas prioritárias definidas na Resolução CIB 070/2014 DIO-ES.
- Campos de práticas para estágios de cursos técnicos e cursos de graduação de instituições de ensino superior conveniados com a SES/GO.



**Observações:**

1. As equipes envolvidas com os programas de residência médica e com as atividades da graduação nas mais variadas áreas da saúde serão compostas por profissionais médicos, enfermeiros demais profissionais de saúde identificados entre aqueles que atuam na Hemorrede Pública de Goiás, de acordo com a legislação estadual e municipal vigentes. Esta identificação é feita por consenso, entre os parceiros envolvidos nos programas, discutida nos grupos de trabalho de estágios, com aval da direção da Hemorrede Pública de Goiás escolhida como campo de prática. Os profissionais identificados deverão atuar como preceptores, devendo ser de preferência mestres/doutores e/ou especialistas em sua área profissional, e com qualificação em ensino e educação.
2. Ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, poderão ser realizadas outras atividades diferentes das relacionadas, seja pela introdução de novas diagnoses e/ou terapias, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia. Para isto, as atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela contratante. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do hospital, sendo, então elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de termo aditivo ao Contrato.
3. Qualquer alteração ou implementação de novas parcerias institucionais deverão ter anuência e pactuação prévia com o NUEDRH/SES (Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos).

**Atividades de Pesquisa:**

Atividades de pesquisa deverão ser desenvolvidas em paralelo às atividades de ensino, em vários níveis de complexidade, objetivando estimular e programar a busca de novos conhecimentos científicos, tecnológicos e metodológicos, desenvolver espírito científico crítico em estudantes e profissionais de saúde, a fim de aperfeiçoar e inovar na prevenção e tratamento das patologias, visando prevenção e promoção em saúde de acordo com as características e demandas

regionais. A execução dos projetos de pesquisa dependerá da aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa e todos os pacientes inclusos deverão ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Informado.

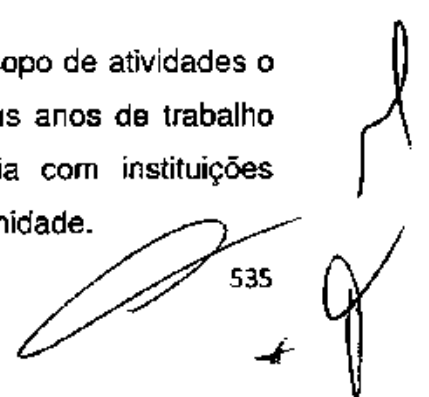
**Atividades de Educação Permanente:**

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a educação permanente é entendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção das relações das equipes com suas práticas assistenciais, considerando as organizações como responsáveis pela capacitação, educação e desenvolvimento de seus os trabalhadores, através da implantação de política de treinamento, específicas para oferta de seus serviços (KURGANT, 2001).

As atividades de Educação Permanente na Hemorrede Pública de Goiás serão contempladas a fim de manter o nível de excelência no atendimento ao paciente, com particular atenção para a capacitação e atualização das equipes de profissionais de saúde e afins, em todos os níveis de competência e de complexidade de atuação técnica, pertencentes à rede de assistência. Serão oferecidos cursos diversos para os colaboradores, através do programa de educação permanente, com treinamento in loco, formação de Grupos de Estudos e Sessões Clínicas mensais.

O Instituto de Gestão e Humanização – IGH possui no seu escopo de atividades o desenvolvimento profissional e desenvolveu ao longo dos seus anos de trabalho vários cursos. Estes podem ser desenvolvidos em parceria com instituições educativas, bem como podem ser aplicados dentro da própria unidade.

535  


As atividades de Educação Permanente terão como principais objetivos:

1. Realizar levantamento de necessidades de treinamento / capacitação e atualização profissionais dos diversos profissionais das equipes técnicas.
2. Capacitar e Atualizar a equipe multiprofissional para o exercício da assistência qualificada e humanizada;
3. Identificar, desenvolver e possibilitar a retenção de Talentos;
4. Capacitar as lideranças profissionais comprometidas com a qualidade da assistência.
5. Apoiar as equipes e gestores na avaliação e melhoria do processo de trabalho.
6. Incentivar processos de adesão e monitoramento de indicadores Estimular o potencial dos profissionais na apresentação de trabalhos científicos, relatos de experiência, etc.;
7. Favorecer a troca de experiência entre os profissionais da equipe multiprofissional e demais profissionais da unidade de saúde.

Visando o alcance dos objetivos propostos, serão estabelecidos programas sistemáticos de educação permanente:

1. Programa de Integração do Novo Colaborador: específico para novos profissionais contratados. Constará de temas tais como:
  - Breve Histórico do IGH
  - Noções Básicas sobre o SUS/ Hemorrede Pública de Goiás
  - Normas e Rotinas Assistenciais
  - Protocolos Assistenciais com foco no ACCR
  - Segurança do Paciente
  - Segurança do Trabalho – NR 32
2. Programa de Capacitação Situacional:
  - Temas Técnicos: abordando temas específicos em concordância com os resultados de indicadores de qualidade assistencial.
  - Temas operacionais: abordando manipulação de novas tecnologias ou técnicas assistenciais.
3. Programas de Acompanhamento de Estágios Supervisionados

- Visando o acompanhamento e avaliação dos estágios pactuados com a rede conveniada.
4. Projeto Humanizar o Atendimento: O Projeto implica em desenvolver uma ação direcionada, inicialmente, para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos servidores da Hemorrede Pública de Goiás, tanto no que se refere aos conteúdos técnicos quanto ao contato dos profissionais, técnicos e auxiliares com a população que demanda esses serviços. Compreende três atividades específicas:
- Comunicação Social, dirigida aos trabalhadores do setor e ao público em geral para sensibilização e orientação de todos os envolvidos, promovendo a conscientização dos direitos e deveres de cada um.
  - Treinamento e/ou reciclagem dos profissionais que mais diretamente estão na linha de frente do atendimento aos agravos que provocam a busca dos serviços da unidade de Saúde.
  - Treinamento específico para melhorar a qualidade do contato entre o pessoal dos serviços de saúde e a população usuária desses serviços, desde a recepção e busca de informações, por parte do cliente, responsáveis ou familiares, até a saída do paciente.

**Atividades a serem realizadas no primeiro semestre do contrato:**

1. Identificar e nomear os profissionais com melhor perfil para atender as necessidades do setor;
2. Realizar levantamento de necessidades de treinamento / capacitação e atualização profissionais dos diversos profissionais das equipes técnicas, visando estabelecimento de prioridades;
3. Identificação e adequação de espaço para abrigar a biblioteca (acervo básico de livros e pautas produzidos no IGH com acesso à internet)
4. Elaborar o Plano de Ação para o primeiro ano de atuação do setor
5. Elaborar programa de palestras, sessões clínicas, visitas técnicas, e demais atividades permanentes do setor;

537  
\*

R

Y

6. Elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento das atividades desenvolvidas.

### 6.3.1 - Centro de Documentação / Biblioteca

As bibliotecas já ocupam um importante papel nos hospitais, em especial nos que desenvolvem programas de residência, tanto por seu valor intrínseco de apoio às atividades de ensino, quanto pela exigência legal de sua existência para que o hospital possa oferecer programas de residência. Entretanto, com a transformação dos modelos de gestão, que se formatam frente às novas tecnologias, o *modus operandi* das unidades de informação provoca uma mudança de cenário, bem como traça uma nova formatação de gestão com atores envolvidos e atuantes.

A Resolução Nº 04/78 da Comissão Nacional de Residência Médica estabelece requisitos e sistemática de credenciamento da Residência. Consoante dispõe o inciso IX do artigo 4º da referida Resolução, a existência de uma biblioteca atualizada em hospitais credenciados é requisito mínimo para o reconhecimento de um programa de residência médica. Diante dessa nova realidade, um grande desafio se faz presente: adequar as bibliotecas às novas configurações conferidas aos hospitais de ensino. esse desafio é pertinente para gestores.

Com a entrada em vigor da Portaria Interministerial Nº 1000, de 15 de abril de 2004, que certifica como Hospital de Ensino instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, os hospitais credenciados, para manter este status necessitam cumprir os requisitos e condições nela estabelecidos. E, as bibliotecas, em especial, adequar-se às exigências do artigo 4º, inciso VI da referida Portaria. Nele fica evidenciada a atualização, a especialização na área da saúde, o número de títulos de periódicos compatível com o alunado e atividades de ensino e pesquisa. Prevê também instalações adequadas ao estudo individual e em grupo, interligação com a BIREME e às Bibliotecas Virtuais em Saúde de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da residência médica.

Tudo isso aliado às necessidades dos profissionais da saúde e em especial dos médicos, de informações muito específicas, exatas, confiáveis e recebidas com presteza, evidencia a necessidade de uma intervenção urgente no modelo informacional atual. O recente número de informações que se multiplicam a cada

538  
+ 

minuto, segundo Martinez- Silveira (2005), ocasiona aos médicos dificuldade de obter acesso a informações fidedignas que agreguem conhecimento e facilitem o atendimento de seus pacientes.

É chegado um delicado momento em que muito vem se discutindo a importância do sistema hospitalar de ensino; são traçadas diretrizes para a assistência à saúde como atividade de extensão universitária, diretrizes para atividades de ensino e de pesquisa, bem como de modernização da gestão.

Faz-se necessário e imediato adequar os hospitais de ensino às políticas do Sistema Único de Saúde, atentar para a multidisciplinariedade, para a humanização e buscar a excelência tanto no preparo dos futuros médicos e equipe multidisciplinar, quanto no atendimento à saúde populacional.

Em consonância à legislação pertinente à implantação de hospitais de ensino, pode-se formular que tenham a seguinte **MISSÃO**:

***Garantir a melhoria da qualidade dos serviços de saúde à população, servindo de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, formando profissionais conscientes das políticas do SUS e oferecendo estrutura qualificada ao estudo e ao ensino.***

Cabe então às bibliotecas, como organizações dinâmicas e em constante atualização, traçar uma estratégia que responda a essa nova missão. Isso requer um estudo que identifique quais as novas necessidades de informação que se colocam aos profissionais, tanto para atividades de ensino quanto de pesquisa. Faz-se mister, igualmente, a identificação, recuperação e organização da produção do conhecimento. E essa produção, em via de regra, encontra-se dispersa em vários locais dos hospitais, desindexada, servindo a pequenos núcleos.

