

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO**

**ORÇAMENTO N° 831/2021**

**GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS**

**PLANO DE TRABALHO**

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS**

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 – Identificação do Objeto .....	8
1.2 – Identificação da OSC Parceira .....	8
1.3 – Justificativa do Plano de Trabalho .....	8
<b>2 – APRESENTAÇÃO DA FUNAM</b> .....	11
2.1 – Estrutura de Governança da FUNAM .....	20
2.2 – Unidades de Serviços da FUNAM .....	21
<b>3 – PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL E ASSISTENCIAL</b> .....	22
3.1 – Apresentação do Hospital Universitário de Canoas .....	22
3.1.1 – Diretrizes de Funcionamento dos Serviços Atenção à Saúde .....	23
3.1.1.1 – Assistência à Gestante .....	23
3.1.1.2 – Assistência à Saúde da Criança .....	24
3.1.1.3 – Assistência à Saúde Mental .....	24
3.1.1.4 – Assistência à Saúde Auditiva .....	24
3.1.1.5 – Assistência à Cardiologia e Cardiovascular .....	25
3.1.1.6 – Assistência à Obesidade Grave .....	25
3.1.1.7 – Assistência ao Atendimento Infanto-juvenil .....	25
3.1.1.8 – Assistência Ambulatorial .....	26
3.1.1.9 – Processo de Hospitalização .....	27
3.1.1.10 – Atenção à Retaguarda das Urgências .....	28
3.1.1.11 – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT .....	29
3.1.1.12 – Serviço de Farmácia .....	29
3.1.1.14 – Serviço de Nutrição e Dietética – SND .....	30
3.1.1.15 – Serviço de Lavanderia .....	30
3.1.1.16 – Central de Material e Esterilização - CME .....	30
3.2 – Organograma Proposto .....	30
3.2.1 – Diretoria Geral .....	32
3.2.2 – Diretoria Administrativo-Financeira .....	33
3.2.3 – Diretoria Assistencial .....	34
3.2.4 – Diretoria Clínica .....	36
3.2.5 – Diretoria de Ensino e Pesquisa .....	37
3.2.6 – Diretoria Técnica .....	37
3.3 Modelo Gerencial e Assistencial .....	39
3.3.1 Controle de Acesso às Dependências do HU .....	39
3.3.1.1 Serviço de Recepção e Portaria .....	40
3.3.1.2 Recepção .....	42

3.3.1.3 Colaboradores e Demais Pessoas da Comunidade.....	45
3.3.1.4 – Utilização das Salas Cirúrgicas .....	45
3.3.1.5 – Atividades Programadas e Urgentes dos Serviços Diagnósticos .....	48
3.3.1.6 – Fluxos de Atendimento Ambulatorial e de Urgência .....	49
3.3.1.7 – Registros e Documentos de Usuários e Administrativos.....	50
3.3.1.8 – Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados.....	51
3.3.1.9 – Fluxo Unidirecional para Roupas.....	54
3.3.1.10 – Fluxo Unidirecional para Resíduos de Saúde .....	54
3.3.1.11 – Resíduo Infectante e Químico Perigoso .....	58
3.3.1.12 – Resíduo Comum.....	58
3.3.1.13 – Resíduo Reciclável.....	58
<b>4 – PLANO DE METAS .....</b>	<b>59</b>
1 - Quadro de Metas de Produção Assistencial Hospitalar Materno-Infantil .....	61
2 - Quadro de Metas de Produção Ambulatorial.....	62
3 - Quadro de Metas de Produção Cirúrgica .....	63
<b>5 – QUALIDADE NA ÁREA DE SERVIÇOS .....</b>	<b>63</b>
5.1 – Linha de Cuidado da Traumatologia.....	63
5.1.1 – Introdução.....	63
5.1.2 – Definições .....	63
5.1.3 – Público-alvo .....	64
5.1.4 – Objetivos.....	64
5.1.4.1 – Objetivo Geral .....	64
5.1.4.2 – Objetivos Específicos .....	64
5.1.5 – Recursos Necessários .....	64
5.1.5.1 – Recursos Materiais.....	64
5.1.5.2 – Requisitos de Desempenho.....	65
5.1.6 – Metodologia .....	65
5.1.7 – Recomendações .....	65
5.1.8 – Referências.....	66
5.2 – Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e AVC.....	66
5.2.1 Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).....	66
5.2.1 Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) .....	68
5.3 – Linha de Cuidado da Cardiovascular/Vascular/Cardiologia Intervencionista.....	69
5.3.1 – Cirurgia Cardiovascular.....	69
5.3.1.1 – Introdução .....	69
5.3.1.2 – Definições.....	70
5.3.1.3 – Público-alvo.....	70

5.3.1.4 – Objetivos .....	70
5.3.1.5 – Recursos Necessários.....	71
5.3.1.6 – Metodologia da Cirurgia Cardiovascular .....	71
5.3.1.7 – Recomendações.....	75
5.3.1.8 – Referências .....	75
5.3.2 – Cardiologia Intervencionista .....	76
5.3.2.1 – Assistência de enfermagem antes da realização de procedimentos diagnósticos no serviço de Hemodinâmica.....	76
5.3.2.2 – Assistência de Enfermagem Durante a Realização de Procedimentos Diagnósticos no Serviço de Hemodinâmica .....	78
5.3.2.3 – Assistência de Enfermagem Após a Realização de Procedimentos Diagnósticos no Serviço de Hemodinâmica .....	81
5.4 – Linha de Cuidado da Neurocirurgia/Neurologia .....	85
5.4.1 – Introdução .....	85
5.4.2 – Definições .....	85
5.4.3 – Público-alvo.....	86
5.4.4 – Objetivos .....	86
5.4.4.1 – Objetivo Geral .....	86
5.4.4.2 – Objetivos Específicos .....	86
5.4.5 – Recursos Necessários.....	86
5.4.5.1 – Recursos Materiais.....	86
5.4.5.2 – Metodologia .....	86
5.4.6 – Recomendações .....	90
5.4.7 – Indicadores.....	90
5.4.8 – Registros e Documentação .....	90
5.4.9 – Referências .....	90
5.5 – Linha de Cuidado da Rede Cegonha.....	91
5.6 – Linha de Cuidado da Ginecologia e Gestação de Alto Risco.....	94
5.7 – Linha de Cuidado da Obesidade .....	118
5.7 – Linha de Cuidado da Obesidade .....	118
5.7.1 – Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade – Protocolo Nutricional.....	119
5.7.1.1 – Introdução .....	119
5.7.1.2 – Definições.....	120
5.7.1.3 – Objetivos .....	120
5.7.1.4 – Dieta e Suprimento no Pré-operatório .....	121
5.7.1.5 – Planejamento Alimentar Após a Cirurgia Bariátrica .....	122
5.7.1.6 – Suplementação Nutricional Após a Cirurgia Bariátrica.....	125
5.7.1.7 – Avaliação Nutricional .....	125

5.7.1.8 – Observações .....	126
5.7.1.8 – Referências .....	127
5.7.2 – Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade – Serviço de Psicologia .....	128
5.7.2.1 – Introdução .....	128
5.7.2.2 – Definições.....	128
5.7.2.3 – Público-alvo.....	129
5.7.2.4 – Objetivos .....	129
5.7.2.5 – Recursos Necessários.....	130
5.7.2.6 – Avaliação Psicológica para a Cirurgia Bariátrica.....	130
5.7.2.7 – Indicadores.....	131
5.7.2.7 – Referências .....	131
5.8 – Linha de Cuidado da Deficiência Auditiva.....	131
5.8.1 – Protocolo de Atendimento a Pacientes com Deficiência Auditiva .....	131
5.8.1.1 – Definições.....	131
5.8.1.2 – Objetivos .....	132
5.8.1.3 – Recursos Necessários.....	132
5.8.1.4 – Critérios de Indicação e Contraindicação do Implante Coclear.....	133
5.8.1.5 – Critérios para Indicação de Implante Coclear Bilateral.....	137
5.8.1.6 – Critérios de Indicação e Contraindicação da Prótese Auditiva Ancorada no Osso .....	139
5.8.1.7 – Assistência Pré e Pós-operatória no Tratamento Cirúrgico do Implante Coclear.....	141
5.8.1.8 – Referências .....	145
<b>6 – COMISSÕES INTERNAS .....</b>	<b>145</b>
6.1 – Comissão de Ética Médica .....	146
6.2 – Comissão de Ética de Enfermagem .....	153
6.3 – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) .....	156
6.4 – Comissão de Análise e Revisão de Óbitos .....	164
6.5 – Comissão de Análise e Revisão de Biópsias.....	168
6.6 – Comissão de Revisão de Documentação Médica, Prontuários e Estatística.....	169
6.7 – Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.....	172
6.8 – Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente.....	176
6.9 – Comissão de Prevenção à Mortalidade Materna-Infantil e Neonatal.....	217
6.10 – Comissão de Vigilância e Investigação Epidemiológica.....	221
6.11 – Comissão de Captação de Doadores de Sangue e Comitê Transfusional Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	229
6.12 – Comissão de Gestão de Custos, nos moldes do Programa Nacional de Gestão de Custos(PNGC).....	240

6.13 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA.....	252
<b>7 – PROGRAMAS DE INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE .....</b>	<b>253</b>
7.1 – Núcleo Interno de Regulação - NIR .....	253
7.2 – Núcleo de Vigilância Hospitalar- NVH .....	255
7.3 – Centro de Referência em Atendimento Integrado (CRAI) .....	255
7.4 – Sala Lilás – SOS Mulher .....	256
<b>8 – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....</b>	<b>258</b>
8.1 – Política de Recursos Humanos .....	258
8.2.1 – Objetivo da Gestão de Pessoas .....	258
8.2.2 – Gestão de Pessoas x Gestão de Desempenho.....	259
8.2.3 – Ferramenta de Avaliação de Desempenho .....	260
8.2.4 – Mapeamento das Competências.....	261
8.2.5 – Critérios de Avaliação de Desempenho .....	264
8.2.6 – Combate ao Absenteísmo e Estímulo à Produção .....	268
8.2.7 – Registro e Controle de Pessoas e Modelo para Escalas de Trabalho .....	270
8.2.8 – Procedimentos de Registros de Ponto .....	272
8.2.9 – Rotinas de Gestão de Pessoas .....	273
8.2.10 – Modelo para Escala de Trabalho.....	274
8.2.11 – Treinamentos Comportamentais .....	276
8.3 – Política de Cargos e Salários .....	276
8.3.1 – Objetivos.....	277
8.3.2 – Diretrizes Gerais .....	278
8.3.2.1 – Definição e conceituação.....	278
8.3.2.2 – Estrutura de Cargos .....	279
8.3.2.3 – Evolução de Carreira.....	279
8.3.3 – Alterações de Cargos.....	280
8.3.3.1 – Política .....	280
8.3.3.2 – Normas.....	280
8.3.3.3 – Procedimentos .....	281
8.4 – Administração dos Salários .....	281
8.4.1 – Definição de termos .....	281
8.4.2 – Alterações Salariais .....	281
8.4.3 – Promoção .....	282
8.4.3.1 – Normas.....	282
8.4.3.2 – Procedimentos .....	283
8.4.4 – Enquadramento.....	283
8.4.4.1 – Normas.....	283

8.4.4.2 – Procedimentos .....	283
8.4.5 – Oportunidades de Acesso de Carreiras .....	284
8.4.5.1 – Definição .....	284
8.4.5.2 – Trajetória .....	284
8.4.5.3 – Políticas.....	284
8.4.6 – Vigência da Política de Cargos e Salários.....	285
8.5 Dimensionamento da Equipe Administrativa e Apoio.....	285
8.6 Dimensionamento da Equipe Assistencial .....	287
8.7 Dimensionamento da Equipe Médica .....	290
<b>9 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO .....</b>	<b>291</b>
<b>10 – GESTÃO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA .....</b>	<b>293</b>
10.1 – Atividades de Gestão Administrativa e Financeira .....	293
10.1.1 – Estratégia Administrativo-financeira .....	293
10.1.2 – Segurança da informação .....	294
10.1.2.1 – Infraestrutura de Tecnologia da Informação .....	295
10.2 – Regulamento para Compras e Gestão de Contratos .....	297
10.2.1 – Contratação de Produtos e Serviços .....	297



## **1 – INTRODUÇÃO**

### **1.1 – Identificação do Objeto**

#### **CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL: ORÇAMENTO N° 831/2021**

**Objeto:** Contratação emergencial de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social e/ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, com experiência prévia comprovada na gestão de unidades hospitalares de HOSPITAL GERAL, com perfil de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar, para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS (CNES 3508528), localizado no Município de Canoas/RS.

### **1.2 – Identificação da OSC Parceira**

**Nome:** FUNDAÇÃO EDUCACIONAL ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO – FUNAM

**CNPJ:** 20.533.295/0001-79

**Data da Fundação:** 21/02/1978

**Registro no CNPJ:** 28/05/1979

**Endereço Completo:** Avenida Jefferson Gitirana, nº 1.422

**Bairro:** Cícero Passos

**Município:** Pirapora

**CEP:** 39.276-024

**UF:** MG

**Número de Telefone e Fax com DDD:** (38) 3743-9350

**E-mail:** [diretoria@funam.com.br](mailto:diretoria@funam.com.br);

**Página na Web (site):** <http://www.funam.com.br>; [www.facfunam.edu.br](http://www.facfunam.edu.br);

[http://hcmarioribeiro.com.br/](http://hcmarioribeiro.com.br)

### **1.3 – Justificativa do Plano de Trabalho**

A assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada, centrada nas diretrizes da qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e



humanizada e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

Considerando a necessidade de implementação de políticas públicas que venham a priorizar a assistência aos casos de urgência e emergência em especialidades críticas, cuja demanda é oriunda, em sua maioria, nas causas externas (acidentes, violências e acidentes de trânsito), a Secretaria Municipal de Saúde Canoas pretende promover a modernização gerencial do HU, unidade de natureza pública, direcionada aos cuidados de Hospital Geral, com Porta de Entrada Especializada Tipo II em Pediatria e Serviço de Urgência/Emergência em Materno-Infantil de Alto Risco, bem como atendimento hospitalar e ambulatorial em diversas especialidades descritas no item 1.

Tal modernização proporciona à população assistência completa, integral, qualificada, humanizada e resolutiva. Este resultado ocorre a um custo adequado, utilizando modelo gerencial moderno, flexível e transparente que permite, além de alto grau de resolubilidade e satisfação do usuário, um controle adequado pelo Gestor Municipal.

Ressalta-se que para manter o avanço de modernização dos equipamentos de saúde, bem como profissionais qualificados para exercer as funções, enfrentamos dificuldades diversas na prestação dos serviços de saúde oriundas, principalmente, do escasso mercado profissional no que tange a médicos especializados enfermeiros com perfil para atendimento a usuários de cuidados intensivos, técnicos de enfermagem capacitados e outros profissionais da área da saúde que devem atuar com competência e destreza na atenção ao usuário. Tais quadros técnicos e recursos humanos não estão, hoje, disponíveis no corpo efetivo de servidores públicos estatutários de Canoas.

Outros óbices à administração eficiente, eficaz e célere são as dificuldades na aquisição de insumos e medicamentos, além da manutenção e aquisição de equipamentos e estrutura física da unidade. Sendo assim, a agilização na gerência destes recursos materiais e humanos é fundamental para a melhor atenção ao usuário com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida.

Tais dificuldades surgem durante a execução dos processos administrativos e burocráticos específicos da máquina pública. Dessa forma, é necessária a busca por

novas formas de gestão para que muitos destes processos cursem com maior simplicidade, eficiência, celeridade, eficácia, redundando em melhor custo x benefício para Administração Pública e sociedade, que deve continuar atuando através das instâncias de participação da comunidade, no exercício do controle social, por intermédio dos Conselhos de Saúde.

A contratação da gestão e operacionalização dos serviços de saúde por entidade do terceiro setor incrementou a eficiência em internação hospitalar e produção cirúrgica, baseada na premissa de oferecer a população uma saúde de qualidade, com melhores serviços, racionalizar e potencializar o uso de novos recursos, compartilhar gestão e investimentos e estabelecer novos mecanismos formais de contratualização, com metas qualitativas e quantitativas.

Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Canoas, desde 2009, reorientou o modelo de gestão e de atenção à saúde do HU, com objetivo de atingir novos patamares na prestação dos serviços para proporcionar elevada satisfação ao usuário, associada ao aperfeiçoamento do uso dos recursos públicos.

Pode ser destacado como benefício adicional pertinente a este modelo de serviço, a integralidade do funcionamento, sem interrupções motivadas por falta de manutenção de equipamentos, estrutura física e ausência de pessoal médico e técnico especializado, pois a FUNAM ficará integralmente responsável pelas manutenções preventivas e corretivas e pela contratação de pessoal titulado e especializado.

O presente Plano de Trabalho compreende o atendimento assistencial pleno ao usuário, provimento do material, dos medicamentos e insumos e da manutenção de materiais, instalações e equipamentos permanentes, integrados à monitoração do processo de gestão da qualidade e segurança ao usuário, desde sua origem ao produto final.

Constatou-se que a contratação dos serviços, objeto deste Plano de Trabalho, atende aos preceitos constitucionais da prestação dos serviços de assistência à saúde, pela previsão do art. 197 da Constituição Federal, a permitir que a Administração Pública, dentro da sua obrigação de prestar esses serviços, valha-se de terceiros por ela contratados, neste caso, permitindo a contratação apenas de entidades privadas sem fins lucrativos, em atendimento ao disposto no art. 199, da CRFB/1988. Ademais, por

prescindir da cobrança de tarifas, o modelo gerencial proposto respeita a obrigação de gratuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, desonerando os usuários de qualquer espécie de pagamento.

A unidade de saúde exercerá um papel de alta relevância no atendimento de sua população-alvo, por se tratar de unidade de elevada resolubilidade, bem como possuirá recursos técnicos atualizados, para complementação de diagnósticos e tratamentos. Atenderá as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS, especialmente as referentes ao atendimento humanizado e integral à saúde, como também, manterá todas as HABILITAÇÕES de serviços, leitos e incentivos, servindo-se de unidade hospitalar de Alta Complexidade em Hospital Geral, estratégico à Rede de Atenção à Saúde gaúcha.

## **2 – APRESENTAÇÃO DA FUNAM**

A FUNDAÇÃO EDUCACIONAL ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO (“FUNAM”) é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de cunho filantrópico e de duração indeterminada, com autonomia administrativa e financeira, regendo-se pelo seu estatuto e pela legislação pátria. Os recursos da FUNAM são aplicados exclusivamente em suas finalidades institucionais.

A Fundação, instituída em 28 de maio de 1979, reconhecida como de Utilidade Pública Municipal pela lei nº 767/79 de 07 de junho de 1979 e de Utilidade Pública Estadual pela Lei nº 14.760 de 29 de agosto de 2003, é uma entidade amplamente reconhecida pelo pioneirismo empreendedor e pela prestação de serviços de qualidade nas áreas de Educação e Saúde.

A FUNAM, com sede em Pirapora, Estado de Minas Gerais, mantém e dirige a Faculdade de Tecnologia do Alto Médio São Francisco – FAC FUNAM, a Escola Técnica do Alto Médio São Francisco. A Escola Técnica Alto Médio São Francisco, com mais de 35 anos de existência, vem suprindo o mercado de trabalho da região do Alto Médio São Francisco, que engloba municípios como Pirapora, Várzea da Palma, Buritizeiro, Lassance, Ibiaí, Jequitaí, dentre outros.

Em Montes Claros/MG, a FUNAM mantém e dirige o Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira (“HCMR”). O HCMR é uma unidade hospitalar com leitos ativos e

em pleno funcionamento, tem como objetivo prestar assistência à saúde e a quantos buscarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, raça, credo, opinião política ou qualquer outra condição.

O HCMR tem como missão prestar atendimento humanizado e de excelência à comunidade, praticando uma Medicina Avançada para todos, com ações integradas de assistência social, saúde, ensino e pesquisa com o propósito de melhoria constante dos serviços prestados. A Visão do HCMR é ser referência no atendimento humanizado e na assistência à saúde para todo o norte de Minas, sendo retaguarda para o Sistema Único de Saúde nos serviços da média e alta complexidade. O HCMR atende prioritariamente pacientes do Sistema Único de Saúde (“SUS”), em média e alta complexidade, tendo chegado, em 2020 a mais de 90% de seus serviços ambulatoriais e hospitalares sendo prestados ao SUS.

Localizado no bairro Amazonas, o HCMR é o maior complexo de saúde do norte de Minas. Com dezenas de especialidades médicas de média e alta complexidade, o HCMR destaca-se pelas cirurgias oftalmológicas, cirurgias eletivas, cirurgias plásticas e partos humanizados, além do corpo clínico altamente qualificado e uma equipe interdisciplinar que completa a lista de profissionais voltados à valorização da vida. Durante a pandemia COVID-19, o HCMR tem-se destacado como um centro de referência no tratamento desta enfermidade.

O HCMR tem atualmente 191 leitos divididos em três pavimentos: 84 leitos de UTI (divididos em 10 leitos de UTI Neonatal, 10 leitos de UTI Geral, 39 leitos de UTI COVID-19 e 25 leitos de cuidados intermediários, denominados de suporte ventilatório), todos disponibilizados ao SUS 107 leitos cirúrgicos (nas mais diversas especialidades), clínicos, obstétricos e pediátricos, dos quais 98 leitos são destinados ao SUS.

O Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira, credenciado junto ao SUS, tem-se dedicado para o fortalecimento como Hospital de Retaguarda para toda a macrorregião de saúde do Norte de Minas Gerais, atendendo a demandas nas áreas de Clínica Médica, Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, além das Cirurgias Eletivas.

Consolidado esse papel de Vanguarda, no ano de 2020 o HCMR tornou-se a Primeira Referência para Atendimento às pacientes vítimas da COVID-19, conforme Fluxo de Atendimento definido pela Secretaria Municipal de Saúde/Superintendência Regional

Saúde, com disponibilização imediata de 32 leitos clínicos, 39 leitos de terapia intensiva e 25 leitos de suporte ventilatório.

Em abril de 2020, ainda dentro das ações traçadas devido a pandemia enfrentada, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e Secretaria de Estado da Saúde, estruturou um Pronto Atendimento SUS, com funcionamento 24 h, destinado aos pacientes com distúrbios gripais, suspeitos ou acometidos pela COVID-19.

O Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira - HCMR, credenciado junto ao Sistema Único de Saúde- SUS, tem se dedicado para o fortalecimento como Hospital de Retaguarda para toda a macrorregião de saúde do Norte de Minas dando vazão às demandas nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, Terapia Intensiva adulto e neonatal. Temos ainda, o serviço de maternidade que atende a convênios e particulares.

Consolidado esse papel de Vanguarda, no ano de 2020 o HCMR tornou-se a Primeira Referência para Atendimento às pacientes vítimas do Covid-19, conforme Fluxo de Atendimento definido pela SMS/SRS, com disponibilização imediata de leitos clínicos, terapia intensiva e suporte ventilatório.

Em abril de 2020, ainda dentro das ações traçadas devido à pandemia enfrentada, em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e Secretaria de Estado da Saúde, estruturou um Pronto Atendimento SUS, com funcionamento 24 h, destinado aos pacientes da cidade e região.

O hospital se destaca pela promoção da saúde e pela constante busca do aprimoramento de seus procedimentos, focalizado no cuidado com as pessoas e no atendimento humanizado. Os investimentos em tecnologia, infraestrutura e crescimento profissional reafirmam o seu compromisso como instituição de saúde moderna e avançada, voltada para o diagnóstico, tratamento e prevenção.

O corpo clínico da Instituição é composto por mais de 100 médicos, das mais diversas especialidades, dentre elas:

- Análise de Patologia e Citologia;
- Anestesiologia;

- Bioquímica;
- Cardiologia;
- Cirurgia Geral;
- Cirurgia Pediátrica;
- Cirurgia Plástica;
- Cirurgia Torácica;
- Cirurgia Vascular (Angiologia);
- Clínica Médica;
- Dermatologia;
- Endocrinologia;
- Endoscopia e Gastroenterologia;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Ginecologia;
- Hematologia;
- Neurologia;
- Nutrição;
- Obstetrícia;
- Odontologia;
- Oftalmologia;
- Ortopedia;
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Psiquiatria;
- Radiologia;
- Urologia.

Na saúde, além da gestão plena do Hospital das Clínicas Dr. Mario Ribeiro da Silveira, a FUNAM tem na sua rede de parceiros, o Hospital Santa Monica em Vila Velha/ES, Hospital de Olhos Hilton Rocha em Belo Horizonte/MG, Hospital Santa Catarina em Uberlândia/MG, CEMED (Centro de Especialidades Médicas) de Montes Claros/MG, Hospital Santa Mônica de Vila Velha/ES, Hospital Dr. Aloysio Campos da Paz em

Brasília/DF – em construção e HEURO (Hospital de Urgência e Emergência de Rondônia) em Vila Velha/RO – em projeto.