**Objetivo Geral:**

Adequar o atual Centro de Documentação às necessidades de uma Instituição de Ensino enfocando-o como "Centro de Documentação e Informação Científica da HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE GOIÁS.

**Objetivos Específicos:**

538  
\*

- Indicar ações prioritárias a serem desenvolvidas para qualificação de Instituição de Ensino na área educacional.
- Oferecer subsídios aos gestores referentes a estratégias de ação que garantam a permanência da instituição entre os hospitais qualificados para ensino.
- Traçar um novo modelo de Centro de Informação com maior abrangência e enfoque nas atividades de ensino e no gerenciamento da informação.
- Apontar o Centro de Documentação como fonte de informação de apoio à gestão de serviços de saúde e às atividades de estudo e ensino
- Delinear quais os recursos humanos, físicos, materiais necessários à criação de um centro informacional em um hospital de ensino.

#### **Justificativas**

As Instituições de Ensino têm uma caracterização bem delinida pela Portaria Interministerial nº 1000 de 5 de abril de 2004 e necessitam adaptar-se às novas exigências legais que o qualificam. Entre elas destacam-se:

- Abrigar atividades regulares de pesquisa na instituição de ensino;
- Possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais;
- Ter instituídas em permanente funcionamento, as comissões de ética em pesquisa, de documentação médica e estatística de óbitos;
- Desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde;
- Ser participante ativo do pólo de educação permanente em saúde;
- Dispor de programa institucional de desenvolvimento de docentes, preceptores, profissionais técnico-assistenciais, gerentes e profissionais de nível técnico, por iniciativa própria ou através de convênio com instituições de ensino superior;
- Participar das políticas prioritárias do sistema único de saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos para a saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da docência com a rede básica, de acordo com as realidades de cada região.
- Considerando a associação entre a formação de recursos humanos, a assistência, o estudo-ensino ligados à geração do conhecimento é preciso

repensar o acervo e a atuação das bibliotecas dos hospitais de ensino, que devem passar a ser vistas como serviços de informação que sirvam-se de novas práticas, utilizando novas tecnologias e, conseqüentemente, novos processos gerenciais.

#### **6.4 – Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes**

Considerando que Prevenção é a melhor forma de evitar acidentes no trabalho, a Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes a ser adotada no pelo Instituto de Gestão e Humanização – IGH para a **Hemorrede Pública Estadual de Goiás** terá por objetivo a manutenção de um ambiente de trabalho seguro e saudável em suas instalações e incentivará as ações adequadas que minimizem os acidentes.

Entre as atividades a serem desenvolvidas por meio da referida política, destacamos;

- Atividades de proteção a saúde dos colaboradores;
- Criação de uma mentalidade preventiva coletiva;
- Adoção de Equipamentos de Proteção Individual – EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva – EPC;
- Promoção e conscientização com relação aos riscos e agentes existentes em nosso ambiente de trabalho.

Todos os colaboradores diretos e indiretos da Hemorrede Pública de Goiás serão orientados para que sejam cumpridas as normas trabalhistas visando minimizar os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, bem como, proteger a integridade e a capacidade do trabalhador.

#### **Objetivos**

1. Promover a liderança do Corpo Gerencial e Técnico da Área de Segurança e Saúde do Trabalho e de todos os gestores;
2. Garantir atualizações técnicas e legais para o Corpo Gerencial e Técnico de Segurança e Saúde do Trabalho;

54





3. Gerir os riscos à Segurança e Saúde do Trabalhador em cada atividade que desempenhe na Instituição, de acordo com os padrões técnicos e normativos estabelecidos nacionalmente.

## **PROGRAMAS E ATIVIDADES**

### **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA**

Terá por objetivo reconhecer, avaliar e estabelecer controle dos riscos ambientais existentes ou que venha a existir na Hemorrede Pública de Goiás tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

#### **Conteúdo do PPRA:**

- a. Estrutura do Programa
- b. Desenvolvimento do Programa
- c. Formas de Registro e de Manutenção
- d. Periodicidade e Forma de Avaliação Qualitativa e Quantitativa
- e. Medidas Preventivas e de Controle
- f. Plano de Ação para Gerenciamento dos Riscos :
  - Plano para o Ambiente
  - Plano para o Trabalhador
  - Plano para o Controle Ambiental
  - Acidentes com Material Biológico – Conduas
  - Plano de Ação para Substâncias Químicas Utilizadas por Setor
  - Fichas de Segurança dos Produtos Químicos
  - Quadros de EPI por Setor

### **Laudo Técnico de Condições Ambientais – LTCAT**

Tem por objetivo caracterizar exposição a todos os riscos, agentes nocivos (químico, físico e biológico), agentes de acidentes e situação ergonômicas existentes no ambiente de trabalho; as suas intensidades, variações, potencialidades; além do registro histórico das exposições.

#### **Conteúdo do LTCAT:**

- a) Metodologia
- b) Níveis de Ruídos

542  
+

- c) Níveis de Temperatura
- d) Laudos Técnicos por Setor

### **Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO**

Tem por objetivo promover a saúde dos trabalhadores, facilitando o encaminhamento das ações da empresa no âmbito das questões médico-ocupacionais no que diz respeito aos aspectos da medicina, higiene e segurança do trabalho.

#### **Conteúdo do PCMSO:**

- a) Apresentação dos riscos por função existente no Hospital e os controles médicos necessários;
- b) Apresentação da relação de exames ocupacionais, e suas finalidades;
- c) Controle Médico e de Higiene a serem implementados no PCMSO:
  - Acidentes de Trabalho
  - Profilaxia do Tétano e Hepatite
  - Diabetes
  - Hipertensão Arterial
  - Toxicológicos
  - Da água
  - Programa de Preservação Auditiva
  - Radiações Ionizantes
  - Primeiros Socorros

### **Programa de Treinamento dos Colaboradores**

Tem o objetivo possibilitar aos colaboradores meios para que possam desempenhar as suas atividades com segurança. Ações:

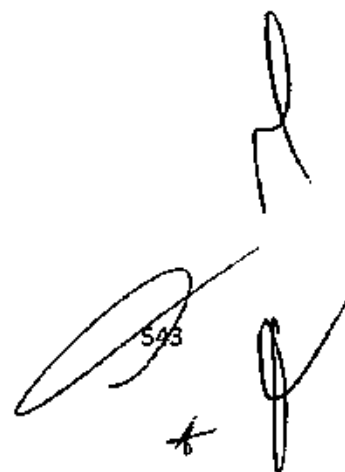
- Realização de Treinamentos para os colaboradores da Unidade, com registro de presença por meio de atas;
- Elaboração e distribuição de Manuais.

### **Manual de Segurança do Trabalho**

#### **Conteúdo:**

- Acidente de Trabalho

543



- Riscos Ambientais
- Segurança Elétrica
- Equipamentos de Proteção Individual – EPI
- Equipamentos de Proteção Coletiva – EPC
- Prevenção e Combate a Princípio de Incêndio

### **Manual de Primeiros Socorros**

#### **Conteúdo:**

- Desmaios
- Convulsões
- Hemorragias
- Fratura
- Queimaduras
- Asfixia
- Choque Elétrico
- Ferimentos
- Transporte de Acidentados

### **Manual de Biossegurança**

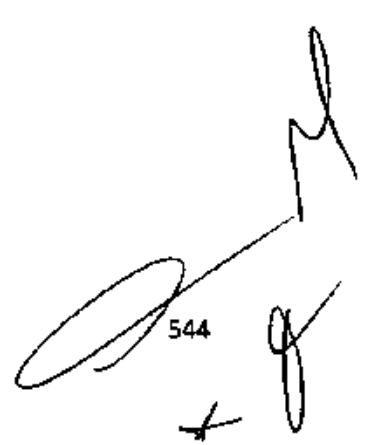
#### **Conteúdo:**

- O que é Biossegurança
- Avaliação de Risco
- Riscos Biológicos
- Fatores de Risco
- Risco de Contágio após Exposição
- Higienização das Mãos
- Uso de EPI
- Descarte de Perfuro Cortante e Separação do Lixo
- Profilaxia Pré e Pós Contágio
- Procedimento em Caso de Acidente

### **Manual de Prevenção de Riscos**

#### **Conteúdo:**

544



- Utilização de EPI
- Risco Biológico
- Risco Químico
- Risco Físico
- Segregação dos Resíduos
- Bem Estar do Trabalhador
- Risco Ergonômico

### **Manual de Lavanderia Hospitalar**

#### **Conteúdo:**

- Equipamentos da Lavanderia
- Estrutura Orgânica da Lavanderia
- Equipe de Profissionais
- Atribuições dos Colaboradores
- Serviço de Processamento de Roupas – SPR
- SPR e o Controle de Infecção Hospitalar
- SPR e o Marketing de Serviços
- Produtos e Processo de Lavagem
- Ciclo da Rotina de Trabalho do SPR

#### **Outras Ações:**

- Registro dos Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais
- Emissão da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
- Elaboração de Estatísticas dos Acidentes de Trabalho
- Análises individuais e coletivas dos acidentes e doenças ocupacionais
- Investigação e implementação de procedimentos preventivos
- Investigação e elaboração de relatórios conclusivos sobre acidentes do trabalho;
- Cadastro e Controle de Uso de EPI – Equipamento de Proteção Individual;
- Cadastro e Controle de Uso de EPC – Equipamento de Proteção Coletiva
- Apoio a atividades da CIPA, tais como:
  - o Realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT
  - o Realização de Mapas de Riscos Setoriais

**Afastamento Zero após primeiro ano de contrato:**

**Considerações Gerais**

O Ministério do Trabalho (1995), segundo a Lei n 8.213, de 24 de julho de 1991, que foi alterada pelo Decreto n 611, de 21 de julho de 1992, no Art. 19, orienta que "Acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, ou ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária".

O Parágrafo 1º do citado art. orienta que "a empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador". Por outro lado o parágrafo segundo orienta que "constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho". Já o parágrafo terceiro chama atenção que "é dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular".

A literatura especializada neste assunto afirma que o acidente do trabalho, na sua grande parte pode ser evitado, quando há uma maior atenção desde o planejamento, gerenciamento e processos adequados de execução do trabalho.

Desta forma pode-se concluir que investir na prevenção da segurança é de extrema importância, seja por meio do treinamento, formação de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), fornecimento de Equipamento de proteção individual (EPI) e Equipamento Coletivo (EPC). No ambiente hospitalar, é possível investir na segurança do trabalho por meio de medidas de prevenção, análise e controle dos riscos existentes.

Principalmente na área de saúde, acidentes representam alteração no andamento da rotina de trabalho, resultando em consequências que poderão significar risco para os profissionais, pacientes e visitantes.

É possível relacionar as seguintes consequências do acidente:

- Diminuição da produtividade pela perda de mão de obra;
- Aumento dos gastos com o auxílio ao acidentado;

- Insegurança e tensão para os demais profissionais da equipe do profissional acidentado.

De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social (2006), um acidente de trabalho pode causar as seguintes consequências em relação ao tempo de afastamento do acidentado:

- Afastamento simples: o trabalhador recebe atendimento e retorna imediatamente às suas atividades;
- Afastamento temporário: o acidentado fica afastado do trabalho por um período até que esteja habilitado para retomar suas atividades, este período é dividido em afastamento por menos e por mais de 15 dias;
- Incapacidade permanente: o trabalhador fica incapacitado de exercer a atividade profissional que exercia na época do acidente.
- Óbito: o acidentado falece em função do acidente.

Quando o afastamento é maior do que 15 dias, o INSS pagará o auxílio-doença ao acidentado, no entanto quando o afastamento é menor que 15 dias, as despesas são de responsabilidade do empregador. Neste caso, o hospital terá que providenciar um substituto, gerando custos. Grande parte dos afastamentos ocorridos se deve a causas evitáveis, seja por insuficiência ou falta de medidas e ações preventivas de acidentes, quer seja pela falta de orientações sobre doenças que podem afetar o trabalhador. Comparando as causas com as consequências, vale afirmar que é de fundamental importância o desenvolvimento de uma cultura da prevenção para que se obtenha um aumento da produtividade institucional.

#### **Prevenção para Afastamento Zero:**

Eliminar 100% dos acidentes é uma tarefa praticamente impossível devido a variedades de fatores que rodeiam o ambiente hospitalar. No entanto, as metas para "Acidente Zero" e "Afastamento Zero" serão perseguidas.

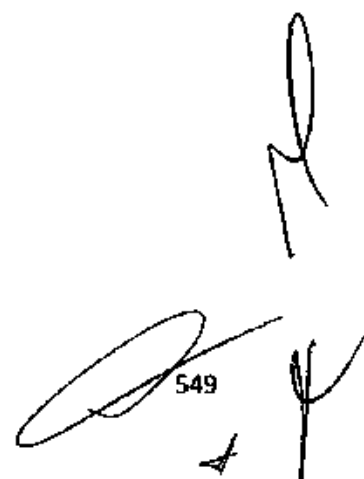
Um dos objetivos que o RH do HURSO, na área de Segurança Ocupacional, será despertar em todos os colaboradores o interesse pela prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais, principalmente sobre o impacto que causam a ele mesmo trabalhador, sua família e sobre a instituição.

**Ações e Critérios:**

- a) Implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, tendo como objetivo a preservação da saúde e da integridade física dos colaboradores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle dos riscos ambientais existentes no hospital, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais;
- b) Implantar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, que rege todas as ações de saúde desenvolvidas pelo Setor de Medicina do Trabalho, tendo por objetivo a promoção e preservação da saúde dos colaboradores do hospital;
- c) Realizar os Exames Médicos Ocupacionais.
- d) Todos os colaboradores serão submetidos ao exame, periodicamente, com intervalos de tempo entre um e outro, conforme a seguir:
  - A cada dois anos: para empregados entre 18 (dezoito) e 45 (quarenta e cinco) anos.
  - A cada ano: para empregados maiores de 45 anos;
  - A cada ano ou a intervalo menores: para empregados expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional.
- e) Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), com o objetivo de proteger a saúde e a integridade física dos profissionais do HURSO.
- f) Analisar as condições sob as quais as tarefas serão executadas e o seu impacto sobre a eficiência, conforto e segurança das pessoas envolvidas;
- g) Determinar fatores como: a faixa de temperatura, intensidade de iluminação, controle de ruído, qualidade do ar;
- h) Ajustar as condições de trabalho às características psicofisiológicas dos colaboradores, de maneira que permita um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente;
- i) Realizar Campanhas Educativas de Prevenção de Acidentes de Trabalho;
- j) Realizar Campanhas Educativas de Prevenção de Doenças;
- k) Inspeccionar periodicamente as condições de trabalho nos diversos setores da Instituição;

- l) Elaborar estatística dos acidentes e incidentes visando o acompanhamento da performance e efetividade dos programas de segurança implantados;
  - m) Registrar os acidentes pessoais classificando os acidentes com afastamento e os acidentes sem afastamento, visando a análise das causas e a prevenção de acidentes futuros, tendo como meta o "afastamento zero";
  - n) Realizar Treinamentos de Segurança do Trabalho;
  - o) Constituir e oferecer condições de trabalho para a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Realizar a Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT.

549





## 6.5 - REGISTROS E CONTROLES DE PESSOAL - MODELOS E FLUXOS

A seguinte rotina deverá nortear a elaboração das escalas de serviço:

1. Do dia 1º ao dia 10º do mês corrente o coordenador do setor deverá elaborar as escalas de serviço do próximo mês.
2. Do dia 11º ao dia 14º o rascunho da escala deverá ser divulgado, no setor, para ajustes.
3. No dia 15º o rascunho da escala deverá ser digitado.
4. Do dia 16º ao dia 18º a escala deverá ser encaminhada para o RH e uma cópia deverá ser afixada na unidade.




**Proposta de Escala de Trabalho**

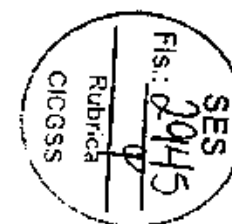
	<b>Hemorrede Pública Estadual de Goiás</b> <b>ESCALA MENSAL DE SERVIÇO</b>																																
	Ano:	Mês:	Setor:																														
Cargo:																																	
NOME	DATA																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

*[Handwritten signatures]*



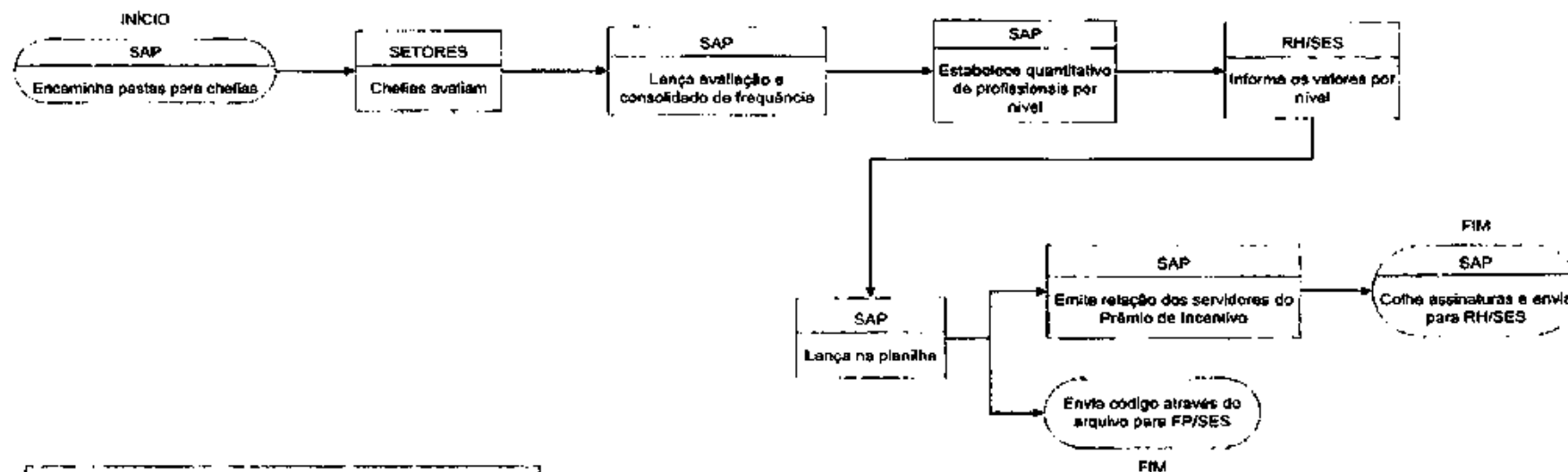
**Relatório para Folha de Pagamento**

 <b>Hemorrede Pública Estadual de Goiás</b> <b>REALATÓRIO PARA FOLHA DE PAGAMENTO</b>						
Ano:	Mês:	Setor:				
NOME	MAT	TOTAL HORAS PLANTÃO DIURNO	TOTAL HORAS PLANTÃO NOTURNO	USO DEPARTAMENTO DE PESSOAL		
				CODIGO	CODIGO	PROCESSAMENTO