Na educação, além do Colégio FUNAM e da Faculdade de Tecnologia Alto Médio São Francisco em Pirapora/MG, a FUNAM tem convênios com diversas unidades de ensino superior como: FUNORTE, UNI-ICS e FASI de Montes Claros/MG, que desenvolvem seus estágios em vários municípios do Norte de Minas, como Montes Claros, Pirapora, Janaúba, Salinas e Taiobeiras; Faculdade Kennedy e Promove de Belo Horizonte e Sete Lagoas/MG; Centro Universitário FINOM de Paracatu/MG, TECSOMA de Patos de Minas/MG; ICESP de Brasília/DF; UNIDESC de Luziânia/GO, Faculdade Novo Millenium de Vila Velha/ES; UniSant'Anna de São Paulo/SP e Universidade Santa Úrsula do Rio de Janeiro/RJ e com vários colégios de educação básica e formação técnica/profissionalizante como: Colégio Indyu e Impar de Montes Claros/MG, Colégio Promove de Belo Horizonte/MG e Brasília/DF, Colégio M2 com unidades na região metropolitana de Belo Horizonte/MG, Colégio UNIDESC de Luziânia/GO, Colégio Betel de Januária/MG e Colégio Soma de Paracatu/MG.

### **Escritório da Qualidade**

O HCMR preocupado com a qualidade, segurança e padronização dos seus serviços, implantou em 2017, o Escritório da Qualidade, setor responsável por promover, disseminar e incorporar a qualidade nos processos da instituição.

O Escritório da Qualidade articula todas as unidades do hospital, buscando a satisfação das necessidades presentes em cada processo. Além disso, promove treinamentos constantes da equipe, estabelecendo resultados a serem alcançados para aprimoramento do desempenho.

Além de desenvolver uma prestação de serviço com qualidade, eficiência e efetividade, o setor está sempre em busca de inovação e expansão dos serviços da instituição.

### **GERENCIAMENTO DO RISCO**

O gerenciamento do risco é indispensável para a promoção da qualidade dentro das organizações hospitalares. Tem o objetivo de articular ações de prevenção e controle de risco. A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas podem ser reduzidos quando há a identificação destes, analisando-os e propondo barreiras para

prevenção. Mesmo em um ambiente onde o objetivo é cuidar, deve se ter a preocupação em não causar danos.

A Comissão de Gerenciamento de Risco consiste em um grupo multiprofissional, tem caráter vigilante, preventivo e educativo para fortalecer a segurança do paciente e pratica, junto ao escritório de qualidade, a análise dos resultados das práticas assistenciais. Possui como objetivos estratégicos:

- Implementar a gestão de risco que permita o envolvimento de todos os colaboradores e uma maior consciência para os perigos e responsabilidades de cada um;
- Adotar medidas preventivas e corretivas, de modo sistemático e documentado, com a finalidade de eliminar ou minimizar riscos;
- Promover a avaliação sistemática e documentada de todos os riscos com foco nos processos interno, em todas as áreas hospitalares;
- Definir e promover a implementação de protocolos, métodos de trabalho padronizados e instalações mais seguras, utilizando sistemas mais aperfeiçoados de informação e formação.

### **Núcleo de ensino e educação permanente no serviço (NEEPs)**

O Núcleo de ensino e educação permanente do HMCR, estabelecer entre trabalho e educação, o processo de qualificação e desenvolvimento de habilidade para o desenvolvimento dos processos de serviços na instituição.

O NEEPs visa à capacitação, atualização e aperfeiçoamento de profissionais das diversas áreas que compõe o serviço hospitalar, promovendo ações de ensino, aprendizado e pesquisa em serviço, priorizando as suas aplicações nas ações de gestão, regulação em saúde, legislações, prevenção acidentes em trabalho. O setor é composto por uma equipe multidisciplinar a fim de garantir que todas as áreas do serviço hospitalar recebam treinamentos adequados.

### **Núcleo de Inovação e Gestão de Recursos (NIGERE)**

A atuação do NIGERE (Núcleo de Inovação e Gestão de Recursos) na logística de internações dos pacientes tem sido destaque e imprescindível na taxa de ocupação,



estabelecendo o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento da rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais. São compromissos do NIGERE:

- Estabelecer/ estreitar a comunicação com municípios e instituições de saúde de Montes Claros e região ininterruptamente;
- Atuar conjuntamente com gestores e assistentes da UPA, Pronto Atendimento Municipal Doutor Alpheu de Quadros e Instituições que possuem atendimentos de Pronto Socorro, a fim de diminuir a superlotação e viabilizar o leito em menor espaço de tempo possível.
- Realização de análise crítica dos laudos postados na central SUS-Fácil, com feedback imediato;
- Esgotar todas as possibilidades que limitam o aceite do paciente no HCMR;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas, que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.



### **Centro ambulatorial de especialidades Amazonas**

O Amazonas presta atendimento em especialidades médicas, contando, entre outros, com profissionais das áreas de Enfermagem, Nutrição e Psicologia, Farmácia, Odontologia, Assistência Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Cosmetologia e Estética.

A unidade realiza exames de apoio diagnóstico tais como: eletrocardiograma, análises clínicas, procedimentos de pequena cirurgia, audiometria, imitanciometria, impedanciometria e exames de triagem auditiva neonatal.

Conta ainda com uma sala de vacinas credenciada pelo SUS.

### **Estrutura de enfrentamento da COVID-19**

O surgimento do Novo Coronavírus (Covid-19) como algo inédito para a sociedade impôs grandes dificuldades e colocou à prova os profissionais da área da saúde em todo o mundo.

Referência regional no atendimento aos casos da COVID-19, O HCMR adotou uma série de inovações para o enfrentamento permanente da pandemia, graças ao esforço e à dedicação de sua equipe de profissionais.

As equipes multidisciplinares de assistência aos pacientes do SUS, convênios e particulares, passaram por inúmeras capacitações, com a adoção de todos os cuidados para garantir a segurança dos trabalhadores e dos usuários, no cumprimento de protocolos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, bem como as normas e procedimentos das Secretarias de Estado de Saúde e do Município de Montes Claros no âmbito do enfrentamento da pandemia do Novo Coronavírus.

### **Pronto Atendimento**

O atendimento é ininterrupto, aberto a pacientes SUS, particulares e de convênios médicos.

Os pacientes podem procurar o serviço espontaneamente, pelo SAMU e Corpo de Bombeiros.

### **Como é o atendimento**

Logo ao chegar, o paciente passa por uma rápida avaliação da enfermagem (triagem). Com a medição dos sinais vitais e um questionário, a equipe de enfermagem avalia a gravidade do caso e define a prioridade de atendimento, assegurando que os pacientes em situação mais grave recebam atendimento imediato.

A equipe conta com médico clínico geral e técnico de enfermagem.

### **EMERGÊNCIA**

Paciente em condição grave, com risco de morte e necessidade de atendimento imediato.

### **URGÊNCIA**

Situação em que há doença que pode levar a risco de morte ou lesão de órgão alvo, além de situação de dor intensa.

## URGÊNCIA RELATIVA

Paciente com menor grau de urgência e/ou risco de complicação. O atendimento será realizado conforme a disponibilidade da equipe e a ordem de chegada do paciente.

### **Centro Cirúrgico**

O Centro Cirúrgico do HCMR possui estrutura altamente moderna com 16 capazes de produz mais de 1.000 (mil) cirurgias por mês.

O Centro Cirúrgico do Hospital HCMR conta com salas e equipamentos de última geração, garantindo cada vez mais segurança, eficiência no cuidado e conforto para pacientes e profissionais de saúde. Entre os procedimentos realizados, estão:

- Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos;
- Cirurgia Bariátrica;
- Cirurgia ginecológica;
- Cirurgia urológica;
- Procedimentos cirúrgicos laparoscópicos;
- Cirurgias vasculares;
- Cirurgias ortopédicas;
- Cirurgias plásticas.

O Hospital trabalha com o conceito Cirurgia Segura, estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa à redução do risco de eventos adversos antes, durante e depois das cirurgias.

Outra tecnologia do Centro Cirúrgico que merece destaque são duas torres de vídeo, com filmagem 4k, com pouquíssimas unidades no Brasil.

### **Estágios**

O estágio curricular tem como objetivo a sedimentação do conhecimento do indivíduo e adaptação comportamental à futura atividade profissional.

O HCMR se destaca como um excelente campo de estágios para acadêmicos de diversos cursos da área da saúde, dentre eles:

- Medicina
- Enfermagem
- Farmácia

- Nutrição
- Fisioterapia
- Psicologia
- Fonoaudiologia
- Técnico de Enfermagem

Os programas de estágio valorizam o corpo clínico do HCMR e suas experiências, além de promover o protagonismo dos estudantes e a formação técnica e comportamental. Todos os cursos utilizam metodologias participativas e recursos tecnológicos que facilitam o aprendizado.

Os estágios no HCMR são coordenados pela Diretoria Acadêmica. As modalidades de estágio oferecidas são:

- Obrigatório: destinado a estudantes matriculados em instituições de ensino conveniadas à HCMR, para cumprirem treinamento profissional prático nas unidades assistenciais e na Administração Central, por meio de contrato entre a instituição de ensino e o HCMR.
- Não Obrigatório: destinado a estudantes matriculados em instituições de ensino, a partir de programas oferecidos pelas unidades assistenciais e pela Administração Geral, como complemento às atividades desenvolvidas em sala de aula, a exemplo dos estágios de verão e Inverno.

Os estágios na modalidade não obrigatórios são remunerados com bolsa-auxílio e demais benefícios estabelecidos pela Lei de estágios nº 11.788 de 26/09/2008. As vagas são autorizadas pelo Serviço de Coordenação de Estágios, conforme projeto apresentado pela área interessada.

## **2.1 – Estrutura de Governança da FUNAM**

A Fundação Educacional Alto Médio São Francisco, conforme seu estatuto aprovado no dia 13 de dezembro de 2007 e devidamente registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Pessoas Jurídicas da Comarca de Pirapora, Minas Gerais, é composta por três Conselhos:

- (i) **Conselho Curador** – é o órgão superior de deliberação da entidade;

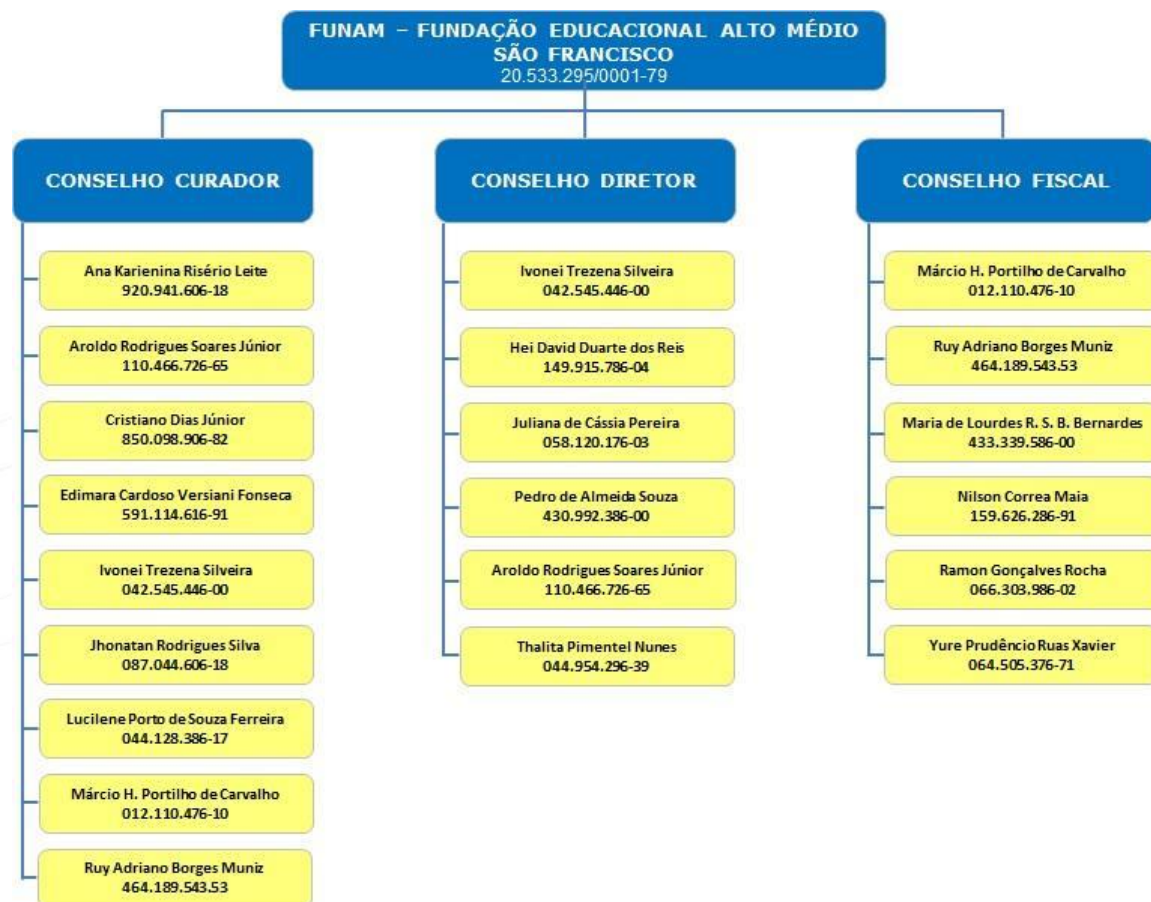
- (ii) **Conselho Diretor** – é o órgão de administração e execução;
- (iii) **Conselho Fiscal** – é o órgão de fiscalização e controle interno.

A Figura 2.1 apresenta a composição atual dos três conselhos da FUNAM. O mandato atual iniciou-se no dia 30/06/2019 e se encerrará no dia 29/06/2023, sendo o Sr. Ivonei Trezena da Silveira o seu Diretor Presidente.

## 2.2 – Unidades de Serviços da FUNAM

Conforme apresentado na Figura 2.2, a FUNAM presta duas linhas de serviços às comunidades onde atua – Serviços de Educação e Serviços de Saúde. Na área de Educação, a FUNAM mantém o Colégio FUNAM e FAC FUNAM – Faculdade de Tecnologia Alto Médio São Francisco. Na área de Saúde, a FUNAM mantém o Hospital Dr. Mário Ribeiro da Silveira.

**Figura 2.1 – Conselhos da FUNAM**



**Figura 2.2 – Unidades de Serviços FUNAM**



### **3 – PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL E ASSISTENCIAL**

#### **3.1 – Apresentação do Hospital Universitário de Canoas**

O Hospital Universitário de Canoas (“HU”) presta serviços de saúde em caráter hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico terapêutico, tanto em caráter eletivo como de urgência/emergência em Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, visando a garantia da atenção à saúde integral do Município de Canoas e municípios que integram a região na qual o hospital está inserido, de acordo com as pactuações de referências e a prestação de serviços profissionais para a Secretaria de Saúde, com foco na integralidade no atendimento técnico e administrativo. O contexto se dá a partir dos princípios e diretrizes do SUS e do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS, considerando o modelo assistencial estabelecido para o SUS. O Município de Canoas conta atualmente com 630 leitos (SUS e convênios) entre clínicos, cirúrgicos e complementares e 348 destes estão no HU, significando 55,2% dos leitos da cidade, sendo um prestador principalmente de retaguarda da rede de urgência municipal e de referência para média e alta complexidades. Conta com 66 leitos de UTI e 6 salas cirúrgicas. Possui pronto atendimento 24 horas para as especialidades de ginecologia e obstetrícia, sendo referência para gestação de alto risco.

O Hospital está diretamente ligado à área de Ensino, apoiando, promovendo e incentivando as atividades acadêmicas desde sua inauguração. Credenciado junto ao

Ministério da Educação e Cultura (MEC) com residência médica nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia geral e saúde da família. Mantém pactuado, convênios com entidades de ensino da região, proporcionando campo de estágio para alunos da graduação dos Cursos de Medicina, Enfermagem e nível técnico para enfermagem.

A unidade hospitalar tem por função disponibilizar serviços assistenciais, centrados na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltados para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, buscando para isso um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional.

### **3.1.1 – Diretrizes de Funcionamento dos Serviços Atenção à Saúde**

#### **3.1.1.1 – Assistência à Gestante**

- Habilitado junto ao Ministério da Saúde no projeto da Rede Cegonha;
- Pronto Atendimento 24 horas em ginecologia e obstetrícia, nas áreas ambulatorial e hospitalar, sendo prioridade os casos de urgência/emergência;
- Observar os princípios de universalidade, equidade e integralidade;
- Humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com as necessidades e condições clínicas;
- Acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção;
- Regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local;
- Atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências;
- Regulação de acesso;
- Controle social;
- Atendimento à gestação de alto risco;
- Deve-se seguir protocolos clínicos e obstétricos, dando rapidez e eficácia ao atendimento;
- Leitos de UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica disponível como retaguarda do Pronto Atendimento e procedimentos eletivos.

### **3.1.1.2 – Assistência à Saúde da Criança**

- O Hospital possui uma Emergência Pediátrica que é referência no atendimento aos usuários do SUS, para Canoas e região. Oferece atendimento completo à criança doente em situações de baixa, média ou alta complexidade. Presta assistência para UTI, Internação e Emergência Pediátrica;
- Conta com o suporte de cirurgiões pediátricos de plantão;
- Uma equipe multiprofissional, composta por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, entre outros, está à disposição do paciente e da família. Os profissionais devem ser capacitados para atender o paciente de forma integral e humanizada.

### **3.1.1.3 – Assistência à Saúde Mental**

- O Hospital possui Enfermaria Especializada em Saúde Mental, tanto para adulto, quanto criança e adolescentes que oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica;
- O acesso aos leitos deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e Unidade de Regulação Municipal;
- No caso do usuário acessar a rede por outro meio, deve ser providenciado sua vinculação e referência à um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

### **3.1.1.4 – Assistência à Saúde Auditiva**

- O Hospital oferece consultas especializadas para saúde auditiva com profissionais especializados, avaliação auditiva, protetização, procedimentos diagnósticos terapêuticos, tratamentos e procedimentos cirúrgicos, em consonância com a portaria GS 793 de 24/04/2012.
- Assistência a Traumatologia e Ortopedia



- O Hospital possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos capazes de prestar assistência em traumatologia e ortopedia, conforme estabelecido no anexo I da portaria SAS 90 de 30/03/2009.

#### **3.1.1.5 – Assistência à Cardiologia e Cardiovascular**

- O Hospital oferece condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolve forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, ofertando consultas especializadas em Cardiologia e Cirurgia Vascular com profissionais especializados, procedimentos diagnósticos terapêuticos, tratamentos e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a portaria SAS 1.169/GM/MS, de 15 de junho de 2004.

#### **3.1.1.6 – Assistência à Obesidade Grave**

- O Hospital oferece consultas especializadas em Obesidade Grave com profissionais especializados, procedimentos diagnósticos terapêuticos, tratamentos e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a portaria SAS 425 de 19/03/2013.

#### **3.1.1.7 – Assistência ao Atendimento Infanto-juvenil**

- O Centro de Referência no Atendimento Infanto-juvenil – CRAI é um centro de referência para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência (sexual, física, psicológica e negligência). Atua de forma Inter setorial de abordagem à vítima;
- A equipe do CRAI é composta pela coordenadora, psicóloga, assistente social, médica pediatra, médica ginecologista e administrativo, funcionando no horário das 08h às 17h, de segunda a sexta-feira;
- O serviço poderá ser acessado por todo e qualquer cidadão que tome conhecimento ou suspeite de caso de violência contra criança e adolescente;

- Os encaminhamentos também poderão ser feitos pela rede: Conselho Tutelar, serviços de saúde, educação, assistência social;
- A perícia física e psíquica é realizada pelo Departamento Médico Legal – DML, localizado na parte de trás do Hospital Universitário de Canoas, composto por médicos legistas e psicólogas.

### **3.1.1.8 – Assistência Ambulatorial**

- O Hospital deverá oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas, aos pacientes com doenças pertinentes aos itens abaixo elencado, atuando nas modalidades de complexidade, tecnologia e custo, para as quais foram credenciados e em conformidade com o Plano Municipal de Saúde e para a organização e disponibilização das agendas ambulatoriais das consultas especializadas e exames diagnósticos à Unidade de regulação Ambulatorial da SMS, conforme os grupos de procedimentos descritos neste Plano Operativo (PO);
- As quantidades constantes neste PO são referência, podendo ser variáveis, limitado ao teto financeiro conforme o distribuído abaixo. Em havendo resíduo de teto financeiro em determinado grupo e complexidade de procedimento, poderá ser aplicado a outro grupo, em conformidade com as demandas represadas em outros grupos e complexidades, negociados com a CMAC;
- O atendimento ambulatorial multiprofissional compreende:
  - ✓ Primeira Consulta: é a visita inicial do paciente encaminhado pelas Unidades vinculadas à SMS ao hospital, para atendimento a uma determinada especialidade;
  - ✓ Primeira Consulta de Egresso: é a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida;
  - ✓ Interconsulta: é a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição;
  - ✓ Consultas subsequentes (retornos): são todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais,

decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das interconsultas.

### **3.1.1.9 – Processo de Hospitalização**

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- 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;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, com dispensação de doses individualizadas de acordo com a prescrição;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de internação, devendo ter resultados emitidos em instituições que detenham certificação de qualidade emitida por auditoria externa;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de internação.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação parenteral e enteral;
- Assistência por equipe médica especializada, equipe multiprofissional e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário e/ou quarto de isolamento, as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde;

- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes, Lei nº 10.741 de 01/10/2003.
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Universitário.

### **3.1.1.10 – Atenção à Retaguarda das Urgências**

- O serviço de retaguarda de urgência oferece atendimentos nas 24 horas do dia, ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos encaminhados pela Central de Regulação do Municípios, especialmente vindos dos Hospital de Pronto Socorro de Canoas, com as especialidades que seguem: Anestesiologia, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Pediatra, Neurologia, Cardiologia, Obstetrícia e Traumatologia;
- Deverão, portanto, estar disponibilizados leitos de observação em consequência dos atendimentos de referência de urgência, por período até 24 horas (não caracterizando internação hospitalar), de acordo com as diretrizes da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Deverá ser implantada a Porta Hospitalar de Urgência, onde o acolhimento de todos os pacientes deverá ser por classificação de risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso e não por ordem de chegada conforme Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS;
- Deverá o coordenador de fluxo dar continuidade ao atendimento dos demais pacientes que não estejam classificados como pacientes de risco ou que obtenham a classificação vermelha;
- Se em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de “observação” (leitos de observação) por um período menor que 24 horas, não ocorrendo a internação ao final deste período, somente será

registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

#### **3.1.1.11 – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT**

- Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes egressos do hospital e pacientes encaminhados/referenciados pela SMS, dentro do perfil estabelecido para a Unidade;
- Os exames e outros serviços elencados no presente termo de referência serão ofertados aos pacientes atendidos no hospital;
- A contratada deverá garantir que a realização de apoio diagnóstico ao paciente ocorra durante as 24 horas do dia;
- O SADT deve ser compatível a necessidade e pleno funcionamento do hospital, prevendo oferta de exames para assistência dos pacientes internados e para oferta à rede de atenção à Saúde. As metas de produção apresentadas no ANEXO IX: Plano Operativo do HU foi definida com base na capacidade instalada dos equipamentos. A oferta excedente à necessidade interna deverá ser oferecida às Centrais de Regulação Ambulatoriais para encaminhamento de pacientes eletivos.

#### **3.1.1.12 – Serviço de Farmácia**

- Setor responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando-os à utilização da 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.

#### **3.1.1.14 – Serviço de Nutrição e Dietética – SND**

- O SND presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do serviço está a de proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares;
- O serviço oferecido deve estar atento também aos pareceres e/ou solicitações médicas, que após o paciente ser avaliado, o mesmo recebe um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

#### **3.1.1.15 – Serviço de Lavanderia**

- A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital. O serviço é terceirizado e o enxoval hospitalar é adquirido pelo Hospital Universitário.

#### **3.1.1.16 – Central de Material e Esterilização - CME**

- Área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares;
- É na CME que se realiza o controle, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;
- Faz comunicação com o Centro Cirúrgico.

### **3.2 – Organograma Proposto**

A gestão do Hospital Universitário de Canoas (“HU”) será executada por cinco diretorias, conforma apresentado na Figura 3.2:

- **Diretoria Geral** – atuará como o chefe do escritório dos diretores, fará a interface com a FUNAM, responderá pela gestão do Contrato de Concessão com a SEE e será a responsável pela viabilidade e sustentabilidade do HU durante todo o período da Concessão.
- **Diretoria Administrativo-Financeira** – será responsável por todas as rotinas administrativas e financeiras do hospital, todos os pagamentos e recebimentos e gestão financeira dos contratos e dos recursos do hospital, responsabilizando-se pela infraestrutura do hospital e por garantir os recursos físicos, financeiros e humanos para o funcionamento do hospital, de forma que ele possa atender aos seus objetivos e os compromissos assumidos com todos os pacientes, parceiros e fornecedores, colaboradores, órgãos públicos e entidades envolvidos. Desta forma, a Diretoria Administrativo-Financeira cumprirá o papel fundamental de garantir a viabilidade e a sustentabilidade social, econômica e ambiental do HU.
- **Diretoria Assistencial** – cuidará do paciente, dos profissionais de saúde que atuam no hospital e será responsável pelas rotinas operacionais do hospital referente ao tratamento e procedimentos prestados aos pacientes.
- **Diretoria Clínica** – será o representante do corpo clínico do HU e por ele eleito. Cuidará das escalas dos médicos e atuará como seu interlocutor. Ele será o representante do corpo clínico do estabelecimento assistencial perante o corpo diretivo da instituição, notificando o Diretor Técnico sempre que for necessário.
- **Diretoria Técnica** – será responsável técnico pelo bom funcionamento do HU e em conformidade com as normas legais e dos órgãos específicos, como o Conselho de Medicina, ANVISA, autoridades sanitárias e meio ambiente.
- **Diretoria de Ensino e Pesquisa** – será responsável pelas parcerias nas áreas de Ensino e Pesquisa e pela implementação das atividades de Ensino e Pesquisa no hospital. Ela deve gerenciar o programa de Residência Médica e todos os contratos de estágios firmados entre as Instituições de Ensino e o HU e promoverá cursos técnicos, cursos de graduação e cursos de especialização na área de Saúde.

**Figura 3.2 – Organograma HU**



### 3.2.1 – Diretoria Geral

São competências-chaves da Diretoria Geral:

- Propor, implementar, monitorar, gerir e avaliar, de forma integrada, o planejamento de atividades de atenção à saúde, de ensino e de pesquisa a serem desenvolvidas no âmbito do hospital;
- Garantir a execução do CONTRATO com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Canoas;
- Administrar a execução das diretrizes e dos contratos firmados com parceiros e fornecedores;
- Monitorar a atuação de cada setor e avaliar os serviços realizados em conjunto com as Gerências, de acordo com os indicadores, instrumentos e procedimentos desenvolvidos para essas funções;
- Participar dos estudos a respeito dos dados de avaliação e das proposições para aperfeiçoamento dos serviços e condições da respectiva unidade hospitalar;
- Implementar as soluções propostas para aperfeiçoamento ou desenvolvimento dos serviços ou condições da unidade hospitalar;
- Estabelecer normas e delegar poderes no âmbito de suas respectivas competências;
- Atualizar os dados relacionados aos sistemas de gestão, para monitoramento e avaliação dos serviços, equipamentos, condições e instalações da unidade hospitalar;
- Instituir as respectivas Comissões Hospitalares previstas, nos termos da legislação vigente.

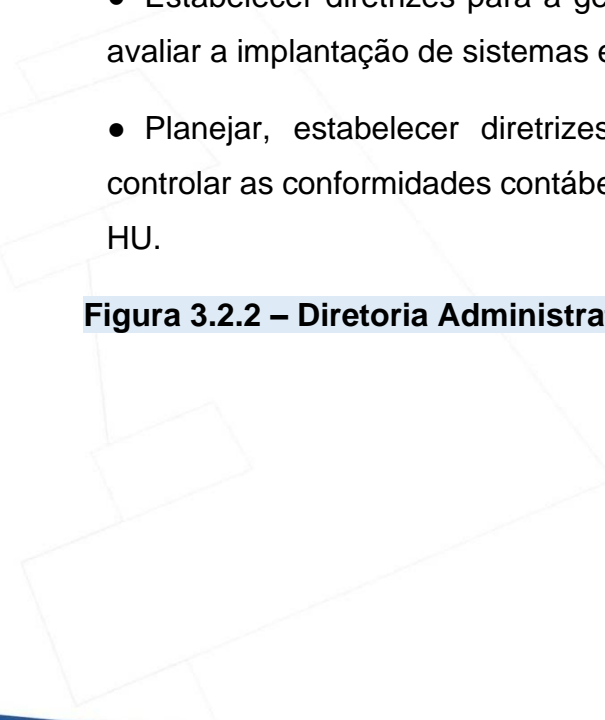


### **3.2.2 – Diretoria Administrativo-Financeira**

São competências-chaves da Diretoria Administrativo-Financeira:

- Planejar, implementar e controlar as políticas e diretrizes de gestão orçamentária, financeira e contábil no âmbito do hospital;
- Garantir a infraestrutura, recursos, pessoas e equipamentos necessários ao funcionamento do HU, de forma a possibilitar a entrega dos serviços assumidos em contratos;
- Administrar a execução das diretrizes e dos contratos firmados;
- Planejar, implementar e controlar as políticas e diretrizes de gestão administrativa, patrimonial e de infraestrutura;
- Planejar, estabelecer diretrizes e normas de gerenciamento e fiscalização de contratos e convênios no âmbito da Sede, filiais e unidades descentralizadas;
- Gerenciar o patrimônio do HU e monitorar sua manutenção;
- Subsidiar as outras diretorias com informações necessárias para a tomada de decisões relacionadas à execução e ao desempenho do orçamento;
- Planejar, gerenciar e controlar a execução orçamentária e financeira, com as medidas necessárias à manutenção do equilíbrio financeiro do HU;
- Realizar a execução orçamentária e financeira;
- Estabelecer diretrizes para a gestão de custos do HU, bem como monitorar e avaliar a implantação de sistemas e indicadores de custos;
- Planejar, estabelecer diretrizes de gerenciamento, acompanhar, avaliar e controlar as conformidades contábeis, e registrar o movimento contábil da Unidade HU.

### **Figura 3.2.2 – Diretoria Administrativo-Financeira**





### 3.2.3 – Diretoria Assistencial

São competências-chaves da Diretoria Assistencial:

- Coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços assistenciais;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde;
- Coordenar a implantação das ações de atenção integral à saúde, com foco na organização de linhas de cuidado;
- Gerenciar a implantação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde;
- Estabelecer metas quantitativas e qualitativas dos serviços assistenciais e de gestão da atenção à saúde;
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços hospitalares por meio de indicadores de desempenho;
- Articular internamente os serviços e práticas assistenciais, com vistas à garantia da integralidade da atenção;
- Garantir o cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, referentes ao funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas de saúde;

- Coordenar a elaboração e a implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
- Coordenar a elaboração e a implantação do Procedimento Operacional Padrão (POP) do serviço de enfermagem;
- Coordenar a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde no âmbito hospitalar;
- Coordenar a implantação e implementação das ações de regulação e avaliação da atenção à saúde;
- Gerenciar o fluxo de atendimento e dos mecanismos de referência e contra referência entre o hospital e os serviços da rede de atenção à saúde;
- Manter atualizados os sistemas de informação em saúde;
- Coordenar a incorporação e/ou renovação de tecnologias do cuidado em saúde, em consonância com as políticas de saúde, respeitado o caráter de ensino e pesquisa;
- Monitorar a regularidade de abastecimento de medicamentos, instrumentais e insumos médico-hospitalares;
- Coordenar o processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde vinculadas à Gerência;
- Implantar e gerenciar fóruns colegiados, no âmbito da Gerência, com vistas à gestão democrática e participativa;
- Articular com a Diretoria Acadêmica a integração dos processos de gestão, assistência, ensino e pesquisa;
- Gerenciar o contrato com a gestão do SUS e operadoras de saúde, monitorando as responsabilidades e metas da assistência à saúde.

### **Figura 3.2.3 – Diretoria Assistencial**



### 3.2.4 – Diretoria Clínica

São competências-chaves da Diretoria Clínica:

- Assegurar que todo paciente internado no HU tenha um médico assistente;
- Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;
- Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013;
- Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes no HU, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;
- Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;
- Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica do HU não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

### 3.2.5 – Diretoria de Ensino e Pesquisa

São competências-chaves da Diretoria de Ensino e Pesquisa:

- Formular e gerenciar a política para as áreas de Pesquisa, Cursos Técnicos, Graduação e Pós-Graduação na área de Saúde.
- Gerir o processo de ensino-aprendizagem no cumprimento das políticas, diretrizes e metas estabelecidas para HU;
- Monitorar os indicadores de desempenho dos cursos e programas sob a sua responsabilidade, tendo em visto o cumprimento das metas acordadas;
- Supervisionar e acompanhar o funcionamento dos cursos e programas aprovados, o desenvolvimento do ensino e a disponibilidade de recursos físicos e pessoas necessários ao cumprimento das metas acordadas;
- Gerenciar os serviços e ativos de infraestrutura e informática aplicados à Educação;
- Implementar programas de educação continuada para os funcionários da área de Saúde do HU, para os docentes e demais colaboradores do HU.
- Gerenciar as Coordenações de Cursos Técnicos, de Graduação e Especialização e Residência Médica.

Figura 3.2.5 – Diretoria de Ensino e Pesquisa



### 3.2.6 – Diretoria Técnica

São suas competências-chaves da Diretoria Técnica:

- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica;
- Produzir relatórios sobre a assistência médica na Instituição;
- Fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais médicos;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais médicos;
- Assessorar a Diretoria no cumprimento do Regimento Interno das divisões e unidades assistenciais;
- Assessorar a Diretoria de Assistência à Saúde no planejamento, organização, administração, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais da Instituição;
- Participar, em articulação com a Coordenação de Gestão do Cuidado, da organização e implementação das linhas de cuidado;
- Participar da elaboração dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das unidades assistenciais, setores e divisões da atenção à saúde;
- Assumir a responsabilidade ética, médica, técnica-científica e representar a Instituição perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina ou em juízo, segundo a legislação vigente;
- Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre os médicos e demais profissionais do hospital, bem como destes com a governança;
- Executar atividades profissionais da área da saúde correspondentes à sua formação;
- Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado;
- Participar do planejamento, coordenação e execução dos programas, estudos, pesquisas e outras atividades de saúde;
- Participar do planejamento, elaboração e execução de programas de educação permanente adotados na Instituição;

- Assessorar a Gerência na implantação e implementação da política de assistência, ensino e pesquisa.

**Figura 3.2.6 – Diretoria Técnica**



### 3.3 Modelo Gerencial e Assistencial

#### 3.3.1 Controle de Acesso às Dependências do HU

A circulação nas dependências do HU será controlada pelos profissionais do Serviço de Recepção e Serviço de Vigilância, por meio dos Controladores de Acesso e das Recepcionistas.

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

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

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

Basicamente, os fluxos operacionais que tratam da circulação de pessoas nas dependências será conforme diagrama abaixo:

### **3.3.1.1 Serviço de Recepção e Portaria**

O serviço de recepção, consiste no processo de identificação, cadastramento e autorização de acesso de usuários gerais nas dependências da unidade, autorizando o acesso aos locais previamente aprovados.

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

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

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

O serviço de portaria consiste no processo de fiscalização do acesso de pessoas e veículos nas portarias do hospital, orientando os usuários sobre os procedimentos básicos a serem observados, de acordo com o Manual de Normas e Procedimentos, restringindo o trânsito em locais onde existem restrições expressas.

A execução desses serviços (recepção e portaria) pressupõe a utilização de sistemas informatizados de controle de acesso e trânsito, que restarão controlados permanentemente pela Central de segurança.

O serviço será responsável por:

- I. Fornecer os recursos técnicos e materiais, a cobertura de postos de trabalho que irão operar sistema de controle de acesso com uso de barreiras físicas e dispositivos de porte obrigatório para liberação de acesso, cuja especificação consta deste documento;
- II. Responder pelo cumprimento dos parâmetros relativos ao serviço de Recepção e Portaria, conforme Plano de Segurança;
- III. Garantir que os postos de recepção e portaria integrem o sistema de Segurança do Hospital e por isso deverão se reportar à Central de Segurança da SMS;



- IV. Definir os locais em cujo trânsito deve ser restrito e nos quais devem ser implantados posto de recepção;
- V. Definir quantitativa e qualitativamente os equipamentos e recursos técnicos e sua funcionalidade, bem como dos recursos humanos;
- VI. Elaborar e divulgar o Manual de Normas e Procedimentos Operacionais, contemplando todas as ações objetivas para atender os requisitos qualitativos e quantitativos.
- VII. Registrar e controlar diariamente as ocorrências em sistema informatizado com vistas à eliminação do uso de papel;
- VIII. Promover programa de treinamento periódico, reciclando parâmetros técnicos e comportamentais para a execução das tarefas;
- IX. Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando a Central de Segurança;
- X. Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços, em sistema informatizado com vistas à eliminação do uso de papel.
- XI. Promover Programa de Orientação e Apoio aos clientes, alinhado à Política Pública de Humanização.

As atividades de portaria serão realizadas por Controladores de Acesso, em sistema de rodízio de postos de trabalho. Serão denominados como “porteiros” os responsáveis pelo controle de acesso e serão denominados como recepcionistas os responsáveis pelo cadastramento, orientação e demais atividades de recepção.

O serviço de portaria irá promover o pleno funcionamento e realização das principais atividades do serviço, garantindo que:

- XII. O funcionamento dos postos de serviços ocorra durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, de segunda feira a domingo, com exceção de Portarias que atendem atividades administrativas, com horários de funcionamento determinados no Manual de Procedimentos Operacionais do serviço.

- XIII. Os profissionais orientem as pessoas que passam pelas portarias que se destinam aos serviços indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- XIV. Seja cumprida a proibição do ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados nas instalações do hospital;
- XV. Haja o adequado registro das entradas e saídas de ambulâncias e carros fúnebres em formulário específico;
- XVI. Ocorra a comunicação, ao setor de Recepção, quanto da chegada da ambulância, informando o nome do paciente, para a devida checagem de agendamento e confirmação para admissão (internação ou realização de exames);
- XVII. Ligue nos ramais específicos ou via rádio HT com o porteiro de dentro do Hospital;
- XVIII. Confirme junto à recepção sobre a chegada do carro fúnebre e a liberação do óbito;
- XIX. Libere o acesso às autoridades competentes e viaturas de emergência, orientando, quando perguntado, sobre as rotas de acesso e dando o suporte solicitado por estas.

### **3.3.1.2 Recepção**

- Receber cordialmente todas as pessoas que se dirigem ao Guichê da Recepção;
- Solicitar a espera de acordo com a identificação de chamamento;
- Direcionar ao Setor de Aguardo e/ou espera;
- Encaminhar os visitantes e/ou acompanhantes ao Agente de Humanização para o devido acolhimento e acompanhamento até o leito de observação e/ou internação no Serviço de Saúde;
- Prestar, respeitosamente, informações sobre as rotinas do Serviço de Saúde de competência, principalmente sobre a obrigatoriedade da devolução do crachá;

Os recepcionistas e vigilantes que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) deverão ler o livro de ocorrência logo após o recebimento do serviço, fazer as

anotações que se fizeram necessárias, liberando em seguida o colega que está saindo de serviço, pois, caso contrário, assumirão total responsabilidade sobre o mesmo.

Os recepcionistas e vigilantes devem agir da seguinte forma:

- Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão;
- Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso) e portando o crachá de identificação de acordo com o local de acesso destinado a elas. Pacientes e Acompanhantes para o Ambulatório;
- Identificar TODOS os usuários para a entrada identificada;
- Verificar na listagem dos visitantes referentes ao nome do paciente em observação e/ou internação; em caso afirmativo sinalizar na lista e solicitar documento de identificação, anotando os dados e entregando o adesivo ou crachá ao paciente e a um acompanhante. Caso o nome não se encontre na listagem e não estiver de posse do cartão de marcação, ligar para a chefia do Serviço para autorizar a entrada. Na saída do solicitar a devolução dos adesivos ou crachá;
- Pacientes de Cirurgia: Verificar se está agendada a cirurgia. Se confirmada, encaminhar ao Setor de internamento com apenas um acompanhante que receberá o crachá de VISITANTE e encaminhar ao Agente de Humanização para, acompanhando seu paciente até o leito para preencher a ficha do Serviço Social e receber os seus pertences. Em seguida, o acompanhante será orientado a descer e esperar o horário de visita;
- Visita Administrativa: Telefonar para o setor informando da visita. Se a visita for para os cargos dirigentes, encaminhar o visitante para o Agente de Humanização para o encaminhamento ao local desejado;
- Se for ao prédio do Serviço, solicita ao servidor que compareça à recepção. Autorizada à visita, solicita um documento de identificação anotando os dados e entregando o crachá ou etiqueta. No término da visita solicita a devolução dos mesmos, normas da Instituição.
- Acompanhante: Solicita a autorização de acompanhamento fornecida pelo Serviço Social, devolvendo em seguida. Procura saber o nome e a enfermaria

em que o paciente se encontra. Confere na relação se já existe alguém acompanhando. Caso não exista, solicita um documento de identificação, anota no mapa próprio e entrega o crachá de acompanhante. Em se tratando de troca de acompanhante, ela deverá ser realizada na Recepção da Instituição.

- Fornecer um crachá provisório ao colaborador, quando este não estiver de posse do seu, mediante o preenchimento do CAH: Colher a assinatura do colaborador no CAH; Informar a necessidade de entrega do crachá por ocasião da saída.
- Controlar a entrada de autoridades, no caso de autoridades jurídicas (Juizado de Menores, Juizado da Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, etc), Casas de Apoio e policiais não fardados, solicitar a apresentação de suas “identidades funcionais”, verificando se eles estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios. Estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a qualquer hora, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir), da Instituição;
- Orientar os clientes, fornecedores e visitantes, quando solicitado.
- Avisar aos visitantes que a Instituição não se responsabiliza por valores e pertences deixados na Recepção, assim como por qualquer tipo de aparelho eletroeletrônico trazido por acompanhantes ou visitantes;
- Indicar a localização de cada setor / enfermaria a ser visitado (a);
- Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 14 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria Geral ou Gerências Assistenciais e/ou de Enfermagem;
- Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas e com roupas inadequadas;
- Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar se uma pessoa não está utilizando o crachá de outra;
- Impedir a saída de qualquer cliente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o “interno” só pode sair do Serviço de Saúde acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal;
- Em caso de extravio do crachá do servidor, encaminhar a pessoa ao Núcleo de Gestão de Pessoas para ser destinado à confecção de um novo crachá;

- Controlar a saída dos visitantes e recolher os respectivos crachás, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção, quando for o caso.
- Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de acompanhantes em locais não autorizados após às 21 (vinte e uma) horas, não será permitida a saída do mesmo caso não haja autorização por escrito do serviço de enfermagem para melhorar o sistema de segurança do Serviço de Saúde.

### **3.3.1.3 Colaboradores e Demais Pessoas da Comunidade**

- Usar o crachá de identificação no peito, em situação visível.
- Exibir ao porteiro de serviço, quando solicitado, qualquer volume que estiver portando, ao entrar ou sair da Instituição de Saúde;
- Utilizar somente as vias de acesso determinadas por essa Norma Procedimental.
- Trajar-se adequadamente no ambiente hospitalar.
- Não trazer gêneros alimentícios de qualquer natureza para o interior da Instituição de Saúde;
- Seguir fielmente as normas e rotinas estabelecidas pela Instituição;
- Se eventualmente esquecer o seu crachá, apresentar algum documento que o identifique ao recepcionista, e a seguir assinar o CAH e receber o crachá provisório, o qual deverá ser devolvido na saída.
- Devolver o crachá ao recepcionista ou vigilante, quando sair das dependências da Instituição (exceto os colaboradores que não estão utilizando o crachá provisório).

### **3.3.1.4 – Utilização das Salas Cirúrgicas**

A proposta para organização das salas cirúrgicas, será definida levando em consideração o perfil de pacientes esperado para o serviço, porte da sala e capacidade produtiva disponível. Também serão estabelecidos projetos de melhoria da qualidade da assistência prestada, através da capacitação continuada da equipe assistencial e implantação de protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde.

As salas cirúrgicas serão utilizadas para a realização de cirurgias de urgência, emergência e cirurgias programadas/eletivas. Esta organização será estruturada pelos coordenadores médico e de enfermagem do Centro Cirúrgico, visando sempre otimizar a produtividade das salas.

Para garantir a adequada utilização das salas cirúrgicas será monitorado o indicador “Intervalo de Substituição”. Este indicador revela o tempo de ociosidade de um leito entre a saída de um paciente e o ingresso de outro.

Na fórmula tradicional do intervalo de substituição, a fração tem como numerador a porcentagem de desocupação multiplicada pelo tempo médio de permanência. E como denominador, a porcentagem de ocupação:

Taxa de ocupação hospitalar X tempo médio de permanência

---

taxa de ocupação hospitalar

Calcular o intervalo de substituição irá permitir que o hospital avalie como vem sendo administrado o uso dos leitos hospitalares e/ou das salas cirúrgicas, pois quanto mais horas de ociosidade no Centro Cirúrgico, maior será o custo fixo, impactando diretamente no resultado do setor e o custo do procedimento.

O HU atuará na atividade de disciplinar a utilização das salas de cirurgia para minimizar a ociosidade e atender os pacientes satisfatoriamente, assim como as metas contratuais.

No que se refere especificamente a organização das salas operatórias, no âmbito da assistência de enfermagem, se dará quanto aos procedimentos e de acordo com o período perioperatório, conforme diagrama abaixo:

A utilização do centro cirúrgico será durante as 24 horas, sendo que no período noturno haverá redução no volume de cirurgias programadas/eletivas, tendo o foco principal nos procedimentos de urgência e emergência.

O fluxo de organização e gestão do Centro Cirúrgico e, conseqüentemente, das salas cirúrgicas será estabelecido conforme critérios abaixo:

XLI. Na primeira etapa, onde o Centro Cirúrgico contará com 02 salas e não haverá leitos cirúrgicos disponíveis, o Centro Cirúrgico estará direcionado aos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Adulto e do Pronto Socorro, para realização de procedimentos e cirurgias de urgência e emergência.

XLII. Na segunda etapa, onde o Centro Cirúrgico contará ainda com apenas 02 salas, entretanto haverá 10 leitos cirúrgicos disponíveis, o Centro Cirúrgico continuará direcionado, preferencialmente, aos pacientes das Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica, entretanto será estabelecido que um dos leitos será utilizado para cirurgias programadas/eletivas, desde que não haja nenhuma cirurgia de urgência em andamento, permanecendo sempre um leito disponível para urgência e emergência.

XLIII. Na terceira etapa, onde o Centro Cirúrgico contará com mais 08 salas, totalizando 10 salas e os 60 leitos de Clínica Cirúrgica estarão disponíveis, a organização das salas cirúrgicas se dará conforme abaixo:

- a. 3 salas cirúrgicas reservadas para procedimentos de urgência e emergência nas diversas especialidades.
- b. 7 salas cirúrgicas destinadas a realização de cirurgias eletivas/programadas nas diversas especialidades

Obviamente, que haverá flexibilização deste dimensionamento de salas, conforme o perfil de complexidade cirúrgica do for sendo estabelecido, bem como a organização das equipes médicas e de anestesistas, além dos demais processos de apoio que impactam nos tempos de utilização das salas.

A agenda das cirurgias eletivas/programadas, será realizada mediante definição de prioridades de atendimento, a serem formalizadas entre a Direção Técnica e Clínica do , entretanto, a prioridade na realização da cirurgia eletivas deve também levar em consideração a gravidade e urgência de cada caso.

Por gravidade, entenda-se o grau de sofrimento, limitações ou risco de vida que a doença impõe ao paciente. O conceito de urgência leva em conta a gravidade aliada aos possíveis benefícios da cirurgia em relação à história natural da doença, além de fatores sociais e filosóficos e evolução da doença. Por sua vez, um paciente em estado terminal é, sem dúvida, um paciente grave, mas não urgente, pois, a cirurgia tem

menor impacto na história natural de sua doença. É com base nestes conceitos que serão estabelecidos os critérios de prioridade para cada cirurgia.

Em suma, alguns critérios devem ser destacados:

XLIV. História de complicações

- a. Complicações sistêmicas.
- b. Complicações em órgãos e estruturas adjacentes.
- c. Complicações locais.

XLV. Pacientes com comorbidades graves.

XLVI. Pacientes com sinais clínicos ou radiológicos de doença avançada.

XLVII. Menores de idade e idosos.

XLVIII. Fatores socioeconômicos.

O histórico de complicações infecciosas ou de outra natureza é outro critério de prioridade importante, pois representa um risco aumentado de óbito. As complicações devem ser estratificadas em seus graus de severidade e possibilidade de recorrência. Os pacientes com comorbidades graves são outro grupo prioritário. Pacientes com sinais clínicos ou radiológicos de doença avançada que sugiram a possibilidade aumentada de evolução para complicações também devem ser priorizados.

Pelo estatuto da criança e do adolescente e pelo estatuto do idoso, estes grupos etários devem sempre ser priorizados no atendimento em qualquer hospital público e na implantação de qualquer política de saúde. Portanto, também serão considerados casos prioritários.