**Processo 2**

**PRÊMIO DE INCENTIVO**



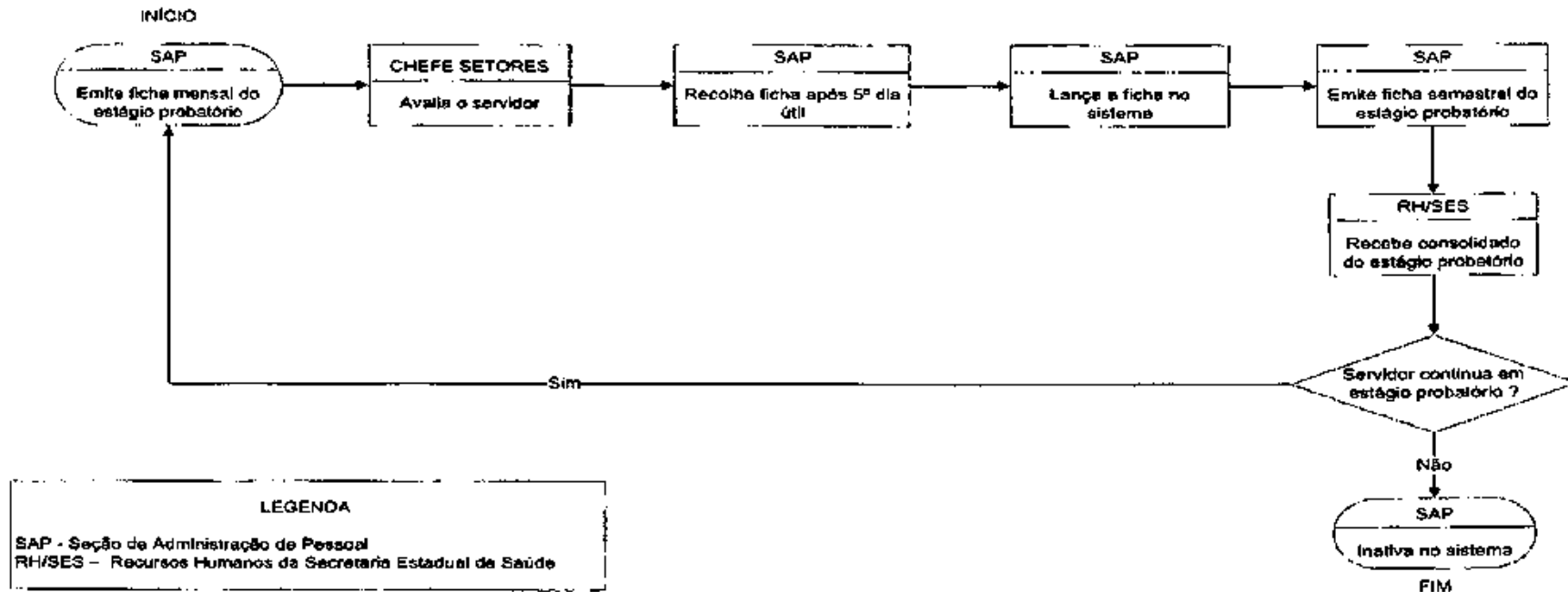
**LEGENDA**  
 SAP - Seção de Administração de Pessoal  
 RH/SES - Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde  
 FP/SES - Folha de Pagamento da Secretaria Estadual de Saúde

*[Handwritten signatures]*



**Processo 3**

**ESTÁGIO PROBATÓRIO**

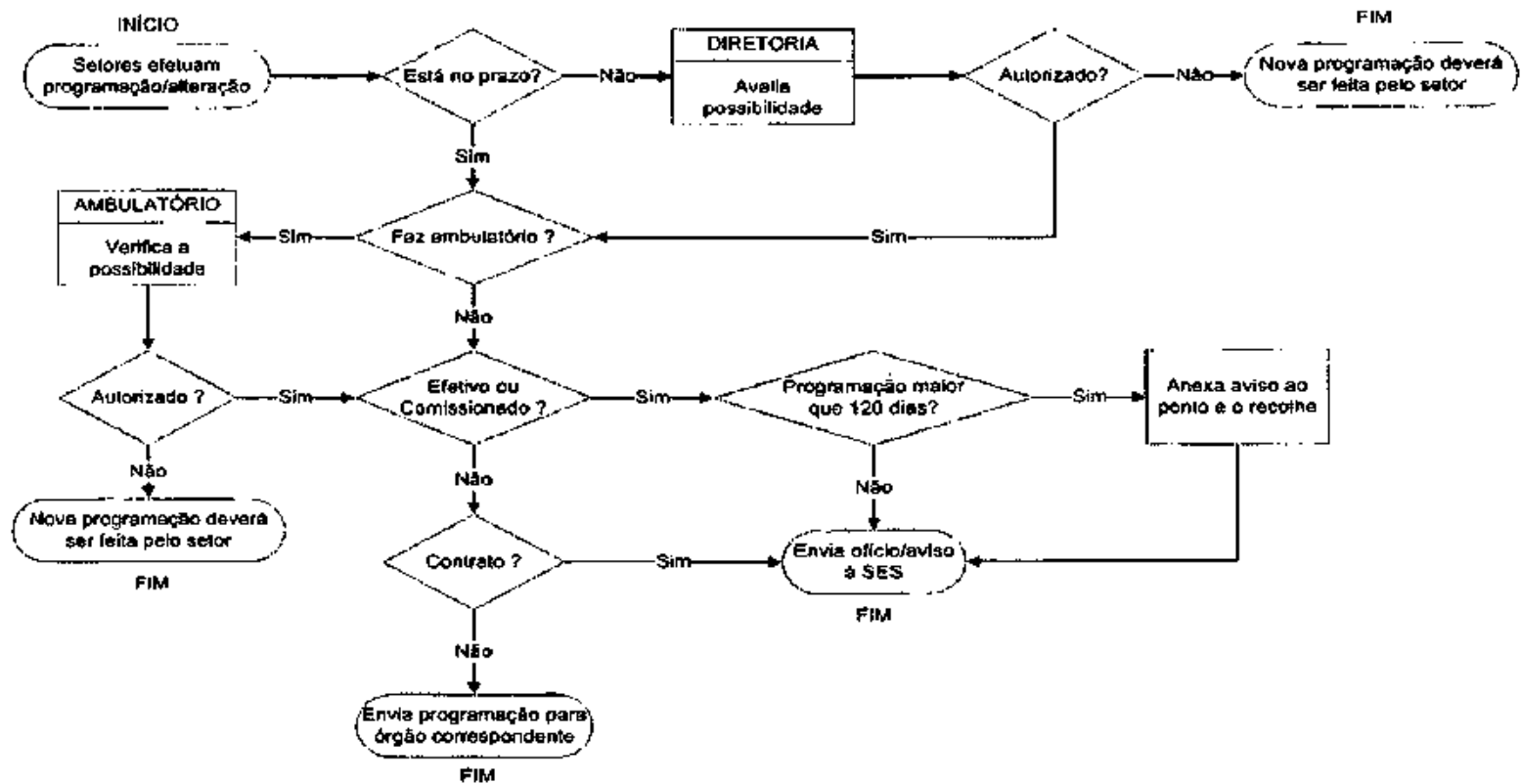


*[Handwritten signature]*

SES  
RUBRICA  
CICGSS  
Fls.: 2044

**Processo 4**

**FÉRIAS**



*[Handwritten signatures and initials]*

SES  
Rubrica  
Fls.: 2948  
CICSS


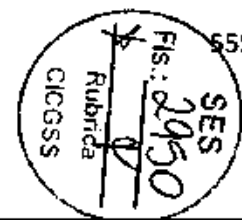
**PERFIL DOS PROFISSIONAIS**

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>DIRETOR GERAL</b>	Nível Superior	Especialização em Administração Hospitalar. Experiência como gestor Cursos de aperfeiçoamento Definição de metas, objetivos e prioridades institucionais	Liderança Visionário Capacidade de negociação, argumento e convencimento Visão estratégica Rapidez nas decisões Empreendedorismo Administração de conflitos Criatividade	Registro no Conselho Profissional da Categoria	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira  07h às 12h 13h às 16h sexta-feira




CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS</b>	Nível Superior	Especialização em Administração Hospitalar. Cursos de aperfeiçoamento Experiências como gestor em área administrativa e financeiras Definição de metas, objetivos e prioridades institucionais	Liderança Visionário Capacidade de negociação, argumento e convencimento Visão estratégica Rapidez nas decisões Empreendedorismo Administração de conflitos Criatividade	Registro no Conselho Profissional da Categoria	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira  07h às 12h 13h às 16h sexta-feira
<b>COORDENADOR</b>	Superior em Enfermagem	Especialização em Administração Hospitalar. Cursos de Especialização na	Liderança Visionário Capacidade de negociação, argumento e	Registro no			07h às 12h 13h às 17h de segunda

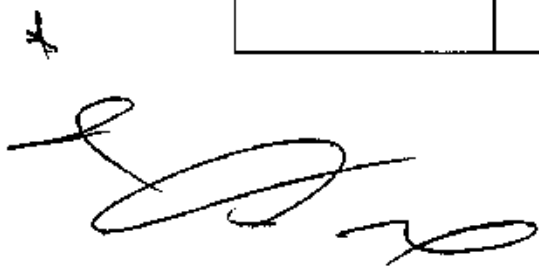
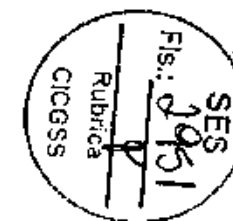
1



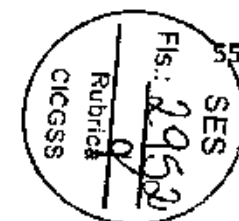
<b>DE ENFERMAGEM</b>		área de educação Experiência em área de ensino e /ou pesquisa Definição de metas, objetivos e prioridades institucionais	convencimento Visão estratégica Rapidez nas decisões Empreendedorismo Administração de conflitos Criatividade	Conselho Profissional da Categoria	44h	Segunda a sexta	a quinta-feira  07h às 12h 13h às 16h sexta-feira
----------------------	--	---	--	--	-----	-----------------------	---

<b>CARGO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>COMPETÊNCIA TÉCNICA</b>	<b>COMPETÊNCIA PESSOAL</b>	<b>EXIGÊNCIAS</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>DIAS DA SEMANA</b>	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>
<b>COORDENADOR DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS</b>	Nível Superior na Área de Saúde	Especialização em Administração Hospitalar. Cursos de aperfeiçoamento Experiências	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole	Certificado da escolaridade Registro no	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta- feira  07h às 12h 13h às 16h

		como gestor em área de saúde Definição de metas, objetivos e prioridades institucionais	Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento dos indicadores da área	Conselho Profissional da Categoria A			sexta-feira
--	--	--	--	--------------------------------------	--	--	-------------

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
		Especialização em Administração Hospitalar.	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões				07h às 12h 13h às 17h de segunda



<p><b>COORDENADOR DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS</b></p>	<p>Nível Superior - Administração</p>	<p>Cursos de aperfeiçoamento Experiências como gestor em área de saúde Definição de metas, objetivos e prioridades institucionais</p>	<p>Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento dos indicadores da área</p>	<p>Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria</p>	<p>44h</p>	<p>Segunda a sexta</p>	<p>a quinta- feira  07h às 12h 13h às 16h sexta-feira</p>
---	---	---	--	---	------------	--------------------------------	---

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
-------	--------------	------------------------	------------------------	------------	-----------------------------	-------------------	---------------------------



<p><b>COORDENADOR DE APOIO OPERACIONAL</b></p>	<p>Nível Superior na Área de Saúde ou Administração</p>	<p>Cursos de aperfeiçoamento Experiências como gestor em área de saúde Definição de metas, objetivos e prioridades institucionais</p>	<p>Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento dos indicadores da área</p>	<p>Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria</p>	<p>44h</p>	<p>Segunda a sexta</p>	<p>07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta- feira  07h às 12h 13h às 16h sexta-feira</p>
--	---	---	--	---	------------	--------------------------------	--




CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>RESPONSÁVEL PELO LABORATÓRIO</b>	Superior em Biomedicina ou Farmácia	Cursos de especialização na área Experiência como gestor Conhecimento e plano de ação para atingir metas, objetivos e prioridades institucionais	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	36h	Segunda a sexta	07h às 13h



			acompanhamento dos indicadores da área				
--	--	--	---	--	--	--	--

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO</b>	Superior em Nutrição e	Cursos de especialização na área Experiência como gestor Conhecimento e plano de ação para	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	36h	Segunda a sexta	07h às 13h

*[Handwritten signature]*

SES  
Rubrica  
CICGSS  
Fls.: 2956

		atingir metas, objetivos e prioridades institucionais	Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento dos indicadores das áreas				
--	--	--	--	--	--	--	--

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
			Liderança Capacidade de negociação				

*[Handwritten signature]*



<b>RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO SOCIAL</b>	Superior em Serviço Social	Cursos de especialização na área Experiência como gestor Conhecimento e plano de ação para atingir metas, objetivos e prioridades institucionais	Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento dos indicadores das áreas	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	36h	Segunda a sexta	07h às 13h
--	-------------------------------	--	---	--	-----	-----------------------	------------

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA	DÍAS DA SEMANA	HORÁRIO DE
-------	--------------	------------------------	------------------------	------------	------------------	-------------------	---------------

*[Handwritten signature]*

SES  
Rubrica  
CICGSS  
Fis.: 2958



					SEMANAL		TRABALHO
<b>RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE FARMÁCIA</b>	Superior em Farmácia ou Biomedicina e	Cursos de especialização na área Experiência como gestor Conhecimento e plano de ação para atingir metas, objetivos e prioridades institucionais	Liderança Capacidade de negociação Rapidez nas decisões Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional Controle e acompanhamento dos Indicadores das áreas	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	36h	Segunda a sexta	07h às 13h

*[Handwritten signature]*

SES  
Rubrica  
CICGSS  
Fls. 2959

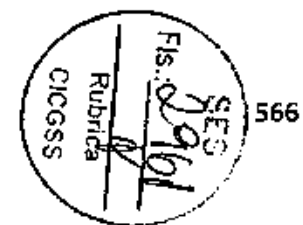
CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>MÉDICO DIARISTA</b>	Superior em Medicina	Experiência na área	Liderança Perspicácia Segurança Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Bom relacionamento interpessoal Maturidade Psicossocial Motivação Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	20h	Segunda a sexta	07h às 11h ou 13h às 17h
			Liderança Perspicácia Segurança Administração de conflitos				07h às 19h

*[Handwritten signatures and marks]*

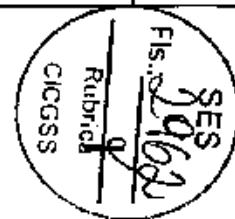


<b>MÉDICO PLANTONISTA</b>	Superior em Medicina	Experiência na área	Atendimento humanizado Autocontrole Bom relacionamento interpessoal Maturidade Psicossocial Motivação Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	24h	Segunda a domingo	ou 19h às 07h  Dois dias na semana
-------------------------------	-------------------------	------------------------	--	---	-----	-------------------------	--

*[Handwritten signatures]*



CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>ADMINISTRADOR</b>	Superior em Administração e	Experiência como gestor Conhecimento das práticas administrativas	Liderança Responsabilidade Administração de conflitos Autocontrole Responsabilidade	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>	Superior em Serviço Social	Experiência na área	Liderança Perspicácia Bom senso Administração de conflitos Autocontrole Atendimento humanizado Responsabilidade Escuta seletiva	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	30h	Segunda a sexta	07h às 13h ou 13h às 19h

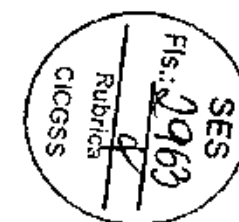


Handwritten signatures and initials in the bottom left corner of the page.

<b>BIOQUÍMICO/ BIOMÉDICO</b>	Superior em Biomedicina ou Bioquímica	Experiência na área	Liderança Administração de conflitos Autocontrole Atendimento humanizado Responsabilidade Atenção concentrada	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	30h	Segunda a sexta	07h às 13h ou 13h às 19h
----------------------------------	---	------------------------	---	---	-----	-----------------------	--------------------------------

<b>CARGO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>COMPETÊNCIA TÉCNICA</b>	<b>COMPETÊNCIA PESSOAL</b>	<b>EXIGÊNCIAS</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>DIAS DA SEMANA</b>	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>
<b>ENFERMEIRO DIARISTA</b>	Superior em Enfermagem	Experiência na área	Liderança Segurança Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Bom relacionamento interpessoal	Certificado da escolaridade Registro no Conselho	44h	Segunda a sexta	07h às 16h de segunda a sexta ou 07h às 13h com mais 2 plantões complementares no final de

*[Handwritten signatures and initials]*



			Maturidade Psicossocial Motivação Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional	Profissional da Categoria			semana ou 13h às 19h com mais 2 plantões complementares no final de semana
CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>ESTATÍSTICO HOSPITALAR</b>	Nível Superior	Experiência de 6 meses Cursos de aperfeiçoamento na área Conhecimento em informática no MS Office – Windows, Word, Excel	Organização Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada Bom relacionamento interpessoal Capacidade para trabalhar em equipe multiprofissional	Idade mínima de 18 anos Comprovantes de escolaridades	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta- feira 07h às 12h 13h às 16h sexta

*[Handwritten signature]*

569  
SES  
Fis.: 2964  
Rubrica  
CICGSS

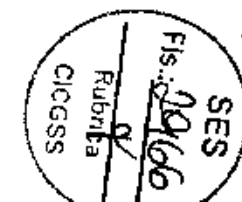
<b>FARMACÊUTICO</b>	Superior em Farmácia	Experiência na área	Liderança Segurança Administração de conflitos Atendimento humanizado Maturidade Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	36h	Segunda a sexta	07h às 13h ou 13h às 19h
---------------------	----------------------	---------------------	--	---	-----	-----------------	--------------------------------

<b>CARGO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>COMPETÊNCIA TÉCNICA</b>	<b>COMPETÊNCIA PESSOAL</b>	<b>EXIGÊNCIAS</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>DIAS DA SEMANA</b>	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>
			Liderança Segurança Administração de conflitos Atendimento humanizado	Certificado da	30h	Segunda	07h às 13h ou



<b>FISIOTERAPEUTA</b>	Superior em Fisioterapia	Experiência na área	Autocontrole Escuta seletiva Relacionamento interpessoal Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional	escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria		a sexta	13h às 19h
<b>NUTRICIONISTA</b>	Superior em Nutrição	Experiência na área	Liderança Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Relacionamento interpessoal Maturidade Psicossocial Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta

*[Handwritten signatures and initials]*





CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>PSICÓLOGO</b>	Superior em Psicologia	Experiência na área	Liderança Segurança Administração de conflitos Atendimento humanizado Autocontrole Maturidade Psicossocial Escuta seletiva Capacidade para trabalhar com equipe multiprofissional	Certificado da escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	30h	Segunda a sexta	07h às 13h ou 13h às 19h
<b>ALMOXARIFE</b>	Ensino Médio	Experiência de 6 meses em almoxarifado ou depósito ou	Organização Atenção concentrada Dinamismo	Idade mínima de 18 anos Comprovantes	44h	Segunda	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira



		logística Conhecimento em informática básica	Comprometimento Responsabilidade Agilidade	de escolaridades		a sexta	07h às 12h 13h às 16h sexta
<b>ASSISTENTE ADMINISTRATIVO</b>	Ensino Médio	Experiência de 6 meses em rotinas administrativas Conhecimento em informática básica	Bom relacionamento interpessoal Organização Responsabilidade Comprometimento	Idade mínima de 18 anos Comprovantes de escolaridades	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta

<b>CARGO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>COMPETÊNCIA TÉCNICA</b>	<b>COMPETÊNCIA PESSOAL</b>	<b>EXIGÊNCIAS</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>DIAS DA SEMANA</b>	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>
<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM</b>	Curso Técnico em	Cursos de aperfeiçoamento	Boa fluência verbal Atendimento humanizado Dinamismo Autocontrole	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade			07h às 12h 13h às 17h de segunda a

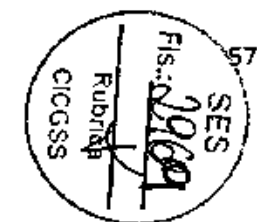
*[Handwritten signatures and marks]*

573  
SES  
Fis.: 20168  
Rubrica  
CICGSS

<b>DIARISTA</b>	Enfermagem	na área Conhecimento em informática básica	Maturidade psicossocial Comprometimento Responsabilidade Capacidade para trabalhar em equipe multiprofissional	Registro no Conselho Profissional da Categoria	44h	Segunda a sexta	quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h
-----------------	------------	--	---	---	-----	-----------------------	--

<b>CARGO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>COMPETÊNCIA TÉCNICA</b>	<b>COMPETÊNCIA PESSOAL</b>	<b>EXIGÊNCIAS</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>DIAS DA SEMANA</b>	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>
<b>AUXILIAR DE ALMOXARIFE</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Organização Dinamismo Comprometimento Responsabilidade Agilidade	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta
			Dinamismo	Idade mínima			07h às 12h 13h às 17h

*[Handwritten signatures and initials]*

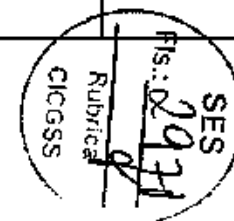


<b>AUXILIAR DE ROUPARIA</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Agilidade Responsabilidade Comprometimento	de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta
<b>AUXILIAR DE FARMÁCIA</b>	Ensino Médio	Experiência de 6 meses	Dinamismo Agilidade Atenção concentrada Responsabilidade Comprometimento	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h Sexta



CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>AUXILIAR DE CÂMARA / COPA / COZINHA</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Dinamismo Organização Agilidade Responsabilidade Bom relacionamento pessoal Comprometimento	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta
<b>ELETRICISTA</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses Cursos na área Conhecimento da Norma Regulamentadora NR 10	Atenção concentrada Dinamismo Responsabilidade Comprometimento Habilidade em trabalhar sobre pressão e sobrecarga	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade Certificado do curso (NR10)	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta

*[Handwritten signature]*



			Autocontrole				
<b>ENCANADOR</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Atenção concentrada Dinamismo Responsabilidade Comprometimento Habilidade em trabalhar sobre pressão e sobrecarga	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 18h sexta

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>PEDREIRO</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Atenção concentrada Dinamismo Responsabilidade Comprometimento Habilidade em trabalhar sobre	Idade mínima de 18 anos Certificado de Escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h



			pressão e sobrecarga				13h às 16h sexta
<b>COPEIRO DESPENSEIRO</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Dinamismo Agilidade Comprometimento Atenção concentrada Bom relacionamento pessoal Responsabilidade	Idade mínima de 18 anos Certificado de Escolaridade	44h	Segunda a Sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta- feira 07h às 12h 13h às 16h sexta
<b>COPEIRO REFEITÓRIO DIARISTA</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Dinamismo Agilidade Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada Bom relacionamento pessoal	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta- feira 07h às 12h 13h às 16h sexta

*[Handwritten signatures and initials]*



CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>COPEIRO REFEITÓRIO PLANTONISTA</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses	Dinamismo Agilidade Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada Bom relacionamento pessoal	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a domingo	07h às 19h ou 19h às 07h
<b>COZINHEIRO DIARISTA</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses Cursos de aperfeiçoamento na área	Liderança Dinamismo Agilidade Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada Bom relacionamento pessoal	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h

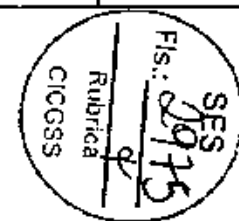




							13h às 16h sexta
<b>COZINHEIRO PLANTONISTA</b>	Ensino Fundamental	Experiência de 6 meses Cursos de aperfeiçoamento na área	Liderança Dinamismo Agilidade Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada Bom relacionamento pessoal	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a domingo	07h às 19h ou 19h às 07h

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>RECEPCIONISTA</b>	Ensino Médio	Experiência de 6 meses Cursos na área Conhecimento em	Fluência Verbal Bom relacionamento interpessoal Atendimento humanizado	Idade mínima de 18 anos Certificado de	44h	Segunda a	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta- feira

*[Handwritten signatures and marks]*



		informática básica	Autocontrole Organização Responsabilidade Comprometimento	Escolaridade		sexta	07h às 12h 13h às 16h sexta
<b>TÉCNICO EM CONTABILIDADE / FATURISTA</b>	Curso Técnico em Contabilidade  13h às 16h sexta	Experiência de 6 meses Cursos na área Conhecimento em faturamento Conhecimento da legislação vigente Conhecimento em informática no MS Office Windows, Word, Excel	Organização Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	<b>44h</b>	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta- feira 07h às 12h



CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>TÉCNICO EM LABORATÓRIO PLANTONISTA</b>	Curso Técnico em Laboratório	Experiência de 6 meses Cursos de aperfeiçoamento na área Conhecimento em Informática	Atendimento humanizado Dinamismo Autocontrole Maturidade psicossocial Comprometimento Responsabilidade Capacidade para trabalhar em equipe Multiprofissional	Idade mínima de 18 anos Certificado de Escolaridade	36h	Segunda a domingo	07h às 19h ou 19h às 07h
<b>TÉCNICO EM ADMINISTRAÇÃO</b>	Curso Técnico em Administração	Experiência de 6 meses Conhecimento das rotinas administrativas Conhecimento em informática no MS Office -	Organização Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada	Idade mínima de 18 anos Certificado de Escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h

*[Handwritten signatures and marks]*

SES  
Rubrica  
CICGSS  
Fls.: 0977  
582

		Windows, Word, Excel					sexta
<b>TÉCNICO EM INFORMÁTICA</b>	Curso Técnico em Informática	Experiência de 6 meses Cursos de aperfeiçoamento na área	Liderança Organização Bom relacionamento interpessoal Agilidade Dinamismo Responsabilidade Comprometimento Atenção concentrada	Idade mínima de 18 anos Certificado de Escolaridade	44h	Segunda a Sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>TÉCNICO EM EDIFICAÇÃO</b>	Curso Técnico em Edificação	Experiência de 6 meses Cursos de aperfeiçoamento na área	Liderança Organização Bom relacionamento interpessoal Agilidade Dinamismo Responsabilidade Comprometimento	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade Registro no Conselho Profissional da Categoria	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h sexta

*[Handwritten signature]*

SES 583  
RUBRICA  
CIC GSS  
Fis. 2918

CARGO	ESCOLARIDADE	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA PESSOAL	EXIGÊNCIAS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO DE TRABALHO
<b>AUXILIAR DE RECEPÇÃO E PORTARIA DIARISTA</b>	Ensino Médio	Experiência de 6 meses	Autocontrole Responsabilidade Liderança Comprometimento Habilidade em lidar com situações de conflito Austeridade	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	44h	Segunda a sexta	07h às 12h 13h às 17h de segunda a quinta-feira 07h às 12h 13h às 16h Sexta
<b>TELEFONISTA</b>	Ensino Médio Curso de Telefonista e Recepção	Experiência de 6 meses	Atenção Concentrada Discrição Comprometimento Responsabilidade Qualidade no atendimento Agilidade	Idade mínima de 18 anos Certificado de escolaridade	36h	Segunda a Sexta-feira	07h às 13h ou 13h às 19h

*[Handwritten signatures and marks]*





## • DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Dimensionamento de Pessoal *Atde??*

Categorias	Formação	Carga Horária Semanal	Área de Trabalho( Função)	Regime de Contratação
ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO	44	ANALISTA ADMINISTRATIVO	CLT
ADMINISTRATIVO	2º GRAU	44	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CLT
ADMINISTRATIVO	1º e /ou 2º GRAU	44	COPEIRO	CLT
ADMINISTRATIVO	1º e /ou 2º GRAU	44	MOTORISTA	CLT
ADMINISTRATIVO	1º e /ou 2º GRAU	44	RECEPCIONISTA	
ADMINISTRATIVO	1º e /ou 2º GRAU	44	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	CLT
ADMINISTRATIVO	1º e /ou 2º GRAU	44	VIGILANTES	CLT
ADMINISTRATIVO	1º e /ou 2º GRAU	36	TELEFONISTA	CLT
ASSISTENCIAL <i>X</i>	ADMINISTRAÇÃO/ CONTADOR	44	DIRETOR ADMINISTRATIVO	CLT
ASSISTENCIAL	ADMINISTRAÇÃO/ CONTADOR/ MÉDICO	44	DIRETOR GERAL	CLT
ASSISTENCIAL	SERVIÇO SOCIAL	30	ASSISTENTE SOCIAL	CLT
ASSISTENCIAL	TÉCNICO	36	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	CLT
ASSISTENCIAL	TÉCNICO	44	TÉCNICO DE LABORATORIO	CLT
ASSISTENCIAL	TÉCNICO	36	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	CLT
ASSISTENCIAL	BIOMEDICINA	44	BIOMEDICO	CLT
ASSISTENCIAL	MÉDICO	44	DIRETOR TÉCNICO/ MÉDICO	CLT
ASSISTENCIAL	ENFERMAGEM	36	ENFERMEIRO	CLT
ASSISTENCIAL	PSICOLOGIA	44	PSICOLOGA	CLT
ASSISTENCIAL	FISIOTERAPIA	44	FISIOTERAPEUTA	CLT

*[Handwritten signatures and initials]*

• **DECLARAÇÃO**



### DECLARACAO

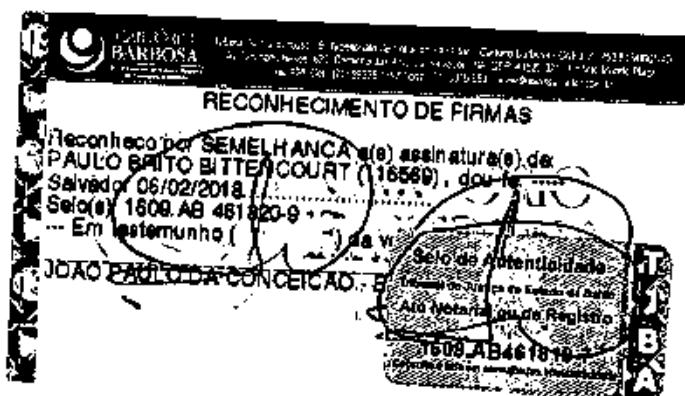
Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei na Hemorrede publica estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás, composta de 01 Hemocentro Coordenador contendo 02 Unidades de Coleta Moveis – Ônibus; 04 Hemocentros Regionais: Rio Verde, Jatai, Catalao e Ceres; 04 Unidades de Coleta e Transfusão - UCT: Formosa, Iporá, Porangatu, e Quirinópolis, exceto as Agencias Transfusionais-AT's, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Publico no 03/2017.

Declaro que a validade da proposta apresentada e de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Declaro, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saude – SUS, bem como respeitarei o caráter publico da Unidade de Saude.

Em 02, de fevereiro de 2018.

PAULO BRITO BITTENCOURT  
SUPERINTENDENTE



Proposta Técnica para gerenciamento, operacionalização e  
execução das ações e serviços de saúde na

# Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás

**COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR**

*[Handwritten signatures and initials]*

## • ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA

**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o **INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH**, com sede à Avenida Tancredo Neves, n. 2227, sala 1005, Caminho das Árvores, Salvador – Bahia, inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33, por meio do Contrato de Gestão nº 131/2012/SES/GO e celebrado em 29/06/2012 e prorrogado por Termos Aditivos, executa o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Materno Infantil - HMI, desde Junho de 2012, tendo cumprido com louvor todas as metas pactuadas no contrato em questão.

Vale salientar que no período de Janeiro a Junho de 2016 no Relatório de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG, o IGH alcançou a nota 9,3 (nove vírgula três), considerado conceito A (MUITO BOM).

Declaramos que o HOSPITAL MATERNO INFANTIL – HMI obteve a seguinte produção nos períodos de:

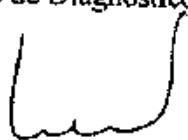
**JULHO a DEZEMBRO DE 2012**

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 7.836;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 84.723;
- Volume de cirurgias: 2.519;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 330.125.