### **3.3.1.5 – Atividades Programadas e Urgentes dos Serviços Diagnósticos**

O SADT Externo consiste na disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Municipal oriundos da Rede Municipal de saúde (Atenção Básica ou Centros de Especialidades). O Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT Interno é realizado com a



disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos em regime de urgência e emergência, internação e ambulatorial do próprio. Serão disponibilizados no SADT Interno os mesmos exames disponibilizados para o SADT Externo.

Os serviços diagnósticos irão realizar os exames classificados como ambulatoriais, de segunda à sexta-feira, das 08h00 às 18h00. Para os exames em caráter de urgência e emergência e internação, os serviços diagnósticos estarão disponíveis durante as 24 horas, mediante plantões presenciais e/ou plantões de sobreaviso.

Os coordenadores médico e de enfermagem do SADT, serão responsáveis pelo gerenciamento das demandas internas e externas, urgentes e eletivas.

#### **3.3.1.6 – Fluxos de Atendimento Ambulatorial e de Urgência**

O HU será regulado pela Central de Regulação Municipal, sendo referência para as Unidades de Pronto Atendimento, para o SAMU e também para as Unidades Básicas de Saúde que tiverem uma situação de urgência ou emergência e necessitarem de internação.

Além dessa porta referenciada, o HU disporá de uma equipe de acolhimento e classificação de risco que atenderá o usuário que o procurar por iniciativa própria e o encaminhará a Unidade de Pronto Atendimento ou Unidade Básica de Saúde nos casos em que se adequarem, e nas situações em que o usuário necessitar do atendimento do próprio hospital será encaminhado ao setor de emergência do mesmo.

O paciente hospitalizado no estabelecimento após ter seu atendimento prestado e ter sua situação resolvida ou controlada será referenciado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

Além da porta de entrada da urgência o hospital receberá pacientes eletivos para procedimentos cirúrgicos. Esse paciente também será encaminhado a rede básica de assistência depois de sanado sua situação de doença.

### **3.3.1.7 – Registros e Documentos de Usuários e Administrativos**

A padronização e a troca eletrônica de informações em saúde, sejam dos usuários ou administrativas, trazem inúmeros benefícios, entre os quais:

LXXVI. Aprimoram a comunicação entre os atores do setor: reduzem o uso de papel, agilizando o acesso do paciente aos serviços de saúde;

LXXVII. Facilitam a obtenção de informações para estudos epidemiológicos e definição de políticas em saúde - favorecem a realização de análise de custos e benefícios de investimentos na área de saúde;

LXXVIII. Reduzem custos administrativos - melhoram a qualidade da assistência à saúde;

LXXIX. Possibilitam comparações e análises de desempenho institucional implicando a otimização de recursos e aumento da qualidade de gestão.

A privacidade das informações individuais, entre as quais se incluem aqueles referentes ao estado de saúde de cada paciente, é preocupação presente nos mais variados setores da sociedade e se expressa em variados diplomas legais, desde o Código Penal Brasileiro, de 1942, até as resoluções do Conselho Federal de Medicina. Entre os procedimentos de segurança recomendados, estão as normas técnicas estabelecidas na Resolução CFM n.º 1639, de 10 de julho de 2002, e nas resoluções da ANS (RN n.º 21, de 12 de dezembro de 2002, e na RDC n.º 64, de 10 de abril de 2001).

Tais medidas proporcionam as garantias administrativas, técnicas e físicas de proteção ao acesso à informação trocada. Recomenda-se, ainda, para o alcance dos objetivos de segurança e privacidade, a observação, ao menos, dos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS-1), descritos no "Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde" (RES), em conformidade com a norma NBR ISO/IEC 17799 - Código de Prática para a Gestão da Segurança da Informação.

Cabe a todos prestadores de serviços em saúde, da instituição sob gestão plena, garantir o correto registro, bem como o sigilo das informações de todos os usuários atendidos e das informações administrativas .

Os registros de informações referentes aos usuários do e administração seguirão as normas e rotinas estabelecidas pelo serviço de Recepção e SAME. O serviço de Recepção é o responsável por registrar a maior parte das informações dos usuários e o SAME o responsável pelo tanto pelo registro das informações dos usuários como informações de caráter administrativo, além de realizar a compilação destas informações.

Através do Sistema de Gestão Hospitalar, as informações serão centralizadas e trabalhadas através de um sistema de *Business Intelligence*, trazendo maior efetividade na tomada de decisões gerenciais.

### **3.3.1.8 – Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados**

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

LXXX. Coletar, lavar/limpar e processar os materiais;

LXXXI. Assegurar estoque de materiais esterilizados de acordo com a demanda do serviço;

LXXXII. Instituir rotina para manter os materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização;

LXXXIII. Distribuir os materiais esterilizados para as unidades solicitantes, por Kits e/ou de acordo com análise de consumo médio, otimizando a gestão dos materiais.

LXXXIV. Realizar o controle de inventário dos materiais e equipamentos esterilizados.

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

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

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH, apoiará na definição e implantação dos fluxos, normas e rotinas da CME, bem como avaliações sistemáticas dos processos, assegurando a efetividade do serviço e mitigação do risco de infecção hospitalar.

As rotinas e normas do Serviço de Esterilização, que constam em anexo ao projeto, abordam, dentre outras:

LXXXV. Recebimento e conferências dos materiais;

LXXXVI. Limpeza e desinfecção de materiais;

LXXXVII. Limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;

LXXXVIII. Monitoramento dos indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;

LXXXIX. Conferência dos impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos.

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

**Artigos Críticos:** são aqueles que entram em contato direto com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e que penetram em órgãos e tecidos, bem como todos aqueles que possuem alto risco de causar infecção.

**Artigos Semicríticos:** são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra dos pacientes ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. Nesse caso, o risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material/artigo para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.).

**Artigos não Críticos:** são aqueles que entram em contato com pele íntegra e superfícies e apresentam risco de transmissão de infecção baixo. Os materiais/artigos

que com presença de matéria orgânica passarão pelo processo de desinfecção de nível baixo, e os que apresentarem ausência de matéria orgânica passarão apenas pelo processo de limpeza.

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

#### ÁREA DE LAVAGEM E DESCONTAMINAÇÃO

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

#### ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS

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

#### ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO

1. Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instruções do fabricante e procedimentos internos;
2. Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
3. Realizar o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
4. Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

#### ÁREA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO

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

### **3.3.1.9 – Fluxo Unidirecional para Roupas**

O processamento da roupa consiste em todas as tarefas relacionadas com a coleta, o transporte e a separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição de todo o enxoval.

O fluxo a ser implantado no HU será unidirecional e contínuo, evitando desta forma o cruzamento do enxoval sujo com os enxovais limpos, contemplando todas as etapas do processo. O acesso de pessoas ficará restrito apenas aos profissionais destinados à atividade, ou para aqueles que recebam autorização para entrar no setor.

Os profissionais que manusearem enxoval sujo não irão manusear o enxoval limpo e vice-versa.

Basicamente, o fluxo destinado ao serviço de processamento de roupas, está representado na figura abaixo. As etapas referentes ao processo de pré-lavagem, lavagem, secagem, conserto e empacotamento, serão realizadas externamente ao Pronto Socorro Municipal (serviço terceirizado), portanto, não contempladas no fluxograma abaixo.

### **3.3.1.10 – Fluxo Unidirecional para Resíduos de Saúde**

O fluxo de materiais contaminados e de resíduos sólidos corresponde ao deslocamento dos resíduos hospitalares que são todos os elementos utilizados, descartados ou resultantes das atividades realizadas nas unidades funcionais da Instituição de Saúde.

Os elementos contaminados podem ser acondicionados e transportados desde a sua fonte com a utilização de técnicas adequadas ao risco que apresentam, portanto, o

deslocamento destes elementos até ao destino final não necessita de uma circulação exclusiva.

Mesmo assim, se preocupa e padroniza em sua gestão certas medidas e restrições, quando necessárias, como a instalação de lavatórios nos diversos compartimentos das unidades funcionais ou a correta localização dos apoios, dos vestiários barreira e das antecâmaras.

As restrições de fluxo são importantes nas áreas críticas onde os compartimentos apresentam um risco aumentado de disseminação de infeções, porque são locais onde se realizam atividades de risco ou porque são locais onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

Os resíduos hospitalares são resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam atividades invasivos.

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

Deste modo também produz outros tipos de resíduos, como por exemplo, resíduos verdes, de construção e demolição, elétricos e eletrônicos, de tinteiros e toners, de embalagens, óleos usados, entre outros (UONIE/ACSS, 2011). No entanto, o Despacho n.º 242/96, de 5 de julho, dá-nos uma ideia mais clara e classifica os resíduos hospitalares em quatro grupo Resíduos equiparados a urbanos:

XC. Não perigosos e não sujeitos a tratamentos Específicos (Grupo I);

XCI. Resíduos hospitalares não perigosos e não sujeitos a tratamentos específicos, possíveis de serem equiparados a urbanos (Grupo II);

XCII. Resíduos hospitalares de risco biológico, contaminados ou suspeitos de contaminação, passíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano (Grupo III);

XCIII. Resíduos hospitalares específicos e de incineração obrigatória (Grupo IV).

O mesmo Despacho caracteriza estes diferentes grupos conforme a sua natureza e proveniência.

Os resíduos equiparados a urbanos (Grupo I) não são perigosos, pelo que não estão sujeitos a tratamentos específicos, são geralmente embalagens e invólucros comuns (de papel, cartão, e outros de idêntica natureza) e provêm de:

XCIV. Serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);

XCV. Serviços de apoio (oficinas, jardins, armazéns e outros);

XCVI. Atividades de restauração e hotelaria, resultantes de confecção e restos de alimentos servidos a pacientes não infecciosos ou suspeitos de infeção.

Os resíduos hospitalares não perigosos (Grupo II) são resíduos resultantes das atividades de saúde, mas, como não apresentam nenhum risco de contaminação, não estão sujeitos a tratamentos específicos, possivelmente podem ser equiparados a urbanos e são:

XCVII. Material ortopédico como talas, gessos, ligaduras gessadas, mas sem vestígios de sangue;

XCVIII. Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;

XCIX. Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais de apoio como luvas, máscaras, aventais e outros, no entanto, o material de proteção individual utilizado na recolha dos resíduos não entra nesta categoria;

C. Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico ou comum, com exceção dos resíduos incluídos nos grupos III e grupo IV;

CI. Frascos de soros não contaminados, com exceção dos do grupo IV.

Os resíduos hospitalares de risco biológico (Grupo III) são resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação. Estes resíduos poderão ser incinerados ou sofrerem outro pré-tratamento eficaz, para que mais tarde possam ser eliminados como resíduos urbanos. Os resíduos deste tipo são provenientes:

CII. Quartos ou enfermarias de pacientes infecciosos ou suspeitos de infeção;



- CIII. Blocos operatórios;
- CIV. Salas de tratamento;
- CV. Salas de autópsia;
- CVI. Salas de anatomia patológica;
- CVII. Laboratórios de investigação com exceção dos resíduos identificados no grupo IV;
- CVIII. São considerados resíduos hospitalares de risco biológico (Grupo III):
- CIX. Peças anatómicas não identificáveis;
- CX. Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;
- CXI. Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos identificados no grupo IV;
- CXII. Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas;
- CXIII. Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue;
- CXIV. Material de prótese retirado a pacientes;
- CXV. Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- CXVI. Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contato com produtos contaminados.

Os resíduos hospitalares específicos (Grupo IV) requerem incineração obrigatória e são:

- CXVII. Peças anatómicas identificáveis, como fetos e placentas;
- CXVIII. Materiais cortantes e perfurantes (agulhas, cateteres e todo o material invasivo);
- CXIX. Produtos químicos e fármacos rejeitados;
- CXX. Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

### **3.3.1.11 – Resíduo Infectante e Químico Perigoso**

Operação e transferência dos recipientes do local de geração para a sala de resíduo infectante e armazenamento temporário.

É feita 5 (cinco) vezes ao dia: 2 (duas) vezes no período da manhã, 2 (duas) vezes no período da tarde, 1 (uma) vez no período da noite. Ou efetuada de acordo com as necessidades da unidade geradora, no que se refere à frequência, horário e demais exigências do serviço.

A coleta é efetuada por carro funcional com capacidade para 100 lts. de resíduo, após ser lacrado com fecho lixo e desprezado na sala de resíduo infectante e no armazenamento temporário para o químico perigoso.

O funcionário pega os sacos de 40 lts. com 2/3 de sua capacidade, lacrado, e coloca-os dentro do carro funcional saco 100 lts., e o mesmo é lacrado e desprezado nas respectivas áreas.

- a) Equipamento utilizado: carro funcional;
- b) E.P.I. - Uniforme, luva, bota.

### **3.3.1.12 – Resíduo Comum**

Operação e transferência dos recipientes do local de geração para o carro de resíduo comum que está estacionado no Hall do elevador do expurgo.

É feita 5 (cinco) vezes ao dia: duas vezes no período da manhã, duas vezes no período da tarde, uma vez no período da noite.

A coleta é efetuada pelo funcionário que lacra o saco com fecho-lixo e encaminha e despreza no carro de resíduo comum.

### **3.3.1.13 – Resíduo Reciclável**

Operação e transferência dos recipientes do local de geração, recipientes coloridos, para o carro no hall de elevador de serviço.

É feita cinco vezes ao dia: duas vezes no período da manhã, duas vezes no período da tarde, 1 (uma) vez no período da noite.

A coleta é efetuada pelo funcionário que lacra o saco com o lixo, encaminha e despreza no carro de resíduo comum.

#### **4 – PLANO DE METAS**

O HU presta serviços de saúde em caráter hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico terapêutico, tanto em caráter eletivo como de urgência/emergência em Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, visando a garantia da atenção à saúde integral do município de Canoas e municípios que integram a região na qual o hospital está inserido e de acordo com as pactuações de referências as prestação de serviços profissionais para a Secretaria de Saúde, com foco na integralidade no atendimento técnico e administrativo. O contexto se dá a partir dos princípios e diretrizes do SUS e do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS, considerando o modelo assistencial estabelecido para o SUS. O Município de Canoas conta atualmente com 630 leitos (SUS e convênios) entre clínicos, cirúrgicos e complementares e 348 destes estão no HU, significando 55,2% dos leitos da cidade, sendo um prestador principalmente de retaguarda da rede de urgência municipal e de referência para média e alta complexidades. Conta com 66 leitos de UTI e 6 salas cirúrgicas. Possui pronto atendimento 24 horas para as especialidades de ginecologia e obstetrícia, sendo referência para gestação de alto risco.

O Hospital está diretamente ligado à área de Ensino, apoiando, promovendo e incentivando as atividades acadêmicas desde sua inauguração. Credenciado junto ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) com residência médica nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia geral e saúde da família. Mantém pactuado, convênios com entidades de ensino da região, proporcionando campo de estágio para alunos da graduação dos Cursos de Medicina, Enfermagem e nível técnico para enfermagem.

A unidade hospitalar tem por função disponibilizar serviços assistenciais, centrados

na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltados para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, buscando para isso um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional.

A assistência à saúde prestada, sob regulação da SMS de Canoas, compreende o conjunto de serviços oferecidos ao usuário desde seu acolhimento inicial à sua internação hospitalar, passando pela alta hospitalar até o seguimento ambulatorial pós-alta (ambulatório nas especialidades habilitadas e ofertadas pela unidade), incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas abaixo:

- Cirurgia cardiovascular (adulto), cirurgia cardiovascular (pediátrico); cirurgia vascular fistula arteriovenosa com enxerto e sem enxerto; cirurgias cardíacas, cardiologia intervencionista;
- Parto em gestação de alto risco;
- Serviço hospitalar para atenção a saúde mental;
- Hospital dia cirúrgico/diagnóstico;
- Neurocirurgia coluna e nervos periféricos; neurocirurgia investigação e cirurgia de epilepsia; neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento; neurocirurgia funcional estereotáxica; neurocirurgia vascular; neurocirurgia tratamento endovascular; tumores do sistema nervoso;
- Serviço de atenção a obesidade, tratamento clínico, cirurgico reparador e acompanhamento de paciente com obesidade;
- Serviço de oftalmologia tratamento cirúrgico do aparelho da visão;
- Serviço de pneumologia tratamento de doenças das vias aéreas inferiores;
- Serviço de Cirurgias Gerais e pequenos procedimentos cirúrgicos;
- Cirurgias urológicas e ginecológicas;

## 1 - Quadro de Metas de Produção Assistencial Hospitalar Materno-Infantil

META DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR – MATERNO-INFANTIL				
5º ANDAR ALOJAMENTO CONJUNTO	Nº DE LEITOS	TOTAL ANO	MÊS	6 MESES
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	44	14.000	1.167	7.002
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES/PARTOS ANO		5.000	417	2.502
<b>INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	12	3.800	317	1.902
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		6.900	575	3.450
<b>INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	36	12.000	1.000	6.000
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		33.000	2.750	16.500
<b>UTI PEDIÁTRICA</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	10	3.100	258	1.548
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		5.245	437	2.622
<b>UTI NEONATAL</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	20	5.730	478	2.868
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		7.380	615	3.690
<b>META DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR – ADULTO</b>				
<b>UTI ADULTO</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	50	15.509	1.292	7.752
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		26.568	2.214	13.284
<b>7º ANDAR</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	104	32.263	2.689	16.134
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		55.224	4.602	27.612
<b>8º ANDAR</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	108	33.501	2.792	16.752
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		57.420	4.785	28.710
<b>9º ANDAR</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	64	19.853	1.654	9.924
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		33.948	2.829	16.974
<b>10º ANDAR CLINICA INTERMEDIARIA</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	25	7.749	646	3.876
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		9.336	778	4.668
<b>TOTAL</b>				
CAPACIDADE INSTALADA (DIÁRIAS) COM TAXA DE OCUPAÇÃO DE 85%	473	147.505	12.293	73.758
CAPACIDADE DE INTERNAÇÕES ANO		240.021	20.002	120.012

## 2 - Quadro de Metas de Produção Ambulatorial

META DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL	TOTAL ANO	MÊS	6 MESES
02. PROCEDIMENTOS DE FINALIDADE DIAGNOSTICA			
02.01 COLETA DE MATERIAL	140	12	72
02.02 DIAGNOSTICO EM LABORATORIO CLINICO	104.000	8.667	52.002
02.03 DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGIA	44.000	3.667	22.002
02.04 DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA	24.000	2.000	12.000
02.05 DIAGNOSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA	9.000	750	4.500
02.06 DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA	7.500	625	3.750
02.07 DIAGNOSTICO POR RESSONANCIA MAGNETICA	2.000	167	1.002
02.08 DIAGNOSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		0	0
02.09 DIAGNOSTICO POR ENDOSCOPIA	4.500	375	2.250
02.10 DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENZIONISTA	150	13	78
02.11 METODOS DIAGNOSTICOS EM ESPECIALIDADES	22.000	1.833	10.998
02.12 DIAGNOSTICO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	27.500	2.292	13.752
02.13 DIAGNOSTICO EM VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL		0	0
02.14 DIAGNOSTICO POR TESTE RAPIDO	150	13	78
03. PROCEDIMENTOS CLINICOS		0	0
03.01 CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS	165.000	13.750	82.500
03.02 FISIOTERAPIA	20.000	1.667	10.002
03.03 TRATAMENTOS CLINICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)	150	13	78
03.04 TRATAMENTO ONCOLOGIA		0	0
03.05 TRATAMENTO NEFROLOGIA		0	0
03.06 HEMOTERAPIA	18.000	1.500	9.000
03.07 TRATAMENTOS ODONTOLOGICOS		0	0
03.08 TRATAMENTO DE LESOES, ENVENENAMENTOS E OUTROS		0	0
03.09 TERAPIAS ESPECIALIZADAS		0	0
03.10 PARTOS E NASCIMENTOS		0	0
04. PROCEDIMENTOS CIRURGICOS		0	0
04.01 PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA	5.000	417	2.502
04.02 CIRURGIA DE GLÂNDULAS ENDÓCRINAS		0	0
04.03 CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO		0	0
04.04 CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO		0	0
04.05 CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO		0	0
04.06 CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO		0	0
04.07 CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	2.500	208	1.248
04.08 CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR		0	0
04.09 CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO		0	0
04.10 CIRURGIA DE MAMA		0	0
04.11 CIRURGIA OBSTÉTRICA		0	0
04.12 CIRURGIA TORÁCICA		0	0
04.13 CIRURGIA REPARADORA		0	0
04.14 BUCOMAXILOFACIAL		0	0
04.15 OUTRAS CIRURGIAS		0	0
04.16 CIRURGIA EM ONCOLOGIA		0	0
04.17 ANESTESIOLOGIA		0	0
04.18 CIRURGIA EM NEFROLOGIA		0	0
07. ORTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS		0	0
07.01 ORTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NÃO RELACIONADAS AO ATO CIRURGICO	1.500	125	750
07.02 ORTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADAS AO ATO CIRURGICO		0	0
<b>TOTAL</b>	<b>457.090</b>	<b>38.094</b>	<b>228.564</b>

### 3 - Quadro de Metas de Produção Cirúrgica

META DE PRODUÇÃO CIRURGICA	Nº DE SALAS	TOTAL ANO	MÊS	6 MESES
CENTRO CIRURGICO				
CAPACIDADE INSTALADA CIRURGIAS ANO	6	7.560	630	3.780
CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL				
CAPACIDADE INSTALADA CIRURGIAS ANO	1	5.033	419	2.514
<b>TOTAL</b>		<b>12.593</b>	<b>1.049</b>	<b>6.294</b>

## 5 – QUALIDADE NA ÁREA DE SERVIÇOS

### 5.1 – Linha de Cuidado da Traumato-Ortopedia

#### 5.1.1 – Introdução

A política Nacional de Atenção de Alta complexidade em traumato-ortopedia, estabelecida conforme a portaria MS/GM n.221/2005, foi planejado com o intuito de renovar o aspecto para os serviços de assistências a pacientes com afecções do sistema musculoesquelético submetidos a procedimentos de alta complexidade.

A assistência de alta complexidade envolve um conjunto de procedimentos que no contexto do SUS, que dentre ela há uma alta tecnologia e alto custo, proporcionando acesso aos serviços e atendimentos de qualidade, assim proporcionando aos pacientes de que são submetidos ao atendimento trauma-ortopédico, conforto e confiança durante o tratamento.

#### 5.1.2 – Definições

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia é o hospital geral ou especializado que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capazes de prestar assistência em traumatologia e ortopedia.

### **5.1.3 – Público-alvo**

O protocolo de Alta complexidade em traumatologia e ortopedia é aplicado em todos os setores do Hospital Universitário de Canoas (“HU”), que prestam cuidados à saúde, na assistência aos pacientes com afecções do sistema musculoesquelético submetidos a procedimentos de alta complexidade.

### **5.1.4 – Objetivos**

#### **5.1.4.1 – Objetivo Geral**

- Alinhar uma rede de cuidados que estabeleça todos os níveis da atenção (básica e especializada, de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências, privilegiando o atendimento humanizado.

#### **5.1.4.2 – Objetivos Específicos**

- Intensificar o atendimento aos portadores de doenças do sistema musculoesquelético.
- Instituir características necessárias ao credenciamento ou habilitação de serviços que prestam atendimento especializado em traumato-ortopedia.
- Criar o Guia de Boas Práticas na especialidade de traumato-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contraindicação de procedimentos de traumato-ortopedia, e estabelecer indicadores e o registro brasileiro de cirurgia traumato-ortopédica.

### **5.1.5 – Recursos Necessários**

#### **5.1.5.1 – Recursos Materiais**

- Equipe multiprofissional;
- Serviço de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia;
- Portuários eletrônicos;
- Instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção especializada a doentes com afecções do sistema músculo esquelético.



### **5.1.5.2 – Requisitos de Desempenho**

Como requisitos para desempenho adequado, devem ser seguidos:

- Comunicar-se de forma clara;
- Conhecer o histórico do paciente sobre problemas relacionados afecções do sistema músculo esquelético.

### **5.1.6 – Metodologia**

O protocolo em si irá alinhar as fases da prestação de cuidado ao paciente com traumatismo esquelético, seguindo abaixo:

- Atendimento de, no mínimo, quatro dos conjuntos de áreas a seguir: Coluna, cintura escapular, braço e cotovelo, antebraço, punho e mão, Cintura pélvica, quadril e coxa, perna, tornozelo e pé, ortopedia infantil, traumatologia ortopédica de urgência e emergência.
- Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.
- Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório específico e continuado.
- Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade.
- As unidades de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia poderá ser credenciadas para atendimento exclusivo em pediatria e/ou traumatologia ortopédica de urgência/emergência.

### **5.1.7 – Recomendações**

As unidades e/ou os centros de atenção de alta complexidade em traumato-ortopedia devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles. Os procedimentos que compõem o rol da assistência ortopédica requerem autorização prévia, exceto quando se tratar de urgência ou emergência, e necessitam apresentar laudos de solicitação de procedimentos (laudos para internação), que são analisados e, se aprovados, recebem o documento AIH.

- **Política Nacional De Atenção às Urgências**

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à Saúde. A crescente demanda por serviços nesta área, nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes, da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população. O aumento desta demanda tem forte impacto sobre o SUS e pode ser medido diretamente, na assistência, pelo aumento dos gastos realizados com internações hospitalares, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes.

### **5.1.8 – Referências**

Brasil. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de dezembro de 2002 - Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 221, de 15 de fevereiro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

## **5.2 – Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e AVC**

### **5.2.1 Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**

As doenças cardiovasculares são líderes em morte em todo o mundo e, dentre elas, o IAM é a principal causa. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, 300 mil pessoas sofrem infartos todos os anos. As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) compreendem manifestações clínicas compatíveis com isquemia miocárdica e são divididas em dois grandes grupos dependendo dos achados eletrocardiográficos:

- SCA com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST)

- SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST)

As SCASSST são subdivididas em 2 grupos: Angina Instável e IAM sem supradesnivelamento de segmento ST. A diferença reside basicamente em que o IAM sem supradesnivelamento de ST apresenta elevação de marcadores de necrose miocárdica (CK-MB e troponinas) acima do limite de corte da normalidade.

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é usualmente utilizado como sinônimo da SCASSST e responsável por uma das principais causas de morte no Brasil. É importante ressaltar que 40 a 60% dos óbitos ocorre na primeira hora após o início dos sintomas (principalmente por Fibrilação Ventricular) e, portanto, desassistida pelos médicos, uma vez que o acesso à assistência é demorado e trabalhoso. A qualidade do atendimento do IAM é um grande desafio, pois o atendimento inadequado e falha no diagnóstico podem resultar em liberação equivocada do paciente do serviço de urgência. Estima-se que a cada 5 a 7 casos ocorra 1 óbito. Além disso, caso não resulte em morte, é responsável por significativa incapacitação funcional da população, acarretando grandes prejuízos individuais e para a sociedade.

Na linha de Cuidado IAM a FUNAM estabelecerá a assistência em conformidade à Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXXI - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Origem: PRT MS/GM 1169/2004), que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

#### CIRURGIA VASCULAR:

As doenças vasculares são importantes causas de morbidade e mortalidade no nosso país, os pacientes com diabetes que apresentam alta prevalência de complicações nos pés diabéticos, hipertensão arterial sistêmica, acidentes vasculares cerebrais isquêmicos, aneurismas, doença arterial obstrutiva periférica dentre outras, elevando os índices de amputações e mortalidade nestes pacientes.

A doença venosa crônica é de alta prevalência em nossa população de baixa renda apresentando grau avançado de varizes, úlceras e apresentando um elevado grau de absenteísmo ao trabalho e as atividades do cotidiano.

A doença renal crônica levando a insuficiência renal crônica necessita de apoio da cirurgia vascular na realização de transplantes renais e acessos vasculares para hemodiálise.

A Aterosclerose como causa das doenças arteriais, com a sua distribuição multiorgânica e multissegmentar demonstra a importância da estruturação e funcionamento do serviço de Cirurgia Cardiovascular/Cirurgia Vascular na macrorregião leste de MG. O acompanhamento dos pacientes tem um papel preponderante na Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares, as quais continuam a ser a principal causa de mortalidade precoce evitável e de incapacitação na população portuguesa. A epidemia de Diabetes e o incremento da sobrevivência dos doentes renais crônicos em hemodiálise, são fatores potenciadores de um incremento da prevalência e incidência de intercorrências vasculares.

Pelo todo exposto e considerando a Portaria 1.169/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade esta PROPONENTE visa a instituição das Linhas de Cuidado relativas à Cirurgia Vascular prevenindo mortalidade evitável, otimizando o tratamento, reduzindo a frequência das complicações incapacitantes da doença vascular como no AVC e na isquemia crítica com o elevado número de amputações major dos membros inferiores, Reduzindo os impactos negativos na qualidade de vida dos doentes.

### **5.2.1 Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular (DCV) e é a segunda maior causa de morte no Brasil e no mundo. O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população aumenta os fatores de risco para AVC, sobretudo após os 55 anos, sendo fundamental a redefinição de estratégias que deem conta do cuidado ao AVC.

O AVC pode ser classificado como isquêmico (AVCI) ou hemorrágico (AVCH).

O AVCI é mais prevalente (84% dos casos) e os principais fatores de risco são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, fibrilação atrial (FA), tabagismo entre outros. Aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais e cardioembolias são responsáveis pela maioria dos AVCI.

O AVCH também é uma emergência médica. O aumento súbito do volume de sangue intracraniano eleva a pressão intracraniana e causa cefaléia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda da consciência e/ou morte. O prognóstico do AVCH é pior e o índice de óbitos maior em relação ao AVCI. Diagnóstico rápido e manejo atento de pacientes com hemorragia intracraniana são cruciais porque a deterioração precoce é comum nas primeiras horas.

O Ministério da Saúde atento à crescente demanda de se instituir cuidado integral ao paciente acometido por AVC instituiu os critérios para credenciamentos de centros de Atendimento de Urgência em AVC e aprovou a linha de Cuidados em AVC através de sua portaria 665, de 12 de abril de 2012.

O Hospital Universitário de Canoas, sob gestão da FUNAM, integrará a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Município de Canoas, sendo o componente hospitalar representando a garantia ao acesso do paciente com agravos agudos e que requeiram assistência em Neurocirurgia. Disponibilizará, ainda, de apoio para tratamento neurointervencionista e/ou neurocirúrgico através de centro cirúrgico e serviço de hemodinâmica na realização de procedimentos, enfermarias de retaguarda clínica a internações, leitos hospitalares para cuidados intensivos (UTI e fortalecendo os demais pontos de atenção da rede representados pela Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde); SAMU; Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o serviço de Atenção Domiciliar.

Portanto, a FUNAM implantará no Hospital Universitário de Canoas a linha de Cuidado do AVC embasando o serviço na Portaria GM/MS nº 1.161/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica e a Portaria SAS/MS nº 756/2005 para habilitação do serviço.

### **5.3 – Linha de Cuidado da Cardiovascular/Vascular/Cardiologia Intervencionista**

#### **5.3.1 – Cirurgia Cardiovascular**

##### **5.3.1.1 – Introdução**

Conforme a portaria 66, de 06 de maio de 1993 para a autorização do credenciamento em Alta Complexidade Cardiovascular, é necessário ter em seus recursos humanos

multiprofissionais que, além de profissionais médicos, incluem enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas

Diante a internação do procedimento cirúrgico de alta complexidade os clientes desenvolvem sentimentos relacionados a medo da morte, de possível complicação, seqüela ou invalidez pós-operatória. A equipe multiprofissional desencadeia um trabalho psicológico nesses pacientes, procurando, procurando amenizar sentimentos que possam interferir na recuperação do paciente, com intuito de proporcionar confiança e tranquilidade, evitando sentimentos adversos (Finkel & Espíndola, 2008).

#### **5.3.1.2 – Definições**

A cirurgia cardiovascular engloba o tratamento das cardiopatias congênitas, das doenças das artérias coronarianas, da aorta e seus ramos, das valvas cardíacas, da fibrilação atrial e da insuficiência cardíaca.

#### **5.3.1.3 – Público-alvo**

O protocolo de cirurgia cardíaca/ alta complexidade é aplicado em todos os setores do HU, que prestam cuidados à saúde, na assistência aos pacientes com débitos cardiovasculares.

#### **5.3.1.4 – Objetivos**

##### **Objetivo Geral**

- organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências), privilegiando o atendimento humanizado;

##### **Objetivos Específicos**

- Qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças cardiovasculares;

- Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção cardiovascular.

### **5.3.1.5 – Recursos Necessários**

#### **Recursos Materiais**

- Portuários eletrônicos;
- Checagem do aparelho de anestesia e aspiração.
- Checar funcionamento do colchão térmico, desfibrilador e mesa cirúrgica.
- Checagem do monitor, cabos de pressão invasiva e bolsas pressóricas. - Hemocomponentes (Plasma, Crio, plaquetas e hemácias). Caso coagulograma alterado, solicitar descongelamento do Plasma para uso na CEC como priming.
- Vaga no CTI da cirurgia cardíaca
- Checagem de aminas vasoativas no carrinho de medicação da cardíaca. Nitroprussiato, nitroglicerina, dobutamina e Noradrenalina
- Tromboelastograma com pipetas, reagentes e cubetas
- Ecocardiograma transesofágico - Bis e eletrodos
- Checar com perfusionista aparelho de TCA
- 1 kit Duplo Lúmen ou triplo Lúmen caso veias periféricas ruins
- 1 kit de punção de artéria radial - 3 torneiras 3 ways ou 1 manifold
- Sondas orogástricas números 14 e 16 - Ácido tranexâmico (8 caixas), hidrocortisona 1g, cefazolina 3 g e um frasco de insulina.
- Bicarbonato (2 frascos), gluconato de cálcio (4 ampolas) sulfato de magnésio (4 ampolas) e cloreto de potássio (4 ampolas).

#### **Requisitos de desempenho**

Como requisitos para desempenho adequado, devem ser seguidos:

- Comunicar-se de forma clara;
- Conhecer o histórico do paciente sobre problemas relacionados ao débito cardíaco.

### **5.3.1.6 – Metodologia da Cirurgia Cardiovascular**

- Ambulatório geral de cardiologia para pacientes externos.
- No mínimo, ter um dos conjuntos de serviços:
  - ✓ cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista;
  - ✓ cirurgia cardiovascular pediátrica;
  - ✓ cirurgia vascular;
  - ✓ cirurgia vascular e procedimentos endovascular extracardíacos;
  - ✓ laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista;
- Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.
- Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório continuado e específico.
- Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade.
- Procedimentos endovascular extracardíacos e laboratório de eletrofisiologia. Para que possam realizar os procedimentos de implante cardiodesfibrilador transvenoso e multi-sítio, deverão dispor de laboratório de eletrofisiologia e ambulatório de arritmia.
- Tanto no pré quanto no pós-operatório é importante que o psicólogo atenda os familiares, verificando dúvidas e questões que podem influenciar no tratamento do paciente, oferecer suporte psicológico se necessário e ainda fazer uma ponte de comunicação entre a equipe e a família, principalmente no período de internação na UTI.

## **ATIVIDADES ESSENCIAIS**

**Definição da circulação extracorpórea:** A CEC ou perfusão refere-se à passagem de sangue através de um órgão, permitindo a substituição temporária da função de bomba cardíaca e da ventilação pulmonar. Além disso, pode-se recuperar o sangue no campo cirúrgico após anticoagulação sistêmica do paciente por meio de bombas aspiradoras. O coração é mantido parado e nutrido por meio da solução de cardioplegia. A função de bombeamento é desempenhada por uma bomba arterial (de roletes ou centrífuga) e a função ventilatória dos pulmões é substituída por um



oxigenador. Tubos plásticos biocompatíveis interligam paciente, oxigenador e bomba arterial, permitindo a circulação extracorpórea do sangue

**Anticoagulação e reversão:** É essencial que a coagulação do sangue seja inibida para impedir a formação de trombos durante os procedimentos com circulação extracorpórea. A anticoagulação sanguínea se faz necessária, pois o sangue estará circulando em tubos e conectores que não possuem endotélio. Para se inibir a coagulação do sangue nos procedimentos com circulação extracorpórea, usa-se uma medicação anticoagulante, a heparina sódica. Ela é a droga escolhida para essa finalidade porque tem poucos efeitos colaterais, é bem tolerada pelo organismo, pode ser usada com poucos inconvenientes, por longos períodos e existe um antídoto específico disponível. O controle da anticoagulação é feito pelo procedimento do tempo de coagulação ativado (TCA), e espera-se que ele esteja acima de 480 segundos após a administração. Ao final da perfusão, neutraliza-se o efeito anticoagulante da heparina com outra medicação, o cloridrato de protamina. A dose da heparina depende da equipe cirúrgica e varia de 2 a 8 mg/kg de peso, e é revertida na proporção de 1:1, ou seja, para cada 1ml de heparina administrada revertese com 1 ampola de protamina. O TCA normal deve estar entre 80 e 120 segundos após a neutralização da heparina.

**Temperaturas em CEC:** A hipotermia ajuda a diminuir necessidades metabólicas do organismo. Este método durante a CEC gera maior segurança e flexibilidade no procedimento, possibilitando a redução dos fluxos de perfusão e de oxigênio sem causar anóxia tecidual, promove maior proteção metabólica e, em relação a acidentes e falhas na bomba coração- pulmão, promove proteção cerebral ao paciente.

**Proteção miocárdica** O metabolismo cardíaco é tão elevado quanto o metabolismo cerebral. O simples fato de o cirurgião realizar o pinçamento transverso da aorta promoverá a interrupção do fluxo sanguíneo para as artérias coronárias tornando o coração imóvel, relaxado e exangue, facilitando as correções cirúrgicas. Entretanto, não conferirá proteção ao tecido miocárdico em relação à isquemia trazendo como consequência desde uma ligeira redução na contração até uma situação irreversível como o infarto do miocárdio agudo ocorrido em cirurgia. A solução cardioplégica deve proteger o coração ao invés de lesá-lo, distribuir-se homoganeamente por todo o miocárdio em quantidades suficientes para produzir o benefício desejado e ter o seu

efeito mantido pelo tempo em que durar o pinçamento aórtico. A composição da cardioplegia contém cloreto de potássio a 19,1% (promoverá a assistolia cardíaca), sulfato de magnésio, lidocaína a 2% sem vasoconstritor, glutamato e aspartato. Existem soluções prontas no comércio, mas dependendo da equipe cirúrgica podem ser acrescentadas substâncias separadamente. Essas medicações serão colocadas no reservatório de cardioplegia e serão misturados ao sangue oxigenado do paciente (cardioplegia sanguínea) ou ao cloreto de sódio 0,9% (cardioplegia cristalóide). A cardioplegia pode ser administrada por via anterógrada, ou seja, na raiz da aorta ou diretamente nos óstios coronarianos. Nesta via a solução cardioplégica percorre a circulação coronariana no sentido normal do fluxo sanguíneo. Alternativamente, a cardioplegia poderá ser administrada por via retrógrada, ou seja, no óstio do seio coronário do átrio direito e percorrendo a circulação coronariana no sentido inverso, sendo recolhida na raiz da aorta. Em casos mais graves de revascularização do miocárdio e de estenose valvar aórtica, a cardioplegia poderá ser realizada tanto anterógrada quanto retrógrada. A cardioplegia ainda pode ser administrada com temperatura ambiente (normotérmica) ou fria (hipotérmica).

**Complicações da circulação extracorpórea** Apesar de seus benefícios significativos, a CEC pode desencadear a síndrome pós-perfusão, em que mediadores bioquímicos se expressam clinicamente desencadeando coagulopatias pela ação do sistema complemento, disfunção de ventrículo esquerdo e isquemia miocárdica pela ação das interleucinas 6 e 8, fibrinólise pela ação de radicais livres, vasoplegia pela ação de cininas, necrose celular pela ação do fator de necrose alfa (TNF $\alpha$ ) e liberação de espécies reativas de oxigênio pela isquemia e reperfusão. Tudo isto pode levar a maior suscetibilidade à infecção, a um quadro mais crítico de insuficiência múltipla de órgãos e até à morte. Mesmo em períodos curtos de CEC a resposta inflamatória induz reações imunológicas que são desencadeadas imediatamente. A CEC pode ainda produzir hemólise devido à má calibração da bomba arterial e dos aspiradores ou devido à duração do procedimento em si. Com o rompimento das hemácias, o seu conteúdo e os restos celulares permanecem na corrente sanguínea induzindo uma resposta inflamatória aguda através da ativação de mediadores inflamatórios do sistema complemento e por meio do estímulo da secreção das interleucinas 1 $\beta$  e 6 e também do TNF $\alpha$ . A relevância da correlação entre resposta inflamatória e hemólise de pacientes submetidos à cirurgia

cardiovascular com CEC no pós-operatório se deve ao fato da possibilidade de surgimento de complicações em vários sistemas, pode influenciar no tempo de ventilação mecânica e de internação na UTI. O trauma da CEC induz uma resposta inflamatória com graus variados de severidade. O contato do sangue com superfície não endotelizada é um dos principais fatores que a desencadeiam e dentre seus potenciais consequências estão insuficiência cardíaca, lesões cerebrais, vasoplegia, coagulopatia, insuficiências renal e respiratória e isquemia mesentérica. A CEC age como agente agressor devido ao desvio de sangue para um circuito artificial. Existem outros fatores lesivos como, por exemplo: heparinização sistêmica do paciente, mudança do regime de fluxo sanguíneo de pulsátil para contínuo, tendência a acidose metabólica, hipotermia controlada, stress mecânico sob os elementos figurados do sangue, hemodiluição sanguínea e a consequente redução dos fatores de coagulação e, por vezes, a necessidade de transfusão sanguínea maciça.

#### **5.3.1.7 – Recomendações**

Os estados que não dispõem de serviços em quantidade suficiente, ou naqueles que inexistem serviços, poderão contar com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), para assegurar o acesso da população aos serviços de alta complexidade cardiovascular em outra Unidade da Federação

#### **5.3.1.8 – Referências**

Finkel, L.A., Espíndola, V.B.P. (2008). *Cirurgia cardíaca pediátrica: O papel do psicólogo na equipe de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Cardiologia, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1169, de 15 de junho de 2004. Instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 210, de 15 de junho de 2004. Conceituou os serviços, estabeleceu prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a Rede de Atenção Cardiovascular, alterada pela Portaria SAS/MS n. 123, de 28 de fevereiro de 2005 e pela Portaria SAS/MS n. 384, de 26 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Livro: *Cirurgia Cardíaca do Adulto*. Número ISBN: 978-85-65318-55-6.

## **5.3.2 – Cardiologia Intervencionista**

### **5.3.2.1 – Assistência de enfermagem antes da realização de procedimentos diagnósticos no serviço de Hemodinâmica**

#### 1. OBJETIVO

Padronizar os passos da Assistência de Enfermagem que devem ser realizados no preparo do paciente para realização de procedimentos no Serviço de Hemodinâmica; Sintetizar e sequenciar a operacionalidade das ações de enfermagem, adequando os recursos materiais e humanos às necessidades assistenciais.

#### 2. MATERIAL

- Esfigmomanômetro;
- Material para Eletrocardiograma;
- Material para Acesso venoso periférico;
- Material para Glicemia Capilar;
- Algodão embebido em álcool à 70%;
- Lençóis e batas de abertura frontal.

#### 3. DESCRIÇÃO

- Atender o paciente e acompanhante/responsável encaminhados pela Central de Regulação, Ambulatório, UTI e clínicas de internamento ou encaminhados de outros serviços hospitalares em caráter eletivo, urgente ou emergente;
- Prestar todas as informações necessárias e coerentes ao paciente, ao acompanhante/responsável e ao público, conforme solicitadas, observando as normas e rotinas do serviço e da Instituição;
- Confirmar o jejum mínimo 6 horas;
- Conferir junto ao paciente/responsável, a suspensão de medicamentos que requeiram controle na administração prévia: anticoagulantes e heparínicos devem ser suspensos previamente de acordo com a orientação médica; Metformina e sildenafil devem ser suspensos dois dias antes; para pacientes que utilizam medicamentos para disfunção renal, o hemodinamicista deve ser comunicado para avaliação;

Hipoglicemiante injetável não deverá ser administrado antes do procedimento caso glicemia capilar esteja menor do que 200 mg/dl; administrar metade da dose usual para valores acima de 200 mg/dl

- Conferir junto ao paciente com antecedentes de alergia, o uso dos medicamentos em dose única pela manhã por três dias consecutivos findando no dia de realização do exame conforme protocolo de dessensibilização (1 comprimido de AllegraR 180mg; 3 comprimidos de prednisona 20mg; 1 comprimido de cloridrato de ranitidina 150mg 2 vezes ao dia) recomendado para os procedimentos eletivos; para procedimentos de urgência, comunicar ao anestesista que participará do procedimento.
- Orientar o paciente, acompanhante/responsável e demais serviços/clínicas hospitalar sobre o procedimento;
- Atender os pacientes agendados para procedimentos por ordem de chegada, e conforme as condições técnicas do serviço, priorizando o atendimento aos portadores de necessidades especiais, crianças, gestantes e idosos;
- Orientar o paciente não apto ao procedimento a buscar reavaliação clínica junto ao seu médico/serviço que o atendeu;
- Registrar a suspensão e/ou adiamento e reagendar o paciente quando for o caso, em conformidade com as normas e rotinas do serviço;
- Realizar triagem clínica e admitir o paciente a ser submetido ao procedimento hemodinâmico;
- Solicitar leitura e assinatura do paciente e familiares do Termo de Consentimento para realização do procedimento, sendo orientado quanto aos potenciais riscos.
- Observar o tipo de patologia e procedimento solicitado para organização do material adequado;
- Acomodar o paciente na Unidade de Recuperação proporcionando-lhe ambiente seguro e confortável;
- Fornecer bata com abertura frontal e orientar a troca de roupa;
- Puncionar acesso periférico preferencialmente em membro superior esquerdo;
- Realizar ECG;
- Verificar glicemia capilar para os diabéticos e /ou quando prescrito pelo médico;
- Verificar pressão arterial não invasiva;
- Avaliar junto ao médico a via de acesso para realização do procedimento hemodinâmico;

- Orientar e/ou realizar a tricotomia da região inguinal bilateral para casos de acesso femoral e/ou falha em outra via;
- Informar ao Serviço de Nutrição e Dietética sobre a dieta do(s) paciente(s)/dia;
- Prestar apoio de enfermagem de acordo com as necessidades do paciente;
- Reforçar as instruções sobre as etapas do procedimento hemodinâmico junto ao paciente;
- Encaminhar/transportar o paciente para a sala de procedimento quando solicitado pela equipe médica;
- Controlar o fluxo de acompanhante(s) de pacientes, de acordo com as normas e rotinas do serviço;
- Controlar a paramentação de sujeitos externos ao serviço quando solicitada a entrada na sala de procedimentos hemodinâmicos;
- Preparar a sala para realização do exame, deixando em fácil acesso materiais a serem utilizados em caso de urgência/emergência. Os materiais a serem utilizados devem ser checados previamente a cada início do plantão (angiógrafo, desfibrilador, carro de anestesia, monitor multiparâmetro, polígrafo, bomba injetora de contraste, disponibilidade e funcionamento dos materiais necessários para intubação, disponibilidade de cilindro de oxigênio, disponibilidade de medicamentos e soluções).

#### 4. REFERÊNCIA

ASSUNÇÃO, M.; OLIVEIRA, A. P. L. **Manual de normas e rotinas de procedimentos endovasculares extracardíacos do Serviço de Hemodinâmica do Hospital Getúlio Vargas**. Terezina-PI; 54p. 2012.

BITENCOURT, M.L.S.; PEREIRA, F.J.R.; SANTOS, D.; DINIZ, E.R.S. O serviço de hemodinâmica e a atuação da equipe de enfermagem: um relato de experiência. In: **Saúde interativa 3**, cap 32. ONE, G.M.C.. IMEA. 2019. 1831 fls. 2019.

CANTARELI, M. J. C. et al. Estudo Hemodinâmico e Cateterismo Cardíaco. In: QUILICI, A. P. et al. **Enfermagem em Cardiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu. 2014.

#### **5.3.2.2 – Assistência de Enfermagem Durante a Realização de Procedimentos Diagnósticos no Serviço de Hemodinâmica**

##### 1. OBJETIVO

Descrever a assistência de enfermagem prestada durante a realização de procedimentos no Serviço de Cardiologia Intervencionista do Hospital Regional de Governador Valadares Sintetizar e sequenciar a operacionalidade das ações de enfermagem, durante a realização de procedimentos hemodinâmicos, adequando os recursos materiais e humanos às necessidades do procedimento.

## 2. MATERIAL

- Angiógrafo;
- Bomba Injetora de contraste;
- Polígrafo;
- Carro de anestesia montado e testado;
- Carrinho de emergência;
- Desfibrilador manual ou Desfibrilador Externo Automático;
- Equipamentos de Proteção individual (EPI's): máscara, touca, luvas, avental de chumbo, óculos plumbífero, protetor de tireóide;
- Monitor multiparâmetro;
- Material para intubação orotraqueal;
- Bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio;
- Medicações urgências (adrenalina, atropina, amiodarona, adenosina);
- Medicações específicas (heparina, protamina, monocordil, clopidogrel, contraste);
- Materiais descartáveis específicos (cateteres endovasculares, introdutores, fios guia, seringa de bomba, manifold, extensores, stents, cateteres balões);
- Bandeja de instrumentais (podendo ser utilizadas as nomeadas na Central de Materiais e Esterelização como hemodinâmica ou bandeja de dissecação) e campos cirúrgicos;
- Soro fisiológico 0,9% 500ml, contraste iônico e não iônico, xilocaína 2% sem vasoconstrictor, escovas de degermação, soluções de clorexidina degermante e alcoólica.