**JANEIRO a DEZEMBRO DE 2013**

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 26.008;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 215.352;
- Volume de cirurgias: 5.620;

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



**ANTONIO MARRAS**  
AUTENTICACAO

Contate com o original que se lhe apresentar  
Salvador 19/01/2018  
(Selo) 1609 AB 4372843

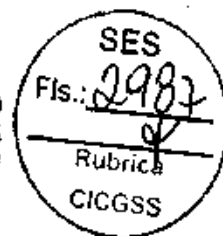
**ANDRE LUIS MORAES DA SILVA**  
TABELA DE PREÇOS  
de Contratos Mantir

**1609 AB 4372843**  
Selo de Autenticidade



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE

GO GOVERNO  
DE GOIÁS  
ESTADO INOVADOR



- Volume de Atos Multidisciplinares = 807.002.

#### JANEIRO a DEZEMBRO DE 2014

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 19.145;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 258.718;
- Volume de cirurgias: 5.379;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 2.343.389.

#### JANEIRO a DEZEMBRO DE 2015

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 23.136;
- Volume de consultas urgência e emergência e procedimentos ambulatoriais = 119.709;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 296.849;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 2.473.744.

#### JANEIRO a DEZEMBRO DE 2016

- Volume de internações na Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 17.484, sendo:
  - 1- Janeiro a Junho de 2016 referentes ao 4º termo aditivo a meta era de 1.280 internações/mês, foi realizado 12.472 internações no 1º Semestre.
  - 2- Julho a Dezembro de 2016 com o 5º termo aditivo a meta é de 750 saídas hospitalares/mês, foi realizado 5.012 saídas hospitalares no 2º Semestre.
- Volume de consultas Urgência/Emergência e procedimentos ambulatoriais = 115.337, sendo:

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

**CASTORINI BARRIOS**  
Rua... Salvador, Bahia, Brasil

**AUTENTICACAO**

Confere com o original que me foi apresentado  
Salvador 19/01/2018  
Selo(s): 1809.AB 437765  
Em testemunho

**ANDRE LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO**  
J. Tabela Selo do Nota e  
de Contratos Meritima

**Selo de Autenticidade**  
1809.AB437765-1

- 1- Janeiro a Dezembro de 2016 foram 73.277 consultas de Urgência/Emergências.
  - 2- Janeiro a Junho de 2016 foi realizado 26.735 consultas ambulatoriais no 1º Semestre, incluindo o banco de leite.
  - 3- Julho a Dezembro de 2016 foi realizado 15.325 consultas ambulatoriais, sendo contabilizados os atendimentos médicos e não médicos, excluindo a contabilização do acompanhamento do banco de leite.
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 323.940;
  - Volume de Atos Multidisciplinares = 2.712.700.

O Hospital possui um total de 177 leitos, sendo 05 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Adulta, 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 08 leitos na UTI Neonatal e 22 leitos na UCIN convencional e 05 Método Canguru.

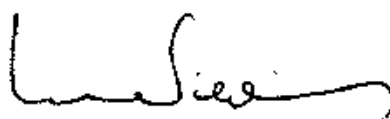
O HMI conta com os seguintes quantitativos de servidores:

- CLT: 576
- Efetivos (estatutários): 649

A unidade conta ainda com programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (Mastologia, Ultrassonografia, Endoscopia Ginecológica), Pediatria, Neonatologia, UTI Pediátrica e Enfermagem Obstétrica.

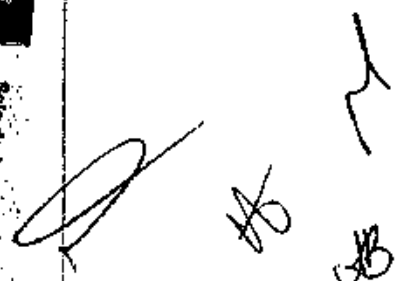
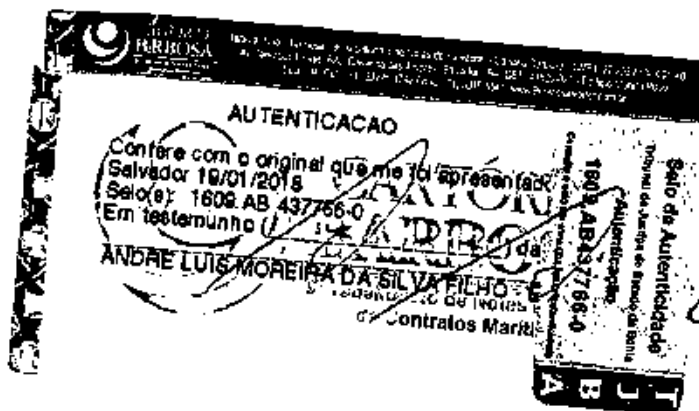
Declaramos ainda que o IGH exerce suas funções satisfatoriamente, cumprindo regularmente os prazos e as obrigações assumidas no Contrato de Gestão.

Goiânia, 06 de abril de 2017.

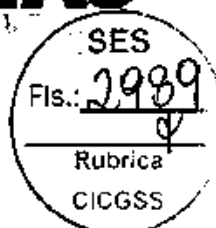


Leonardo Vitela

Secretário de Estado da Saúde







## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH, com sede à Avenida Tancredo Neves, n. 2227, sala 1005, Caminho das Árvores, Salvador – Bahia, inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33, por meio do Contrato de Gestão nº 131/2012/SES/GO e seus aditivos, celebrado em 29 de Junho de 2012, executa o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de Unidade Hospitalar, desde Junho de 2012, tendo cumprido com louvor todas as metas pactuadas no contrato em questão.

Vale salientar que no último Relatório de Monitoramento e Avaliação emitido pela Comissão Unificada de Avaliação dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais – COMACG, o IGH alcançou a nota 9,7 (nove vírgula sete), considerado conceito A (MUITO BOM).

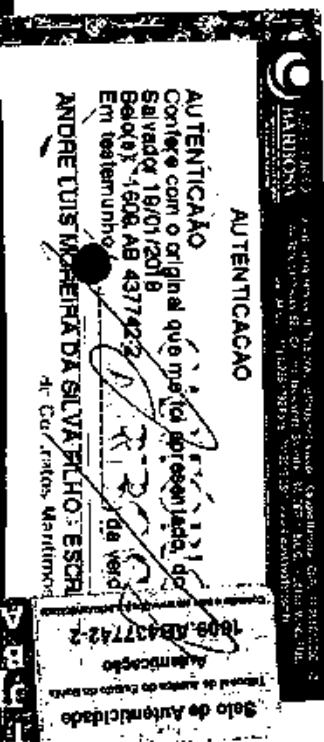
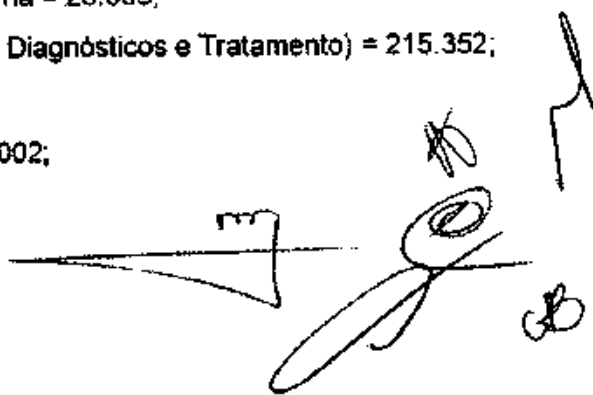
Declaramos que o HOSPITAL MATERNO INFANTIL – HMI obteve a seguinte produção nos períodos de:

### JULHO a DEZEMBRO DE 2012

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 7.636;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 84.723;
- Volume de cirurgias: 2.519;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 330.125;

### JANEIRO a DEZEMBRO DE 2013

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 26.008;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 215.352;
- Volume de cirurgias: 5.620;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 807.002;



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DE GOIÁS  
CNPJ: 00.299.388/0001-73

Registramos o presente Atestado para que se  
integre aos termos da Certidão nº *1020/10*  
admitida a sua veracidade ideológica.

*3*  
*Emílio de Oliveira Cavalcanti*  
Assessor da Diretoria Executiva  
CRA-GO 1207

**ABRIL**  
Sistema Nacional de Avaliação  
1809 AB 4377423

**AUTENTICACAO**  
Contém com o original que me foi apresentado,  
Salvador 19/01/2018  
Em testemunho ( )  
ANDRÉ LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - ESC  
d. Contrator - Marinha

**Selo de Autenticidade**  
1809 AB 4377423



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DE GOIÁS  
CNPJ: 00.299.388/0001-73

Registramos o presente Atestado para que se  
integre aos termos da Certidão nº. 28176  
admitida a sua veracidade ideológica.

*[Handwritten signature]*

Enygdio de Oliveira Cavalcanti  
Assessor da Diretoria Executiva  
CRA-GO 1287

**ATENCÃO**  
**BARBOSA**

**AUTENTICACAO**

Conferir com o original que me foi apresentado, dou f.  
Salvador 19/01/2018  
Selo(s) 1609 AB 437753-8  
Em testemunho *[Handwritten signature]* da verdade

**ANDRE LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - ESCRIT**  
9 - Tabelionato de Notas e Regist  
de Contratos Marítimos

**Selo de Autenticidade**  
1609 AB 437753-8  
Autenticação  
Número de Juntas de Embaixada em Brasília

**T B A**

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH, com sede à Avenida Tancredo Neves, n. 2227, sala 1005, Caminho das Árvores, Salvador – Bahia, inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33, por meio do Contrato de Gestão nº 131/2012/SES/GO e seus aditivos, celebrado em 29 de Junho de 2012, executa o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de Unidade Hospitalar, desde Junho de 2012, tendo cumprido com louvor todas as metas pactuadas no contrato em questão.

Vale salientar que no último Relatório de Monitoramento e Avaliação emitido pela Comissão Unificada de Avaliação dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais – COMACG, o IGH alcançou a nota 8,8 (oito vírgula oito), considerado conceito A (BOM).