## 3. DESCRIÇÃO

- Receber o paciente na sala de hemodinâmica;
- Acomodar o paciente na mesa de exame, colocando-o em posição supina, proporcionando-lhe segurança e conforto;

- Monitorizar o paciente registrar os parâmetros vitais (oximetria contínua e pressão arterial não invasiva antes de iniciar o procedimento no monitor multiparâmetro; frequência cardíaca e traçados eletrocardiográficos no Polígrafo. Também deve ser realizada a monitorização da Pressão Arterial Invasiva a partir do momento que a via de acesso femoral ou radial for adquirida pelo médico realizador do procedimento);
- Instruir o paciente sobre a movimentação da mesa e a necessidade do mesmo permanecer quieto, evitando contaminação dos campos estéreis que o cobrem;
- Inspeccionar o local de acesso da punção, avaliando as condições do pulso;
- Abrir o Campo Cirúrgico na mesa auxiliar, de forma organizada e conforme técnicas assépticas empregadas;
- Descobrir a região íntima, cobrindo-a em seguida com campo estéril apropriado (via de acesso femoral) ou realizar o preparo do antebraço (para via de acesso radial);
- Realizar a antisepsia da pele do paciente delimitando o campo de acesso da punção vascular em conformidade com a técnica a ser empregada no procedimento;
- Cobrir o paciente com campos estéreis de forma asséptica de acordo com a técnica de acesso a ser empregada;
- Montar o circuito com manifold (torneira de 5 vias): usando como referência a via de acesso, o equipo do contraste deverá ser conectado a via distal, o equipo de solução fisiológica 0,9% deverá ser conectado na saída medial e o extensor para pressão invasiva deverá sair da saída proximal até o transdutor do polígrafo;
- Manter todos os materiais que serão utilizados de forma organizada na mesa; Atentar para queixas, sinais e sintomas sugestivos de complicações e ou reações adversas;
- Atender as solicitações da equipe médica, conforme a necessidade técnica e etapas do procedimento;
- Administrar medicações conforme prescrição médica;
- Recolher os perfuro-cortantes e descartar em local apropriado;
- Recolher o instrumental e encaminhar para o expurgo;
- Higienizar a mesa de exames, a mesa de instrumentação e os cabos do monitor multiparâmetro com compressas e produto químico de uso padronizado pela instituição;
- Acionar o funcionário da higienização para desinfecção concorrente na sala.



#### 4. REFERÊNCIA

BITENCOURT, M.L.S.; PEREIRA, F.J.R.; SANTOS, D.; DINIZ, E.R.S. O serviço de hemodinâmica e a atuação da equipe de enfermagem: um relato de experiência. In: Saúde interativa 3, cap 32. ONE, G.M.C.. IMEA. 2019. 1831 fls. 2019.

CANTARELI, M. J. C. et al. Estudo Hemodinâmico e Cateterismo Cardíaco. In: QUILICI, A. P. et al. Enfermagem em Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu. 2014.

#### **5.3.2.3 – Assistência de Enfermagem Após a Realização de Procedimentos**

##### **Diagnósticos no Serviço de Hemodinâmica**

##### 1. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de Enfermagem que devem ser realizados após a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Hospital Regional de Governador Valadares.

##### 2. MATERIAL

- Carrinho de emergência;
- Desfibrilador manual ou Desfibrilador Externo Automático;
- Monitor multiparâmetro;
- Bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio;
- Material para intubação orotraqueal conforme POP.HMDN.005;
- Medicações urgências (adrenalina, atropina, amiodarona, adenosina);
- Equipamentos de Proteção individual (EPI's): máscara, touca, luvas, avental
- Luva estéril;
- Gazes;
- Fita adesiva hipoalergênica;
- Esparadrapo.

##### 3. DESCRIÇÃO

- Remover campos cirúrgicos dispostos sobre o paciente preservando sua privacidade;
- Em casos de via de acesso radial:
- Auxiliar o médico na retirada do introdutor seja na colocação de pulseira radial ou curativo compressivo. Na utilização de pulseira hemostática, a pulseira será

posicionada cerca de 1cm acima do local de punção seguindo com insuflação do balão com 15mL de ar (A). Retira-se o introdutor (B). Segue com a desinsuflação a cada 3mL, observando-se o início de sangramento (C). Nesse momento, realiza-se nova insuflação com 3mL de ar, e o paciente é mantido com o membro em repouso por 1 hora (D);

- Na realização de curativo compressivo: inicia-se exteriorização do introdutor após insuflação de manguito no braço 10mmHg acima da pressão arterial sistólica do paciente (A). Próximo à exteriorização do introdutor, posiciona-se o curativo 1cm acima da punção e aplica-se pressão manual (B). A seguir, posiciona-se a primeira faixa de compressão (C) e, então completa-se o curativo em “X” (D) (Figura 1)

Figura 1 - Passo-a-passo (ABCD) da compressão de artéria radial com o uso da pulseira hemostática (esquerda). Passo-a-passo (ABCD) da compressão de artéria radial com faixa adesiva de compressão (direita).



FONTE: ASSAF NETO, et al.; 2015

- Em casos de via de acesso femoral:
  - Realizar lavagem e antissepsia das mãos antes do procedimento;
  - Calçar luvas cirúrgicas estéreis;
  - Manter o paciente em decúbito dorsal e horizontal, monitorizado com verificação dos sinais vitais antes da retirada;
  - Palpar o pulso femoral cerca de 2 cm acima do local de inserção do introdutor e retirá-lo em movimento contínuo e único (A – Figura 2);
  - Realizar compressão contínua (manual ou mecânica/instrumental), no local da punção por aproximadamente 30 minutos (no tempo mínimo 15 minutos, observar se ainda há sangramento) (B - Figura 2);

- Realizar curativo compressivo (C - Figura 2) com bandagem reforçada, no nível do acesso vascular percutâneo;

Figura 2 - Passo a passo da retirada do introdutor e compressão manual da artéria femoral (ABC).



Fonte: MEDEIROS (2013).

- Transportar o paciente da mesa de procedimento para a maca/cama mantendo imóvel o membro no qual o procedimento tenha sido realizado e encaminhá-lo para a unidade de recuperação (UR) para casos ambulatoriais (realizado pela equipe de enfermagem); para clínica/hospital de origem, para casos internos e/ou procedentes de outra instituição (realizado pelo maqueiro da instituição ou equipe de ambulância da outra instituição) ou ainda, para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para casos com complicações, gravidade e/ou realização de procedimento terapêutico (transporte realizado pela equipe de enfermagem e anestesista).
- Assistir ao paciente na UR por 6 horas consecutivas (acesso femoral) e/ou 3 horas (acesso radial e braquial);
- Monitorar sinais vitais quando observar manifestações clínicas ou de pacientes que apresentaram intercorrências durante ou após procedimento. Esse registro é realizado no campo Intercorrências do Pós-procedimento ambulatorial do Histórico de Enfermagem do Serviço.
- Atentar para sinais de sangramento no local da punção;
- Oferecer dieta conforme critério médico e aceitação do paciente;
- Orientar o paciente sobre os autocuidados, a saber: após a alta manter o curativo compressivo por 24 horas, retirando-o no dia seguinte pós exame sem necessidade de colocação de outro; procurar assistência médica caso surja sangramento ou sinais de má circulação como dor intensa, arroxamento e dormência do membro; manter

repouso relativo por 24 horas, evitando grandes esforços por 3 (três) dias no membro no qual o procedimento fora realizado;

- Registrar no Histórico de Enfermagem (Anexo A) adotado pelo serviço, todos os dados de interesse técnico administrativo, clínico e assistencial relacionados ao procedimento;
- Protocolar e entregar ao paciente e/ou responsável uma via do Laudo Médico, impressa e/ou gravada em DVD devidamente identificado conforme POP.HMDN.007;
- Protocolar, arquivar e encaminhar aos serviços interessados toda documentação resultante do tramite administrativo (burocrático/informatizado) e assistencial do paciente/procedimento.

#### 4. REFERÊNCIAS

ASSAF NETO, S. et al. Comparação do curativo compressivo vs. pulseira hemostática após cateterização por via radial. Rev Bras Cardiol Invasiva, 2015, v.23, n. 4, p. 271-5.

BITENCOURT, M.L.S.; PEREIRA, F.J.R.; SANTOS, D.; DINIZ, E.R.S. O serviço de hemodinâmica e a atuação da equipe de enfermagem: um relato de experiência. In: Saúde interativa 3, cap 32. ONE, G.M.C.. IMEA. 2019. 1831 fls. 2019.

CANTARELI, M. J. C. et al. Estudo Hemodinâmico e Cateterismo Cardíaco. In: QUILICI, A. P. et al. Enfermagem em Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu. 2014.

EBSERH. Norma Operacional. NO. SGQVS.001. Trata da elaboração e controle de documentos institucionais. 2019.

LIMA, V.C.G.S. Protocolo de cuidados básicos de enfermagem para clientes pós-angioplastia transluminal coronariana. Niterói, 2018. Dissertação (mestrado) Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense.

MEDEIROS, M.F.C. Cuidados Pós-Procedimentos Percutâneos.2013.  
Disponível em <http://marciomedeiros-al.com.br/2013/07/cuidados-posprocedimentos-percutaneos/>

NASCIMENTO, R.; MARCONI, J. Protocolo de Retirada de introdutor vascular femoral do Hospital Santa Rita, 2012.

## **5.4 – Linha de Cuidado da Neurocirurgia/Neurologia**

### **5.4.1 – Introdução**

Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças neurológicas que necessitam ser submetidos a procedimentos neurointervencionistas e/ou neurocirúrgicos em alta complexidade, conforme estabelecido pela Portaria 756.

No SUS, a assistência ao paciente com doença neurológica está prevista na Portaria GM/MS nº. 1.161, que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. Essa Política permite aos Estados e Municípios organizar e desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde, dentre outros fatores, que perpassam pelos níveis de atenção (atenção básica e especializada). Juntamente com esse normativo, foi publicada a Portaria SAS/MS nº. 756, que estabelece as normas de habilitação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e dos Centros de Referência em Neurologia.

### **5.4.2 – Definições**

Diversas são as classificações encontradas na literatura, mas aqui será apresentada algumas dessas definições:

- Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:
- Infecção do sistema nervoso central (SNC) com indicação cirúrgica;
- Malformações arteriovenosas;
- Fístula arteriovenosa;
- Fístula liquórica;
- Hidrocefalia no adulto;
- Aneurismas cerebrais;
- Deformidades craniofaciais;
- Espasmo hemifacial;
- Síndrome pós laminectomia;
- Epilepsia;
- Doença de Parkinson;
- Neurocisticercose.

### **5.4.3 – Público-alvo**

O Protocolo de Neurocirurgia de Alta Complexidade é aplicado em todos os setores, do Hospital Universitário de Canoas (“HU”), que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade.

### **5.4.4 – Objetivos**

#### **5.4.4.1 – Objetivo Geral**

- Avaliar a eficácia do tratamento da patologia na Instituição;
- Apresentar os profissionais o protocolo institucional.

#### **5.4.4.2 – Objetivos Específicos**

- Fornecer aos profissionais uma visão geral sobre uso seguro de medicamentos.
- Identificar políticas e procedimentos nos serviços de saúde destinados a melhorar a segurança a segurança do paciente durante o tratamento.

### **5.4.5 – Recursos Necessários**

#### **5.4.5.1 – Recursos Materiais**

- Prescrição eletrônica e nos casos de falhas no sistema poderá ser utilizada a manual;
- Materiais e equipamentos conforme patologia e necessidades do cliente.

#### **5.4.5.2 – Metodologia**

**URGÊNCIAS** – Define-se com critério de urgência/emergência pacientes com risco de vida ou de morte, que necessitam de procedimento imediato tais como: · Hematomas intracranianos decorrentes de trauma ou espontâneos, com deterioração neurológica; · Trauma raquimedular com déficit neurológico progressivo (com até 72 horas de internação).

**URGÊNCIAS RELATIVAS** – Caracterizam-se neste segmento os pacientes com lesões neurocirúrgicas que não precisam de atendimento de urgência e que devem ficar internados por não receberem alta médica. Esses pacientes ficam condicionados às vagas existentes, devendo ser avaliados em horários pré-definidos ambulatorialmente. Caberá ao neurocirurgião definir procedimento (conduta), orientar a família e redirecionar o paciente mediante relatório, quando for o caso, ou solicitar

internação no hospital de referência. Os exames solicitados para complementação diagnóstica são de responsabilidade da instituição de origem que acolherá o paciente internado.

**ELETIVAS** – Pacientes estáveis, internados ou não em instituições hospitalares, que necessitam de avaliação para diagnóstico e/ou conduta futura. Patologias que se enquadram nesses casos: · Aneurismas cerebrais · Fraturas de coluna cervical, dorsal ou lombar · Hérnias discais · Tumores de qualquer natureza · Mal formação vascular e/ou do sistema nervoso.

**1.1 Infecção do SNC:** Critérios de encaminhamento · Ferida cirúrgica ou traumática infectada de crânio ou coluna; · Abscesso cerebral após atendimento na emergência; · Osteomielite de crânio. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, febre, secreção purulenta, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: RM crânio, hemograma, VHS, PCR, líquido.

**1.2 Malformações Arteriovenosas (Crânio/Medular)** Critérios de encaminhamento · Encaminhar casos com suspeita diagnóstica. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC / RM crânio.

**1.3 Fístulas arteriovenosas do SNC** Critérios de encaminhamento · Encaminhar casos com suspeita diagnóstica. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC / RM crânio.

**1.4 Fístula Liquórica** Critérios de encaminhamento · Todos os casos. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença

ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: RX ou RM crânio ou coluna.

**1.5 Hidrocefalia** Critérios de encaminhamento · Encaminhar casos com suspeita diagnóstica; · Síndrome da hipertensão intracraniana pós-traumática; · Hidrocefalia de pressão normal / Síndrome de Hakim-Adams. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC /RM crânio, estudo do fluxo liquórico.

**1.6 Aneurismas Cerebrais** Critérios de encaminhamento · Aneurisma de artéria carótida interna; · Aneurisma do complexo da artéria comunicante anterior; · Aneurisma da artéria cerebral média; · Aneurisma de artéria basilar; · Aneurisma de artéria cerebelosa pósterio-inferior. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC /RM crânio.

**1.7 Deformidades Craniofaciais** Critérios de encaminhamento · Pacientes com falhas ósseas decorrentes de cirurgia intracraniana prévia ou trauma. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC ou RM crânio, hemograma, coagulograma.

**1.8 Espasmo Hemifacial** Critérios de encaminhamento · Casos diagnosticados com ausência de resposta ao tratamento clínico inicial. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC / RM crânio.

**1.9 Síndrome Pós-Laminectomia** Critérios de encaminhamento · Suspeita diagnóstica; · Ausência de resposta ao tratamento clínico (dor crônica intratável, parestesias, déficit neurológico focal). Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças



associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC / RM da área afetada.

**1.10 Epilepsia** Critérios de encaminhamento · Casos candidatos ao tratamento cirúrgico (crises convulsivas simples ou complexas de difícil controle farmacológico); · Síndrome de Lenox-Gastaut. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC / RM crânio, EEG.

**1.11 Neurocirurgia - AVC - Traumatismo** (Agenda específica) Critérios de encaminhamento · AVC hemorrágico (pacientes que não tiveram investigação diagnóstica para avaliação); · Aneurismas. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC/ RM crânio, arteriografia cerebral, hemograma, coagulograma.

**1.12 Neurocirurgia - Coluna** (Agenda específica) Critérios de encaminhamento · Tuberculose da coluna vertebral; · Síndrome de Chiari; · Doenças da junção craniocervical; · Cordotomias; · Traumatismo raquimedular; · Hérnia de disco com indicação cirúrgica; · Instabilidade da coluna; · Mielopatias. OBS: Encaminhar as patologias acima somente na ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo. Evidências clínicas e complementares · É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso; · Informar laudo de exames já realizados: TC/ RM da área afetada.

### **Atuação da Neurocirurgia no Tratamento do Aneurisma Cerebral**

O aneurisma cerebral também é tratado, em sua fase aguda, pela atuação da Neurocirurgia. Tradicionalmente, este é realizado através da colocação de um clipe metálico que exclui a passagem de sangue para o interior do aneurisma.

Este procedimento é realizado por meio de craniotomia: uma pequena abertura no crânio. O cérebro não é cortado, apenas localizamos a artéria com aneurisma, que geralmente se encontra na região abaixo do cérebro, para que ela seja tratada.

A técnica de embolização endovascular do aneurisma cerebral possibilita uma abordagem terapêutica mais segura e eficaz, com menores taxas de morbidade e de mortalidade.

Mas, é importante considerar que a melhor escolha terapêutica entre as modalidades cirúrgica ou endovascular, tanto para os casos de AVC quanto de aneurisma cerebral, deverá ser analisada pelo médico especialista, levando-se em conta o melhor tipo de abordagem para cada tipo de lesão e as condições do paciente.

#### **5.4.6 – Recomendações**

Quando o paciente for restituído à instituição de origem será feito relatório com informações sobre o procedimento e/ou programação cirúrgica. Havendo necessidade de exames complementares, será informado pelo profissional que atendeu o caso e a necessidade de retorno programado, bem como o setor para nova avaliação (urgência ou eletivo). Os pacientes serão avaliados quando encaminhados pela regulação, porém os procedimentos a serem realizados devem obedecer aos critérios do serviço de referência local, conforme grade de pactuação.

#### **5.4.7 – Indicadores**

Percentual de pacientes atendidos.

#### **5.4.8 – Registros e Documentação**

- Prontuário do paciente;
- Prescrição Médica.

#### **5.4.9 – Referências**

Protocolo De Encaminhamento Para Neurocirurgia Do Complexo Hospitalar Padre Bento. Guarulhos.

Manual de uso do sistema SAIPS – sistema de apoio à implementação de políticas em saúde. rede/programa política de atenção ao portador de doença neurológica

componentes unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia centro de referência de alta complexidade em neurologia. 2016.

### **5.5 – Linha de Cuidado da Rede Cegonha**

O cuidado da Rede Cegonha será implantado pela FUNAM em conformidade com O Decreto Municipal nº 245, de 16 de julho de 2019, transcrito abaixo.

DECRETO Nº 245, DE 16 DE JULHO DE 2019.

Institui o Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde, no Município de Canoas e define sua composição e atribuições.

O PREFEITO MUNICIPAL, no uso das atribuições conferidas pelo inciso IV do art. 66 da Lei Orgânica do Município,

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança no Município; e o memorando nº **2019020693**, de 9 de maio de 2019,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha no Município de Canoas.

Art. 2º A coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha caberá ao Secretário (a) Municipal da Saúde e/ou ao Secretário (a) Adjunto (a) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Parágrafo único. Na ausência do Secretário (a) Municipal da Saúde e/ou ao Secretário (a) Adjunto (a) da Secretaria Municipal da Saúde, a coordenação da Política de Saúde da Mulher do Município ficará responsável pela coordenação do Grupo Condutor.

Art. 3º O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha será integrado pelos representantes das instituições abaixo indicadas:

- I – Secretaria Municipal da Saúde (SMS);
  - a) Gabinete do Secretário (GS);
  - b) Diretoria de Política e Ações de Saúde (DPAS);
    - 1. coordenação de Políticas Públicas da Saúde da Mulher;
    - 2. coordenação de Políticas Públicas da Saúde da Criança e Adolescente;
    - 3. coordenação da Atenção Básica;
  - c) Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) – Vigilância Epidemiológica (Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Município de Canoas);
  - d) Diretoria de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação (DRCAA);
  - e) Diretoria de Políticas e Ações de Saúde Mental (DPASM);
  - f) Diretoria de Relacionamento com o Cidadão (DRC).
- II – Fundação Municipal de Saúde de Canoas (FMSC);
- III – Hospital Universitário Ulbra do Município de Canoas;
  - a) centro Obstétrico;
  - b) pediatria;
  - c) neonatologia;
  - d) pronto atendimento gineco-obstétrico;
  - e) pré-natal de alto risco.
- IV - Conselho Municipal de Saúde do Município de Canoas;

...

Cont. Decreto nº 245, de 2019

fl. 2

Parágrafo único. Os gestores das instituições referidas deverão encaminhar os nomes de seus representantes, titulares e suplentes 1 (um) titular e 1 (um) suplente, à SMS, no prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar da data da publicação deste Decreto.

Art. 4º Os integrantes do Comitê serão designados por ato do Prefeito, após a indicação dos respectivos órgãos, instituições e entidades, podendo ser substituídos a qualquer tempo conforme necessidade/designação da gestão.

Parágrafo único. A representação no Comitê não dará direito à percepção de qualquer espécie de remuneração ou subsídio aos seus membros, sendo as funções consideradas de relevante interesse público.

Art. 5º O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha terá como atribuições:

I – mobilizar e articular gestores e instituições para qualificação da atenção obstétrica e infantil no Município de Canoas;

II – apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e implementação da Rede Cegonha em todos os âmbitos;

III – identificar e apoiar a resolução de possíveis pontos críticos da Rede Cegonha;

IV – monitorar e avaliar a implementação da Rede Cegonha, facilitando os processos e permeando a continuidade dos mesmos;

V – responsabilizar-se por monitorar e fiscalizar as 5 (cinco) fases de operacionalização da Rede Cegonha em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário);

VI – monitorar indicadores municipais da Rede Cegonha;

VII – investigar denúncias pertinentes e tomar as medidas cabíveis de encaminhamento e/ou resolução;

VIII – propor intervenções em âmbito municipal para qualificação dos indicadores;

IX – avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança;

X – elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução da mortalidade materna, infantil e perinatal.

XI – promover e favorecer a articulação e integração entre os setores e profissionais da saúde na qualificação da Rede Cegonha, garantindo o enfoque adequado aos problemas da mortalidade materna, infantil e fetal, que envolve a análise bem como o diagnóstico dos fluxos direcionados, visando o planejamento e organização das intervenções de assistência de saúde de maneira a prevenir novas ocorrências.

Art. 6º O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha se reunirá mensalmente, na terceira quinta-feira de cada mês, podendo ser seus integrantes convocados *ex officio*.

Art. 7º Este decreto entra em vigor data de sua publicação.

MUNICÍPIO DE CANOAS, em dezesseis de julho de dois mil e dezenove (16.7.2019).

Luiz Carlos Busato

Prefeito Municipal

## **5.6 – Linha de Cuidado da Ginecologia e Gestação de Alto Risco**

### **INTRODUÇÃO**

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco”.

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador.

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e

prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem-informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. Como exemplo podemos citar uma mulher diabética, que deve estar bem controlada antes de engravidar.

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.

Na maioria dos casos a presença de um ou mais desses fatores não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora indiquem uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento.

Além disso, atenta-se para uma necessidade maior de ações educativas dirigidas aos

problemas específicos detectados nas gestantes. Em muitos casos, intervenções junto à família e à comunidade podem gerar impactos positivos. No decorrer do acompanhamento das gestantes consideradas de baixo risco, deve-se atentar para o aparecimento de algum desses fatores no curso da gestação.

Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em:

### **1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:**

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos\*;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura;
- Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

### **2. História reprodutiva anterior:**

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;



- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

### **3. Condições clínicas preexistentes:**

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco:

#### **1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.**

#### **2. Doença obstétrica na gravidez atual:**

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclampsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

#### **3. Intercorrências clínicas:**

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Todos os profissionais que prestam assistência a gestantes devem estar atentos à existência desses fatores de riscos e devem ser capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar o momento em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais.

As equipes de saúde que lidam com o pré-natal de baixo risco deve estar preparadas para receber as gestantes com fatores de risco identificados e prestar um primeiro atendimento e orientações no caso de dúvidas ou situações imprevistas.

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco é importante que a gestante seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento. Por sua vez esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante por meio de contrarreferência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar.

O estabelecimento dessa comunicação dinâmica entre os serviços é importante porque a gestante tem maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica, até mesmo pela proximidade ao seu domicílio, possibilitando que as Equipes de Saúde da Família possam ofertar a essas gestantes acolhimento e apoio, por meio da identificação e ativação da rede de suporte familiar e social, participação em atividades educativas individuais e em grupo, reforço para frequência nas consultas especializadas e maior adesão aos tratamentos instituídos, além do primeiro atendimento na suspeita de intercorrências, nos casos em que o acesso da gestante aos serviços especializados seja difícil.

### **Hipertensão arterial**

Pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas. Considera-se pressão sistólica o primeiro ruído (aparecimento do som)

e a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff (desaparecimento do som).

A pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Se for consistentemente mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas.

Para a medida da pressão arterial, deve-se dar preferência aos aparelhos de coluna de mercúrio ou aneroides calibrados. Os aparelhos automáticos (digitais) só devem ser utilizados se forem corretamente validados para uso em pré-eclâmpsia.

### **Proteinúria**

A proteinúria é definida como a excreção de 0,3g de proteínas ou mais em urina de 24 horas, ou 1+ ou mais na fita em duas ocasiões, em uma determinação de amostra única sem evidência de infecção. Devido à discrepância entre a proteinúria de amostra única e a proteinúria de 24 horas na pré-eclâmpsia, o diagnóstico deve ser baseado em exame de urina de 24 horas. Outra alternativa é a relação proteína/creatinina urinária em coleta única de urina. Nessa técnica, o resultado da divisão do valor da proteinúria pela creatinina urinária (em mg/dL)  $\geq 0,3$  tem uma boa correlação com a proteinúria na urina de 24 horas  $\geq 0,3$ g.

### **Plaquetopenia**

Menos de 100.000/mm<sup>3</sup>, com maior gravidade quando menor que 50.000/mm<sup>3</sup>.

### **Elevação de enzimas hepáticas**

- Aspartato aminotransferase (AST) ou Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO) e Alanina aminotransferase (ALT) ou Transaminase Glutâmico Pirúvico (TGP)  $>60$ U/L, e
- Desidrogenase láctica (DHL)  $>600$ U/L.

### **Anemia microangiopática**

- Bilirrubina acima de 1,2mg/dL, e
- Presença significativa de esquizócitos em sangue periférico ( $>5\%$  no

campomicroscópico).

## **Classificação das síndromes hipertensivas da gravidez**

### **Hipertensão crônica**

Observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto.

### **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia**

**Um aumento de 30mmHg na pressão sistólica ou 15mmHg na diastólica quando os valores absolutos estejam abaixo de 140/90mmHg não deve ser usado como critério diagnóstico. Na presença de um aumento de 30mmHg na sistólica ou 15mmHg na diastólica, deve-se fazer medidas de pressão e consultas mais frequentes, com observação mais atenta, especialmente se houver proteinúria e hiperuricemia (ácido úrico maior ou igual a 6mg/dL).**

Hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas.

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento.

Considera-se grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg
- Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia ( $<100.000/\text{mm}^3$ )

- Aumento de enzimas hepáticas (AST ouTGO, ALT ouTGP, DHL) e de bilirrubinas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

- Acidente vascular cerebral
- Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose
- Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio

**A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato.**

### **Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica**

É o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal.

Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas <100.000/mm<sup>3</sup>) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas.

### **Hipertensão gestacional (sem proteinúria)**

Como a proteinúria pode aparecer tardiamente, o diagnóstico será retrospectivo, sendo necessário afastar pré-eclâmpsia. Deve-se seguir as condutas clínicas e obstétricas recomendadas para pré-eclâmpsia.

- (1) hipertensão transitória da gravidez: a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo) ou
- (2) hipertensão crônica: a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto.

**O edema ocorre com muita frequência em gestantes e por isso não deve ser usado como discriminador neste esquema de classificação.**

### **Diagnóstico diferencial**

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas da gravidez se baseia na classificação. Em algumas situações outras investigações devem ser realizadas para contribuir para um maior esclarecimento:

**Gestantes de alto risco que apresentam pressão arterial normal:**

- História de aumento da pressão antes da concepção ou em gestação prévia, especialmente antes de 34 semanas;
- Diabetes, doença do colágeno ou doença renal vascular ou parenquimatosa;
- Mulheres com gestação múltipla.

Realizar precocemente na gravidez para comparação posterior: hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, creatinina, ácido úrico. A presença de proteinúria 1+ ou mais em amostra única de urina deve ser seguida de uma determinação da proteinúria de 24 horas e cálculo do clearance de creatinina. Nestas gestantes também deve ser realizada uma datação acurada da idade gestacional, de preferência com ultrassonografia precoce. Deve-se realizar ainda um exame de ultrassonografia adicional com 25 – 28 semanas para avaliação do crescimento fetal.

**Gestantes que apresentam hipertensão antes de 20 semanas de gestação:**

A maioria destas gestantes têm ou irá desenvolver hipertensão essencial. Mulheres jovens com hipertensão preexistente ou gestacional precoce devem ser submetidas à avaliação de hipertensão secundária (doença renal, hipertensão renovascular, aldosteronismo primário, síndrome de Cushing e feocromocitoma). Deve-se realizar os mesmos exames acima descritos.

**Gestantes que apresentam hipertensão após a segunda metade da gravidez ou que apresentam agravamento de hipertensão prévia**

O Quadro 1 sumariza os exames laboratoriais e a justificativa para realizá-los de duas em duas semanas ou mais frequentemente se as circunstâncias clínicas levam à hospitalização da gestante. Servem para distinguir a pré-eclâmpsia da hipertensão crônica, assim como para avaliar o progresso e a gravidade da doença. Em mulheres

com pré-eclâmpsia, uma ou mais anormalidades podem estar presentes mesmo quando a elevação da pressão arterial for mínima.

<b>Quadro 1. Avaliação laboratorial e sua justificativa para gestantes que desenvolvem hipertensão após a segunda metade da gravidez ou que apresentam agravamento de hipertensão prévia.</b>	
<b>Exame</b>	<b>Justificativa</b>
Hemoglobina e hematócrito	A hemoconcentração apoia o diagnóstico de pré-eclâmpsia e é um indicador de gravidade. Os valores podem estar diminuídos, entretanto, se a doença se acompanhada de hemólise.
Contagem de plaquetas	A trombocitopenia sugere pré-eclâmpsia.
Quantificação da excreção de proteína na urina	Hipertensão na gravidez com proteinúria deve ser considerada pré- eclâmpsia (pura ou sobreposta) até prova em contrário.
Nível sérico de creatinina	Níveis anormais ou em elevação da creatinina, especialmente com oligúria, sugerem pré-eclâmpsia grave.
Nível sérico de ácido úrico	Níveis séricos aumentados de ácido úrico sugerem o diagnóstico de pré-eclâmpsia e correlacionam-se com restrição de crescimento intrauterino.
Níveis séricos de transaminases	Níveis séricos de transaminases em elevação sugerem pré-eclâmpsia grave com envolvimento hepático.
Nível sérico de albumina , desidrogenase lática, esfregaço sanguíneo e perfil de	Em gestantes com doença grave, estes exames indicam a ex- tensão da lesão endotelial (hipoalbuminemia), a presença de hemólise e possível coagulopatia, incluindo trombocitopenia.

coagulação (TAP, KPTT ou coagulograma).	
---	--

## Conduta nas síndromes hipertensivas da gravidez

### Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia

A presença de aumento rápido de peso, edema facial ou outros sintomas sugestivos da doença requerem uma monitoração mais rigorosa da pressão arterial e a detecção de proteinúria. Se a pressão começar a aumentar, a gestante deve ser reavaliada dentro de 1 a 3 dias. Assim que se tiver o diagnóstico (ver classificação), a conduta dependerá da gravidade e da idade gestacional.

#### Pré-eclâmpsia leve

As gestantes com **pré-eclâmpsia leve**, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo.

Na **avaliação das condições maternas** deve constar:

- PA de 4/4h durante o dia;
- Pesagem diária;
- Pesquisa de sintomas de iminência de eclâmpsia:
- Cefaleia frontal ou occipital persistente;
- Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose);
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhada ou não de náuseas e vômitos;
- Hiper-reflexia;
- Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas;
- Hematócrito e plaquetas;
- Provas de função renal e hepática.

Não há necessidade de tratamento medicamentoso.

#### Avaliação das condições fetais:

- Contagem de movimentos fetais diariamente;



- Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, repetir o teste a cada três semanas;
- Cardiotocografia basal (CTB), se disponível. Se a CTB for reativa, repetir semanalmente;
- A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrerem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta.

Nas gestações pré-termo, o controle ambulatorial pode ser iniciado após a hospitalização se confirmadas condições materno-fetais estáveis, com as seguintes recomendações:

- Consultas semanais;
- Repouso relativo (evitar grandes esforços);
- Pesar diariamente pela manhã;
- Proteinúria na fita semanalmente pela manhã;
- Medir a pressão arterial pelo menos uma vez ao dia.

A presença dos seguintes sinais e sintomas demanda **retorno imediato ao hospital**:

- PA  $\geq$  150/100mmHg;
- Proteinúria na fita ++ ou mais;
- Aumento exagerado de peso;
- Cefaleia grave e persistente.
- Dor abdominal persistente, principalmente na região epigástrica e hipocôndrio direito;
- Sangramento vaginal;
- Presença de contrações uterinas regulares;
- Presença de distúrbios visuais como diplopia, fotofobia, escotomas etc.;
- Náusea ou vômitos persistentes;
- Diminuição dos movimentos fetais.

**Indicações para o parto**

A antecipação do parto é o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia e as indicações estão no quadro abaixo:

<b>Quadro 2. Indicações para o parto na pré-eclâmpsia</b>	
<b>Maternas</b>	<b>Fetais</b>
Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade.	Restrição grave do crescimento fetal.
Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes.	Suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal.
Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos.	Oligohidrânio (Índice de líquido amniótico <math><p10</math> para a idade gestacional).
Contagem de plaquetas <math><100.000/mm^3</math>.	Idade gestacional confirmada de 40 semanas.
Deterioração progressiva da função hepática.	
Deterioração progressiva da função renal.	
Suspeita de descolamento de placenta.	
Trabalho de parto ou sangramento.	

### **Pré-eclâmpsia grave**

As gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais (vide Quadro 3). Avaliar necessidade de transferência para unidade de referência, após a estabilização materna inicial.

Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas de gestação, devem ser preparadas para interrupção da gestação.

A conduta conservadora pode ser adotada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 33:6 semanas, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. As gestantes nessas condições devem ser admitidas e observadas por 24 horas para determinar a elegibilidade para a conduta e nesse período serão manejadas como se segue:

- Administração de sulfato de magnésio (ver adiante);
- Uso de corticoide (betametasona 12mg, a cada 24 horas, 2 aplicações IM);
- Administração de anti-hipertensivos de ação rápida (Hidralazina ou Nifedipina);
- Infusão de solução de Ringer lactato a 100-125ml/h;
- Exames laboratoriais: hemograma completo com plaquetas, creatinina sérica, ácido úrico, AST/TGO, ALT/TGP, desidrogenase láctica, proteinúria de 24 horas;
- Dieta suspensa (permitir pequenas ingestões de líquidos claros e medicação oral).

Após o período inicial de observação, confirmando-se a elegibilidade materno-fetal para a conduta expectante, adota-se o seguinte:

- Interrupção do sulfato de magnésio;
- Determinação da PA a cada 4-6 horas;
- Contagem de plaquetas diariamente;
- TGO/ AST, ALT/TGP, creatinina e bilirrubina de 2 em 2 dias;
- Repetir a proteinúria de 24 horas semanalmente;
- Uso de medicação anti-hipertensiva para manter a pressão entre 140/90 e 150/100mmHg (Alfametildopa até 2g, associada a Nifedipina, ou Betabloqueador, ou Hidralazina);
- Se as condições maternas estão estáveis, realizar CTB diariamente e PBF duas vezes por semana;
- Avaliação do crescimento fetal por ultrassonografia a cada duas semanas;
- Doppler fluxometria fetal semanalmente.

Nas gestantes em manejo conservador, o parto deve ser realizado pela via apropriada de acordo com os critérios delineados nos quadros 3 e 4.

<b>Quadro 3. Critérios para antecipação terapêutica do parto segundo as condições <u>maternas</u> na pré-eclâmpsia <u>grave</u> longe do termo</b>	
<b>Conduta</b>	<b>Achados Clínicos</b>
Antecipação do parto	Um ou mais dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressão arterial persistentemente <math>\geq 160/110</math>mmHg apesar de doses máximas de duas medicações anti-hipertensivas;</li> <li>• Evolução para eclâmpsia;</li> <li>• Plaquetas <math>&lt; 100.000/\text{mm}^3</math>;</li> <li>• TGO ou TGP <math>&gt; 2x</math> acima do limite de normalidade com dor epi- gástrica ou em hipocôndrio direito;</li> <li>• Edema pulmonar;</li> <li>• Elevação progressiva da creatinina sérica;</li> <li>• Oligúria (diurese <math>&lt; 25\text{ml/hr}</math>);</li> <li>• Proteinúria maciça <math>&gt; 5\text{g}/24</math> horas;</li> <li>• Descolamento de placenta;</li> <li>• Cefaleia ou distúrbios visuais persistentes.</li> </ul>
Expectante	Nenhum dos achados acima.

## **Eclâmpsia**

A ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais.

### *Cuidados Gerais*

- Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível;

- Decúbito elevado a 30° e face lateralizada;
- Cateter nasal com oxigênio (5l/min);
- Punção de veia central ou periférica calibrosa;
- Cateter vesical contínuo.

A conduta obstétrica visa à estabilização do quadro materno, à avaliação das condições de bem-estar fetal e a antecipação do parto, em qualquer idade gestacional. Após a estabilização do quadro, iniciar os preparativos para interrupção da gestação.

### *Terapia anticonvulsivante*

A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir:

- Gestantes com eclampsia;
- Gestantes com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas;
- Gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação;
- Gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente).

O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.

### *Dose do sulfato de magnésio*

Dose de ataque – 4,0g (8,0ml de sulfato de magnésio a 50% com 12,0ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular em cada nádega.

Dose de manutenção – 1,0g/hora (10ml de sulfato de magnésio a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 2,0g/hora (20ml de sulfato de magnésio a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em

bomba de infusão) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas.

#### *Cuidados com o uso do sulfato de magnésio*

- A administração da dose de manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.
- Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração intramuscular.
- O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória, apesar desta raramente ocorrer quando são devidamente observadas as normas de aplicação e vigilância do sulfato de magnésio.
- Na recorrência de convulsões, utiliza-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade

de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenil-hidantoína, segundo o esquema:

*Dose de ataque:* 250mg + SG 5% 250ml IV em gotejamento até completar a dose total de 750mg.

*Dose de manutenção:* 100mg 8/8h IV e, a seguir, 100mg 8/8 h VO, até a alta.

#### **Tratamento da hipertensão aguda**

A terapia anti-hipertensiva deve ser adotada para níveis de pressão diastólica persistentemente acima de 105 ou 110mmHg. Em gestantes adolescentes cujos níveis anteriores estavam abaixo de 75mmHg deve-se considerar o tratamento para níveis acima de 100mmHg. Ver quadro 5 abaixo.

#### **Quadro 5. Tratamento da Hipertensão Aguda Grave na Pré-eclâmpsia**

**PA =160mmHg sistólica e/ou =105mmHg diastólica se persistente**

Nifedipina: Comece com 10mg oral e repita em 30 minutos se necessário. **OU**

Hidralazina: Comece com 5mg (IV) ou 10mg (IM). Se a pressão não controlar (queda de 20% nos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100mmHg), repita a intervalos de 20 minutos (5 a 10mg dependendo da resposta). Assim que a pressão estiver controlada, repita se necessário (geralmente em 3 horas). Se não houver controle após 20mg IV ou 30mg IM, considerar outra droga.

O Nitroprussiato de Sódio às vezes é necessário para a hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Comece a uma taxa de 0,25 microgramas/kg/min até uma dose máxima de 5 microgramas/kg/min. O envenenamento cianídrico fetal pode ocorrer se usado por mais de 4 horas. O seu uso está restrito às **unidades de terapia intensiva**.

**Precauções**: Hipotensão rápida e grave pode resultar da administração de qualquer uma das drogas acima, especialmente a nifedipina de ação rápida. O objetivo do controle da pressão em situações de emergência é o controle gradual da hipertensão até os níveis normais (130/80mmHg a 150/100mmHg). Na presença de hipotensão grave manejar com a infusão rápida de cristaloides.

## Via de parto

O parto vaginal é preferível à cesariana para mulheres com pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, desse modo evitando o estresse adicional de uma cirurgia em uma situação de alterações fisiológicas múltiplas. Medidas paliativas por várias horas não aumentam o risco materno se realizadas de forma apropriada. A indução do parto deve ser realizada de forma intensiva assim que a decisão para a interrupção for tomada. Em gestações longe do termo nas quais o parto é indicado e com condições maternas

estáveis o suficiente para permitir que a gravidez possa ser prolongada por 48 horas, os corticoides devem ser administrados para acelerar a maturidade pulmonar fetal. A abordagem intensiva para a indução inclui um ponto final claro para o parto, de cerca de 24 horas após o início do processo. Em gestações  $\geq 34$  semanas com colo imaturo, recomenda-se realizar amadurecimento cervical sob monitoração intensiva. Se o parto vaginal não puder ser efetuado dentro de um período razoável de tempo, deve-se realizar a cesariana.

A anestesia neuraxial (epidural, espinhal ou combinadas) deve ser a técnica de eleição para o parto (vaginal ou cesárea), devendo-se evitar bloqueio motor no caso do parto vaginal. Na cesariana deve-se evitar a hipotensão por meio de técnica adequada e uso cuidadoso de expansão de volume. Deve-se discutir com o anestesiológico a melhor técnica de acordo com o estado da gestante. Nos casos de Síndrome *Hellp*, adotar anestesia geral.

### **Seguimento pós-parto**

Mulheres que desenvolvem hipertensão na gravidez devem ser cuidadosamente avaliadas nos meses imediatamente após o parto e aconselhadas a respeito de futuras gestações e risco cardiovascular. Qualquer anormalidade laboratorial ou achado físico que não retorne ao normal antes da alta deve ser reavaliado na consulta de puerpério. A expectativa é que a hipertensão e outros sinais e sintomas ou disfunção orgânica associados à pré-eclâmpsia terão remissão seis semanas após o parto. Se as anormalidades persistirem, as gestantes deverão ser reexaminadas após seis semanas e, se a patologia mantiver, provavelmente tornou-se crônica.

### **Síndrome HELLP**

É o quadro clínico caracterizado por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP = low platelets

**Classificação Síndrome HELLP COMPLETA  $< 100.000$  plaquetas/ml DHL  $\geq 600$ UI/L e/ou BILIRRUBINA  $1,2$ mg/dL /ou esquizócitos TGO  $\geq 70$ UI/L INCOMPLETA Apenas um ou dois acima presentes**



count “)”. Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.

## **Conduta**

A conduta a seguir representa uma abordagem básica do manejo de gestantes com síndrome

*HELLP.*

*Antecipação do diagnóstico*

Em toda gestante com suspeita de pré-eclâmpsia, os testes laboratoriais apropriados devem ser solicitados. Nas fases iniciais, apenas alterações moderadas na contagem de plaquetas e nos níveis de transaminases e desidrogenase láctica podem estar presentes. As seguintes alterações indicam uma chance de mais de 75% de morbidade materna grave: DHL >1.400UI/L, TGO >150UI/L, TGP >100UI/L e ácido úrico >7,8 mg/dL. A presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna.

## ***Avaliação das condições maternas***

A triagem laboratorial básica para as gestantes com suspeita de síndrome *HELLP* é hemograma completo com plaquetas, urinálise, creatinina sérica, DHL, ácido úrico, bilirrubinas e transaminases. Os testes de tempo de protrombina, tempo de trombo-plastina parcial e fibrinogênio são reservados para aquelas mulheres com uma contagem de plaquetas abaixo de 100.000/ml. Outras avaliações como teste de Coombs para anemia hemolítica, lúpus eritematosos e pancreatite podem ser necessários dependendo das circunstâncias. Gasometria, oximetria de pulso, radiografia de tórax, cultura de urina e testes para hepatite poderão ser realizados dependendo da indicação. A avaliação serial da contagem de plaquetas, DHL e enzimas hepáticas deve ser feita a cada 12-24 horas ou mais frequentemente, se necessário.

### **Diagnóstico diferencial da Síndrome**

#### **HELLP:**

Hepatite virótica, cólica biliar, refluxo gastroesofágico, colecistite, lúpus eritematosos, úlcera gástrica, insuficiência renal aguda pós-parto, síndrome hemolítico-urêmica, púrpura trombocitopênica trombótica e púrpura trombocitopênica autoimune.

Condições que erroneamente podem ser confundidas com síndrome HELLP: Cardiomiopatia, aneurisma dissecante de aorta, intoxicação aguda por cocaína, hipertensão essencial e doença renal, fígado gorduroso agudo, doença da vesícula biliar, glomerulonefrite, lúpus eritematosos e doença hepática alcoólica.

#### ***Avaliação das condições fetais: parto imediato ou mais tardiamente?***

Após a admissão, a idade gestacional deve ser confirmada e o estado fetal avaliado por cardiocotografia basal e/ou perfil biofísico e preferencialmente por doppler-fluxometria. As gestantes com gestação  $\geq 34$  semanas e todas com síndrome HELLP devem ser preparadas para parto vaginal ou abdominal dentro de 24 horas. Aquelas com gestações entre 24 e 34 semanas devem fazer uso de corticoide, mesmo se o parto não puder ser adiado pelo período ideal de 24–48 horas.

#### **Controle da pressão arterial**

Tratar a pressão sistólica  $\geq 150$ mmHg e manter a pressão diastólica entre 80-90mmHg.

#### ***Prevenção das convulsões com sulfato de magnésio***

Dose de ataque de 4-6g por via intravenosa seguida de dose de manutenção de 1,5-4g/hora individualizada de acordo com a gestante. Monitorar reflexos patelares e débito urinário. A infusão deve ser continuada por 48 horas no puerpério.

#### ***Manejo de fluidos e eletrólitos***

Um regime de fluidos recomendado é alternar [glicose a 5% com solução salina meio

a meio e solução de Ringer lactato a 100ml/hora, para manter um débito urinário de pelo menos 20ml/hora (de preferência 30-40ml/hora). A dose máxima de infusão deve ser 150ml/hora. A dosagem de eletrólitos pode ser realizada com os ajustes diários necessários. Na presença de oligúria, deve-se fazer uma ou duas infusões rápidas de 250-500ml de fluidos.

### ***Utilização criteriosa de sangue e hemoderivados***

A transfusão de plaquetas deve ser realizada para uma contagem de plaquetas de 50.000/ $\mu$ l ou menos em caso de parto por via abdominal. Seis unidades de plaquetas devem ser administradas imediatamente antes da incisão.

### ***Manejo do trabalho de parto e parto***

Em gestantes com gestações  $\leq$  34 semanas, a via de parto preferencial é a via abdominal, sendo a opção pela via vaginal também factível dependendo das condições maternas e amadurecimento cervical que permitam indução rápida do parto.

### ***Tratar a gestante intensivamente no pós-parto***

Todas as gestantes com síndrome *HELLP* devem ser tratadas em uma unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados intermediários por quantas horas forem necessárias até que (1) a contagem de plaquetas demonstre uma tendência consistente de elevação e a DHL uma tendência consistente de diminuição, (2) a gestante tenha uma diurese de  $> 100$  ml/hora por duas horas consecutivas sem infusão adicional rápida de fluidos ou sem diuréticos, (3) a hipertensão esteja bem controlada, com sistólica em torno de 150 mmHg e a diastólica  $<100$  mmHg e (4) a melhora clínica seja óbvia e não haja complicações significativas. A contagem de plaquetas e dosagem de DHL deverá ser realizada de 12/12 horas até a transferência da gestante para a enfermaria normal. O uso de dexametasona deverá ser continuado no pós-parto na dose de 10 mg de 12/12 horas até que a contagem de plaquetas seja

$>100.000/\mu$ L, a DHL diminua, o débito urinário seja  $>100$ ml/hora e a gestante esteja clinicamente estável. Depois, a dose será diminuída para 5mg de 12/12 horas, por mais duas doses.

*Alerta para o desenvolvimento de falência sistêmica de múltiplos órgãos*

As mulheres com piora dos parâmetros da síndrome HELLP apresentam risco elevado de morbidade e mortalidade. As complicações que podem surgir são: rotura de hematoma hepático, insuficiência renal aguda, lesão pulmonar aguda e síndrome de angústia respiratória. A intubação e ventilação assistida podem ser necessárias em algumas gestantes.

*Aconselhamento sobre gestações futuras*

O risco de recorrência da síndrome HELLP pode variar de 19 a 27%. Se a gestação anterior terminou antes de 32 semanas, o risco de pré-eclâmpsia/eclâmpsia em uma gestação subsequente pode ser de até 61%. Outras populações podem apresentar um risco de recorrência de apenas 3-4%.

### **Hipertensão crônica**

O quadro 6 apresenta a classificação da pressão em adultos.

<b>Quadro 6. Classificação da pressão arterial para adultos com 18 anos ou mais de idade</b>		
<b>Pressão arterial, mmHg.</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>
Normal	<120 e	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão:		
Estágio 1	140-159 <b>ou</b>	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

Se a hipertensão for confirmada e particularmente se ela for estágio 2, a mulher deve ser avaliada para causas potencialmente reversíveis. Se estiver em uso de inibidores

da enzima de conversão da Angiotensina (ex.: Captopril) ou de antagonistas de receptores A II (ex.: Losartana), os mesmos devem ser descontinuados.

Mulheres com história de hipertensão por muitos anos devem ser avaliadas para lesões de órgãos-alvo, incluindo hipertrofia ventricular, retinopatia e doença renal.

Mulheres com hipertensão estágio 1 e sem repercussões em órgãos-alvo podem ser acompanhadas no nível secundário de assistência. Raramente necessitarão de terapia medicamentosa. Devem ser orientadas para mudanças no estilo de vida, como a restrição das atividades no trabalho e em casa e a abstenção de exercícios rigorosos. A redução do peso, mesmo em obesas, não é recomendada. A ingestão de sódio deve ser restrita a 2,4g diariamente (uma ponta de bocal de caneta Bic = 1,0g). As que estiverem em dieta mais restrita de sal devem ser mantidas como tal.