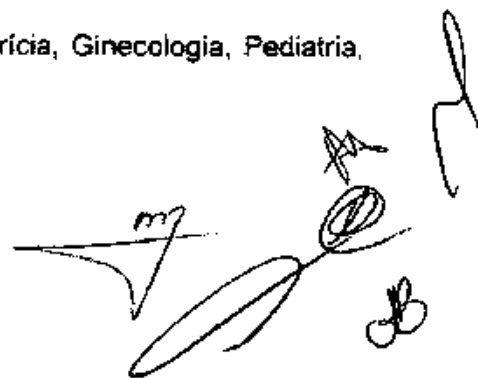
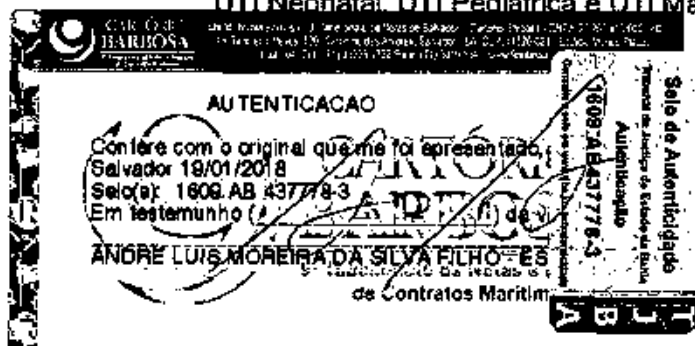
Declaramos que a MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES (Termo de Transferência de Gestão nº 001/2013, celebrado em 02 de dezembro de 2013) – MNSL obteve a seguinte produção nos períodos de:

### DEZEMBRO DE 2013

- Volume de internações, sendo: Obstetria, Ginecologia, Clínica e UCIN = 189;
- Volume de consultas urgência e emergência e procedimentos ambulatoriais = 796;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 1.893;
- Volume de cirurgias: 44;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 491;

### JANEIRO a DEZEMBRO DE 2014

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 2.962;



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DE GOIÁS  
CNPJ: 00.299.388/0001-73

Registramos o presente Atestado para que se  
integre aos termos da Certidão nº 020/198  
admitida a sua veracidade Ideológica.

*Emygdio de Oliveira Carvalcanti*  
Assessor da Diretoria Executiva  
CRA-GO 1287

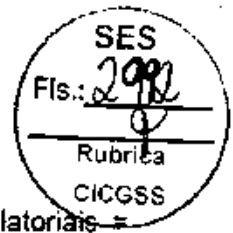
**ANTONIO BARBOSA**

**AUTENTICACAO**

Conferi com o original que me foi apresentado  
Salvador 19/01/2018  
Seio(s): 1609 AB 437780-5  
Em testemunho de

**ANDRE LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - EI**  
Empreiteiro de Obras e  
Contratos Martin

**Selo de Autenticidade**  
Autenticacao  
1609 AB 437780-5



- Volume de consultas urgência e emergência e procedimentos ambulatoriais = 9.002;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 29.085;
- Volume de cirurgias: 2.027;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 96.876;

**JANEIRO a DEZEMBRO DE 2015**

- Volume de internações, sendo: Observação, Obstetria, Ginecologia, Pediatria, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Materna = 2.865;
- Volume de consultas urgência e emergência e procedimentos ambulatoriais = 16.751;
- Volume de SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento) = 27.395;
- Volume de cirurgias: 1.423;
- Volume de Atos Multidisciplinares = 221.021;

O Hospital possui 29 leitos na Enfermaria Clínica, sendo 19 leitos para Obstetria, 07 leitos para Ginecologia e 03 leitos para tratamento Clínico. Possui ainda 10 leitos na Unidade de Cuidados intermediários - UCIN, sendo 2 berços em berçário de médio risco e 8 berços para internação. Totalizando 39 leitos.

Declaramos ainda que o IGH exerce suas funções com natureza qualitativa satisfatória, cumpre regularmente os prazos a que se compromete e submete contratualmente.

Goiânia, 03 de Março de 2016.

**Maria Christina de Azeredo Costa Reis**  
Superintendente de Controle,  
Avaliação e Gerenciamento das unidades de saúde

*mas*  
**Wanderson A. Silva**  
CRA - GO Nº 6-00188

**AUTENTICACAO**

Conteúdo com o original que me foi apresentado, de Salvador 18/01/2016. (Sede) 1809 AB 437781 Em testemunho do

**ANDRE LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - EBCI**  
Tribunal de Justiça do Estado de Goiás  
de Contratos Marítimos

1609 AB 437781-1

Selo de Autenticidade

**CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DE GOIÁS**  
 CNPJ: 00.299.368/0001-73

Registramos o presente Atestado para que se integre aos termos da Certidão nº 127/18 admitida e sua veracidade ideológica.

*Emergílio de Oliveira Cavalcanti*  
 Assessor da Diretoria Executiva  
 CRA-GO 1287

**CARTEIRA BARBOSA**  
 1908 AB 437781-3  
 1608 AB 437781-3

**AUTENTICACAO**

Confere com o original que me foi apresentado, de Salvador 19/01/2018  
 Selo(s): 1608 AB 437781-3  
 Em testemunho

**ANDRE LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - ESCF**  
 de Cc Circuitos Marítimos

Selo de Autenticacao  
 1608 AB 437781-3

**118A**





Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde  
Diretoria de Gestão da Rede Própria  
Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta



**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

**HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUÍS EDUARDO MAGALHÃES**

Atestamos que o Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM), sediado no Km 56, Loteamento Quinta do Descobrimento, s/n, Lote F, Quadra 01, município de Porto Seguro – Bahia, presta serviços de atendimento ao SUS, com assistência universal e gratuita à população em regime de 24 horas/dia, todos os dias do ano, estando sob a gestão do IGH - Instituto de Gestão e Humanização, inscrito no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33, na modalidade de Organização Social (OS), desde 01.09.2015 até a presente data. Inicialmente, a gestão do IGH fundamentou-se no Contrato Emergencial de Gestão nº 019/2015, celebrado com o Estado da Bahia, por intermédio desta Secretaria da Saúde, cujo epílogo ocorreu em 27.02.2016. Atualmente, a remuneração daquela OS está sendo feita por meio de procedimento indenizatório. O HRDLEM possui 129 (cento e vinte e nove) leitos distribuídos da seguinte forma:

Leitos por Especialidades	Total de Leitos
Clinica Médica	23
Clinica Pediátrica	22
Clinica Obstétrica	28
Clinica Cirúrgica	33
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	14
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	04
UTI Adulto	05
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>

Fonte: SESAB/SAIS/DGRP/DIRP-GI.




O HRDLEM está apto para prestar atendimento de média e alta complexidades, dispondo, além de leitos de internação, de serviços de diagnose e terapia, de ambulatório eletivo de especialidades, de pronto atendimento e de serviços de apoio assistencial, tendo apresentado a produção discriminada no quadro abaixo, durante o período de 01.09.2015 até 30.06.2016:

Descrição	Total de atendimentos Realizados
Internação	5.688
Procedimentos Clínicos	201.632
SADT	99.953
Procedimentos Cirúrgicos	3.052

Fonte: SESAB/SAIS/DGRP/DIRP-GI/Relatório de Informações Hospitalares do HRDLEM. Setembro/2015 – Junho/2016.

Salvador, 20 de julho de 2016.

  
Viviane Chicourel  
Diretora da Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta

  
Paulo Beyerhauert  
Superintendente IGH  
  
  
CRA 6205

**AUTENTICACAO**

Carteira com o original que me foi apreendido.  
(Salvador 18/01/2018)  
(Selec) 1808, AN 43770-8  
Em testemunha  
ANDRÉ LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - E  
1º Tabelião de Notas e  
de Contratos Marít.

1808, AN 43770-8  
Autenticado  
Sete de Autenticidade  
do Estado de Bahia

RCA 209 116

**CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA BAHIA - CRA/BA.**  
 O presente ATESTADO / DECLARAÇÃO é parte integrante da Carteira.  
 N° 1598 de 30/08 2016  
 expedida por este Conselho em Salvador, 30/08 2016  
 Adm. Gerson [assinatura] Dias  
 Chefe Setor de Fiscalização e Registro - CRA/BA nº 201

**BARBOSA**  
 Autenticado em Salvador em 19/01/2018  
 Selo(s): 1609 AB 43771-8  
 (Em testemunho de)

**AUTENTICAÇÃO**  
 Confira com o original que me foi apresentado em Salvador 19/01/2018  
 Selo(s): 1609 AB 43771-8  
 (Em testemunho de)

**ANDRÉ LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - ES**  
 5º Tabelião de Notas e de Contratos Maritimos

**1609 AB 43771-8**  
 Selo de Autenticidade  
 Não se desprende do original em branco  
 Autenticado em

1609 AB 43771-8



## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins que o INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH, inscrito no CNPJ 11.858.570/0001-33 domiciliado à Rua Luís Portela da Silva, 511 – Itaipara, Salvador/BA, com filial domiciliada à Rua Francisco Xavier da Mota, 45 – Centro, Casimiro de Abreu/RJ, inscrita no CNPJ 11.858.570/0006-48, desde 1º de dezembro de 2013, presta serviços de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de forma complementar no Hospital Municipal Ângela Maria Simões Menezes conforme Contrato de Gestão n.º 001/2013 celebrado entre este Município e o IGH.

Cumpre-nos destacar que o citado hospital conta com 68 leitos ao total, com atendimentos de urgência e emergência, realização de cirurgias eletivas, de emergência e obstétricas.

Casimiro de Abreu, 01 de março de 2016

Edson Mangefest Franco  
 Secretário Municipal de saúde  
 Port.: 516/2014

PROJ Nº 13512/2016  
 ATESTADO DE ATENDIMENTO  
 Visto conforme do CREF nº  
 com a presente data que registra as  
 RCM nº 100395 de 29/08/16  
 RCM nº 100395-1 de 29/08/16  
 RCM nº 100395-2 de 29/08/16  
 RCM nº 100395-3 de 29/08/16  
 RCM nº 100395-4 de 29/08/16  
 e Atendidos neste hospital  
 de 29/08/16

Conselho dos Bases  
 Profissional de Apoio Operacional  
 CRA-RJ

*Edson Mangefest Franco*

Rua: Franklin José dos Santos, nº 271 – centro – Casimiro de Abreu  
 Email: [seccasimiro@gmail.com](mailto:seccasimiro@gmail.com)  
 Tel: (022)2778-1248

**AUTENTICACAO**

Confere com o original que me foi apresentado.  
 Salvador 19/01/2016  
 Sala(s): 1608, AB 437767-8  
 Em testemunho ( )

**ANDRE LUIS MOREIRA DA SILVA FILHO - ES**  
 9º Colunato - Notas e F.  
 de Co. atos Marítimo

1608-AB-437767-8

Selo de Autenticidade  
 Tiquila de Autenticidade do Estado do Rio de Janeiro

A B J T

*[Handwritten signatures and initials]*