A presença de hipertensão estágio 2 ou repercussões em órgãos-alvo requer assistência em nível terciário. As crises hipertensivas devem ser manejadas conforme a seção de pré-eclâmpsia.

### ***Tratamento medicamentoso***

Os valores de pressão (em mmHg) para manutenção ou reinstituição da terapia medicamentosa são 150 a 160 para a sistólica ou 100 a 110 para a diastólica ou a presença de lesão em órgãos-alvo como hipertrofia ventricular esquerda ou insuficiência renal. As gestantes que estiverem bem controladas com medicação anti-hipertensiva antes da gravidez podem ser mantidas com os mesmos agentes, com exceção dos inibidores da enzima de conversão da Angiotensina e dos antagonistas de receptores A II.

### ***Avaliação fetal***

Se não houver pré-eclâmpsia ou se a pré-eclâmpsia não estiver sobreposta, não há necessidade de avaliação fetal extensa. Um exame ultrassonográfico para avaliação da idade gestacional deve ser feito entre 18 e 20 semanas e o crescimento fetal avaliado posteriormente por nova avaliação ultrassonográfica entre 28 e 32 semanas e a seguir mensalmente até o termo. Se houver evidência de crescimento fetal restrito ou se a pré-eclâmpsia não puder ser excluída, o bem-estar fetal deve ser avaliado

pelos testes usuais (dopplerfluxometria de preferência). Se não houver pré-eclâmpsia e o feto estiver crescendo normalmente, não há necessidade de testes adicionais.

### ***Tratamento da hipertensão após o parto***

Se a pressão antes da gravidez era normal ou desconhecida, interromper a medicação três a quatro semanas após o parto e observar a cada uma a duas semanas por um mês, depois a cada 3–6 meses por um ano. Se a hipertensão recorrer, deve ser tratada.

## **REFERÊNCIAS**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

### **5.7 – Linha de Cuidado da Obesidade**

#### **5.7 – Linha de Cuidado da Obesidade**

Nas últimas décadas, a prevalência de obesidade aumentou de forma considerável em todos os países do mundo. Os dados da VIGITEL (2012) demonstram que no conjunto da população adulta das 27 capitais, a prevalência de adultos obesos, no período de 2006 a 2012, passou de 15% para 17,4%. No sexo masculino, a prevalência da obesidade foi de 16,5%; e entre as mulheres, a obesidade atinge 18,2%. Considerando o avanço do sobrepeso e da obesidade, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações e estratégias visando ao enfrentamento do cenário epidemiológico que se configura no Brasil.

A organização das ações de prevenção e de tratamento do sobrepeso e da obesidade visa fortalecer e qualificar a atenção à população, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, ofertando infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos. Isso se dará por meio de ações de promoção à alimentação adequada e saudável, de práticas corporais e de

atividades físicas adequadas, da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Em relação a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade a FUNAM promoverá a instalação da unidade de cuidado a nível hospitalar em conformidade aos dispostos na Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 e suas diretrizes.

O Hospital Universitário de Canoas (“HU”) estará habilitado na Alta Complexidade dos serviços destinados aos pacientes com Obesidade e realizará as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos indivíduos com obesidade, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

### **5.7.1 – Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade – Protocolo Nutricional**

#### **5.7.1.1 – Introdução**

A obesidade é caracterizada pelo excesso relativo ou absoluto de gordura corporal, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos ou endocrinometabólicos (ALVARENGA et al., 2015).

Há um aumento significativo da prevalência da obesidade em diversas populações do mundo, incluindo o Brasil (ABESO, 2016). O problema aumentou no Brasil entre os anos de 1974/1975 e 2008/2009, de 2,4 para 14,65% entre adultos e de 1,1 para 9,9% entre adolescentes de 10 a 19 anos ultrapassando os padrões internacionais (ALVARENGA et al., 2015).

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais (ABESO, 2009). O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade, devido a fatores determinantes como diminuição dos níveis de atividade física e aumento da ingestão calórica (ABESO, 2016). Porém, deve-se entender que a problemática perpassa também por aspectos socioculturais como o estigma relacionado à obesidade e que estratégias que abarcam o contexto biológico e psicossocial são fundamentais para abordar toda essa complexidade (ALVARENGA et al., 2015).

Procedimentos de cirurgia bariátrica são indicados para pacientes com obesidade clinicamente grave, sendo o mais bem sucedido e durável tratamento (MECHANICK et al., 2013).

A cirurgia bariátrica é um conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, destinadas à promoção da redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade (SBCB, 2006).

O acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica é de suma importância. Segundo Alvarenga et al. (2015), estratégias de aconselhamento nutricional que trabalham a mudança comportamental podem promover um tratamento mais eficiente, pois incluem aspectos fisiológicos, sociais e emocionais da alimentação, possibilitando a mudança consistente do comportamento alimentar. Este manual descreve todas as etapas de atendimento da Nutrição no Serviço de Cirurgia Bariátrica do HU ao paciente com obesidade, no período perioperatório.

#### **5.7.1.2 – Definições**

**Investigação dietética:** Consiste no cálculo das calorias e proteínas ingeridas ou infundidas no paciente.

**Investigação antropométrica:** É a medida do tamanho corporal e de suas proporções. É um dos indicadores diretos do estado nutricional.

**Investigação bioquímica:** Uso dos indicadores bioquímicos na avaliação do estado nutricional, como a utilização de algumas drogas, condições ambientais, estado fisiológico, estresse, lesão, inflamação.

**Exame físico:** É um método clínico utilizado para detectar sinais e sintomas associados à desnutrição.

#### **5.7.1.3 – Objetivos**

##### **Objetivo Geral**

Tem como objetivo a intervenção dietética é reduzir a gordura corporal para uma condição que seja acompanhada de melhora no estado de saúde ou consistente com a redução dos riscos de complicações.

##### **Objetivo Específico**



Avaliar o estado nutricional, identificar distúrbios nutricionais e possibilitar a intervenção nutricional adequada.

#### **5.7.1.4 – Dieta e Suprimento no Pré-operatório**

A avaliação pré-operatória dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica deverá ser realizada pela equipe multidisciplinar com o objetivo de informar sobre os riscos, benefícios e opções de técnicas cirúrgicas disponíveis.

A conduta nutricional no pré-operatório divide-se em 3 etapas:

**Avaliação antropométrica** – na qual será avaliada a compleição física através de peso, altura, circunferências e por vezes: bioimpedância elétrica, dobras cutâneas e calorimetria;

**Avaliação bioquímica** – a partir de exames laboratoriais (de sangue) e exame de imagem: ultrassonografia de abdômen;

**Avaliação Dietética** – anamnese alimentar, questionário de frequência alimentar, recordatório 24h. Avaliando a ingestão das principais vitaminas e minerais, bem como, o consumo de alimentos proteicos ou muito calóricos (doces, gorduras, bebidas adoçadas alcoólicas).

A partir dessas avaliações é possível identificar e tratar deficiências nutricionais, minimizar risco cirúrgico mediante redução de peso, planejar um programa alimentar de baixa caloria em pré-operatório visando reduzir a gordura hepática e abdominal, fazer um diagnóstico nutricional emitindo assim um parecer nutricional.

Indivíduos que apresentam obesidade, na maioria dos casos apresentam um acúmulo de gordura visceral (presente nos órgãos abdominais, principalmente no fígado). Esta condição também tem relação com a genética do paciente e é mais prevalente no sexo masculino, porém ocorre também em diversas pacientes do sexo feminino, em especial no caso da obesidade do tipo maçã, em que a distribuição da gordura do organismo é centralizada na região do abdômen.

Na maioria dos casos, é bastante prudente iniciar com dieta hipocalórica e de baixa

carga glicêmica (baixa em calorias e sem carboidratos refinados e açúcares) e hiperprotéica (rica em proteínas) antes da cirurgia. Nesta linha de pensamento, Edholm et al (2011) descreveu em seu estudo em que uma dieta hipocalórica um mês antes da cirurgia reduz o tamanho do fígado, reduzindo a gordura intra-hepática (gordura do fígado) e visceral (presente no interior do abdômen), o que facilita o processo da cirurgia de vídeo-laparoscopia, em geral diminui o tempo cirúrgico, reduzindo assim o risco de complicações no intra (durante) e no pós-operatório.

Cuidados de nutrição ideais envolvem um cronograma contínuo desde o pré-operatório até o período pós-operatório. A maior ênfase na preparação pré-operatória de cirurgia metabólica é otimizar o estado de saúde reduzindo assim risco de infecção, complicações e tempo de internação.

#### **5.7.1.5 – Planejamento Alimentar Após a Cirurgia Bariátrica**

O Guia Alimentar utilizado em pacientes bariátricos é justamente a pirâmide bariátrica, proposta por Violet Moizé em 2013, que determina o uso de suplementos alimentares, ingestão de água e chás claros e atividade física como base de comportamento. Prioriza as proteínas tanto ricas em ferro como ricas em cálcio, como primeiro alimento a ser ingerido, seguido de vitaminas e minerais advindos de frutas e vegetais.

Em consumo moderado o uso de carboidratos, preferencialmente os integrais e o que deve ser evitado ao máximo são bebidas alcoólicas, gaseificadas, doces e gorduras em geral.

#### **5.1 Evolução da consistência alimentar – Fases da Dieta:**

Como a capacidade gástrica está reduzida, como na gastroplastia com derivação em Y Roux em torno de 50ml e na Manga Gástrica ou Sleeve em torno de 100ml, as dietas hipocalóricas são uma rotina. Porém estas dietas, se utilizadas por um tempo prolongado podem causar deficiências nutricionais se não forem bem conduzidas.

#### **1ª fase – DIETA LÍQUIDA:**

Esta fase compreende as duas primeiras semanas após a cirurgia e caracteriza-se como uma fase de adaptação.

A alimentação é líquida e constituída de pequenos volumes (em torno de 50 ml por refeição a cada 30 minutos) e tem como principal objetivo o repouso gástrico, a adaptação aos pequenos volumes e a hidratação. Como consequência da alimentação líquida, a perda de peso chega a ser de 10% em média nos primeiros trinta dias, devendo-se introduzir o uso de complementos nutricionais específicos para evitar carências de vitaminas e de minerais.

O uso de suplementos nutricionais em pó deve ser iniciado desde os primeiros dias da dieta líquida.

A intolerância à lactose pode acontecer em alguns pacientes podendo gerar náuseas, vômitos e diarreia. Nestes casos a lactose deve ser excluída da dieta líquida.

## **2ª fase- DIETA PASTOSA**

Nesta fase ocorre a inclusão de alimentos na consistência de cremes e purês. O objetivo principal é manter o repouso gástrico e iniciar a transição para dieta branda, onde mastigação exaustiva deverá ocorrer. O tempo médio de duração é de 7 a 10 dias.

O consumo de líquidos deve ser sempre estimulado nos intervalos das refeições, em pequenos volumes.

O paciente deve ser orientado a sempre começar sua refeição pela fonte de proteína, bem como identificar possíveis intolerâncias alimentares, na medida que os diferentes alimentos são incluídos na dieta.

## **3ª fase – DIETA BRANDA – alimentos cozidos:**

Após a dieta líquida, evolui-se para uma fase com alimentos bem cozidos, que demandam muita mastigação.

Inicia-se uma etapa onde a seleção dos alimentos é de fundamental importância pois, considerando que as quantidades ingeridas diariamente continuam muito pequenas,

deve-se dar preferência aos alimentos mais nutritivos escolhendo fontes diárias de proteínas e ferro como carnes moídas e desfiadas, cálcio (leite e derivados) e vitaminas (frutas e vegetais cozidos).

O paciente deverá receber um treinamento para reconhecer quais são os alimentos mais ricos nestes nutrientes de forma a ficar mais independente para escolher as principais fontes de minerais e vitaminas encontradas nas suas refeições diárias. Como a alimentação passa a ser mais consistente deve-se mastigar exaustivamente. A duração desta fase é em média de quinze dias.

#### **4ª fase – DIETA GERAL (normal)**

Nesta fase a alimentação evolui gradativamente para uma consistência ideal para uma nutrição satisfatória. Geralmente ocorre a partir do 1º mês após a cirurgia quando, quase todos os alimentos começam a ser introduzidos na alimentação diária. O cuidado com a escolha dos alimentos nutritivos deve continuar, pois, as quantidades ingeridas diariamente continuam pequenas. Nesta fase o paciente pode ser capaz de selecionar os alimentos que lhe tragam mais conforto, satisfação e qualidade nutricional. Escolher carnes na forma de bifes, filés, assados, cozidos ou grelhados, leite e derivados com baixo teor de gordura, frutas em geral, vegetais folhosos crus ou refogados, grãos como feijões, lentilhas, ervilhas e cereais integrais, ou seja, uma alimentação completa.

A evolução nutricional deve ser lenta e progressiva, dependendo da tolerância individual podendo variar bastante de um paciente para outro. Normalmente os pacientes mais ansiosos, que não reaprenderam o processo de mastigação lenta, tendem a sentir desconforto e até vômitos dependendo do tipo de alimento utilizado. Estes demoram mais para evoluir para as consistências desejadas e conseqüentemente o valor proteico e calórico, e necessitam de mais atenção da equipe multiprofissional. O reaprendizado da mastigação e deglutição lentas são fatores determinantes para uma boa digestão, em especial no paciente bariátrico.

Caso o paciente persista com dificuldade de progressão da dieta, após as orientações do profissional da nutrição, uma avaliação mais aprofundada da função mastigatória

deveria ser realizada. Nesse caso, o encaminhamento para o fonoaudiólogo seria importante, principalmente com os usuários de prótese dentária parcial ou total.

#### **5.7.1.6 – Suplementação Nutricional Após a Cirurgia Bariátrica**

Após a cirurgia bariátrica as deficiências nutricionais podem ocorrer pela menor ingestão de alimentos, devido à redução do estômago, e/ou pela diminuição da absorção dos nutrientes – as quais podem variar conforme o tipo de cirurgia.

A dieta individualizada e bem orientada é a maneira mais adequada de manter os nutrientes em níveis desejáveis. No entanto, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a restrição do tamanho do estômago, o desvio intestinal e algumas intolerâncias alimentares justificam a utilização da suplementação nutricional. Portanto, a utilização de dosagens diárias adequadas de polivitamínicos/minerais é a forma de garantir esse aporte.

Essa reposição é realizada nos meses iniciais, na maioria dos casos, por suplementos em forma de pastilhas e/ou em pó solúveis devido à restrição inicial à comprimidos e cápsulas, existindo também a possibilidade de diluição do comprimido em líquidos; em geral, após 60-90 dias de cirurgia o uso de comprimidos e cápsulas é permitido. Esse suplemento deve conter 100% ou ao menos 2/3 das necessidades diárias, com a finalidade da prevenção das deficiências nutricionais. Através do acompanhamento de rotina com equipe multidisciplinar será avaliado a necessidade de uma suplementação específica de algum nutriente isolado, caso seja necessário.

De uma forma geral, as deficiências nutricionais mais comuns na cirurgia bariátrica são: proteína, ferro, zinco, cálcio, vitamina D e vitaminas do complexo B.

Os sinais e sintomas que geralmente podem ocorrer destas deficiências são: queda de cabelo, unhas quebradiças, anemia, fraqueza, cansaço, pele ressecada, “formigamento” das extremidades (braço/mãos e pernas/pés), e algumas vezes déficit de memória.

#### **5.7.1.7 – Avaliação Nutricional**

**História dietética**

- Recordatório de consumo alimentar de 24 horas
- Alergias, preferências e intolerâncias alimentares
- Frequência de consumo alimentar
- Relação com a história patológica
- Padrão habitual de consumo alimentar
- História ponderal

#### **Medidas antropométricas**

- Índice de Massa Corporal (IMC)
- Pregas cutâneas
- Razão cintura/ quadril (RCQ)
- Peso atual e usual

#### **Avaliação bioquímica**

- Eletrólitos
- Indicadores do estado de hidratação
- Indicadores de anemia e de outros micronutrientes (quando possível)

#### **Exame físico nutricional**

- Cabelo
- Tegumento
- Unhas
- Olhos
- Cavidade oral (lábios, língua, gengiva)
- Reserva muscular e adiposa global

#### **5.7.1.8 – Observações**

A avaliação do estado nutricional é fundamental para a identificação daqueles pacientes sob risco nutricional. Inicialmente, deve-se buscar na história clínica as informações a cerca do diagnóstico e intercorrências clínicas, que podem afetar o estado nutricional do paciente ou serem consequências dele. Em seguida, buscam-se evidências objetivas deste estado nutricional (antropometria, avaliação clínica e dados bioquímicos), além das intervenções terapêuticas com interações nutricionais e, finalmente, a descrição do padrão alimentar ou o tipo de dieta que o paciente está ingerindo no momento da avaliação.

Outros aspectos relacionados que deverão ser verificados incluem:

- Capacidade física para ingestão de alimentos;
- História dietética anterior ou modificações realizadas;
- Mudanças ponderais recentes;
- Intolerâncias alimentares;
- Possível interação droga-nutriente;
- Presença de transtornos alimentares
- Outras alterações, como dispepsia e constipação intestinal, dentre outras.

#### **5.7.1.8 – Referências**

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010, 3.ed., Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016, 4.ed., São Paulo, 2016.

ALVARENGA M. et al. Nutrição Comportamental. Barueri: Manole, 2015.

MECHANICK JI et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. Surgery for Obesity and Related Disease 2008; S109-S184.

MECHANICK J. I. et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient— 2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery AACE/TOS/ASMBS Guidelines. Endocrine Practice 2013;19(2): 1-36.

SBCB - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. Consenso Bariátrico Brasileiro, 2006.

## **5.7.2 – Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade – Serviço de Psicologia**

### **5.7.2.1 – Introdução**

A obesidade é caracterizada pelo excesso relativo ou absoluto de gordura corporal, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos ou endócrino-metabólicos (ALVARENGA et al., 2015).

Os tratamentos oferecidos clínico e cirúrgico para obesidade são orientados pela equipe multidisciplinar e são fundamentados em atualizações acadêmicas e evidências da prática clínica (RAMOS; GALVÃO NETO; CAMPOS; SIQUEIRA; GALVÃO, 2008) e das observações sobre a evolução dos pacientes com obesidade. O trabalho da equipe tem sido construído frente à complexidade da doença, a qual exige uma atenta escuta dos pacientes e dos vários profissionais, na abordagem da interconsulta.

Na nossa prática clínica o seguimento do período pós-cirúrgico, os pacientes apresentam baixa adesão aos tratamentos indicados o que constitui um verdadeiro desafio diante dos dados na literatura.

A partir do discurso dos candidatos à cirurgia bariátrica pode-se inferir mecanismos de defesa do ego, tais como a negação, controle onipotente, idealização de resultados instantâneos e eficientes, ausência de efeitos colaterais, crenças mágicas de cura, como por exemplo: "vou operar e emagrecer facilmente".

O papel do psicólogo inclui a avaliação psicológica, o diagnóstico clínico, o preparo dos pacientes para a cirurgia da obesidade e a escuta da equipe multidisciplinar, através da interconsulta.

### **5.7.2.2 – Definições**

#### **Obesidade**

A obesidade é definida como alterações funcionais, de composição bioquímica, do metabolismo e da estrutura corporal, caracterizadas pela expansão do acúmulo subcutâneo de gordura com aumento do peso corporal e está associada a fatores ambientais e comportamentais e não somente a fatores genéticos (ANGELIS, 2006).

**a. Cirurgia Bariátrica** O Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade define cirurgia bariátrica como o conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, destinadas à promoção da redução de peso e ao tratamento de doenças associadas e/ou agravadas pela obesidade. Destaca-se que a cirurgia



bariátrica deve ser a última opção terapêutica para pacientes obesos com riscos associados.

### **5.7.2.3 – Público-alvo**

Estarão incluídos neste protocolo aqueles pacientes que de forma espontânea ou por meio de encaminhamento busquem o serviço para realização do procedimento cirúrgico. Para tanto, os mesmos deverão se submeterem a avaliação nutricional e se enquadrarem nos critérios propostos por este protocolo.

#### **Critérios de Inclusão**

- Portadores de Obesidade Mórbida com IMC igual ou maior do que 40 kg/m<sup>2</sup> sem comorbidades e que não responderam ao tratamento conservador, realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta da equipe do hospital.
- Portadores de Obesidade Mórbida com IMC igual ou maior do que 40 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades que ameaçam a vida.
- Indivíduos com IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>, com comorbidades, que não responderam ao tratamento clínico longitudinal – incluso a realização de dieta – por no mínimo dois anos.

#### **Critérios de Exclusão**

- Gestação;
- Idade inferior a 16 anos e superior a 65 anos;
- Transtorno psiquiátrico não controlado, ou seja, incapacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante.
- Distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio;
- Alcoolismo ou dependência química;
- Obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia suprarrenal);

#### **Casos Especiais**

Serão discutidos em equipe.

### **5.7.2.4 – Objetivos**

#### **Objetivo Geral**

Analisar a percepção dos pacientes sobre características de personalidade associadas à obesidade e transtornos alimentares.

### **Objetivo Específicos**

- Levantar a história clínica do paciente: estilo de vida, hábitos, costumes, atividades, relacionamentos, pensamentos, sentimentos e comportamentos;
- Identificar os preditores de sucesso pós-operatório;
- Observar a capacidade de manutenção do controle frente às situações de stress/tensão e de aspectos psicossociais que possam comprometer os resultados.

### **5.7.2.5 – Recursos Necessários**

#### **Recursos Humanos**

Para a realização de Cirurgias Bariátricas é necessário o acompanhamento multiprofissional.

#### **Recursos Materiais**

- Consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeira de rodas adequadas aos pacientes obesos graves e balança antropométrica com capacidade mínima para 230 kg.
- Sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos pacientes obesos graves.

### **5.7.2.6 – Avaliação Psicológica para a Cirurgia Bariátrica**

#### ***Variáveis Psicológicas e Psicopatológicas e suas repercussões na cirurgia bariátrica***

#### ***Avaliação Psicológica e Cirurgia Bariátrica***

Avaliação e preparo psicológico - nessa fase, transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico da obesidade devem ser abordados, orientados e tratados, se presentes.

Cumprida a fase inicial e havendo indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, deve-se prosseguir na avaliação pré-operatória necessária a uma operação de grande porte.

O atendimento psicoterápico de pacientes obesos foi objeto de estudo de Loli (1999, 2000). Para ela, muitos elementos favorecem a manutenção da obesidade no grupo de pessoas com obesidade que desejam emagrecer. O processo deve abordar a estruturação e reestruturação do mundo interno (psíquico) e externo no qual entram em jogo identificações, ambições, conceitos morais, delegação de responsabilidades a outrem (pessoas ou instituições).

#### **5.7.2.7 – Indicadores**

Os seguintes indicadores deverão ser acompanhados e discutidos com a equipe multidisciplinar:

- Número de óbitos relacionados a Cirurgia Bariátrica.
- Percentual de adesão ao tratamento proposto no acompanhamento pós cirúrgico.
- Índice de acompanhamento de pacientes no pré e pós operatório na psicologia (imediate e tardio).
- Melhoria nas comorbidades 6 meses após a Cirurgia.

#### **5.7.2.7 – Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013.

### **5.8 – Linha de Cuidado da Deficiência Auditiva**

#### **5.8.1 – Protocolo de Atendimento a Pacientes com Deficiência Auditiva**

##### **5.8.1.1 – Definições**

Este documento tem como finalidade estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência auditiva na Rede de Cuidados, tendo como base a Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde – SUS.

### **5.8.1.2 – Objetivos**

O objetivo desta é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa com deficiência auditiva, em especial às que necessitam da cirurgia de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. Envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório), além de estabelecer critérios de indicações e contra indicações clínicas da prótese de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso.

### **5.8.1.3 – Recursos Necessários**

Os cuidados para a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva devem ser estruturados pelos seguintes componentes:

- a) Modalidade Ambulatorial - consiste nas ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica), destinadas a promover atenção especializada aos pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria, e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.
- b) Modalidade Hospitalar - consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório) destinadas a promover atenção especializada pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no e, realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Com relação aos tratamentos cirúrgicos, os mesmos vêm sendo indicados como uma opção de tratamento para pacientes, adultos e crianças, com deficiência sensorio-neural profunda bilateral que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). São considerados como um recurso efetivo, que permitem melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva. São procedimentos considerados de alta complexidade e especificidade, que demandam a existência de serviços altamente especializados, equipes multiprofissionais, instalações e equipamentos bastante diferenciados. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos específicos, cujas

indicações estão descritas abaixo. Portanto, é apenas uma ação dentro de toda a linha de cuidado das pessoas com deficiência auditiva.

#### **5.8.1.4 – Critérios de Indicação e Contraindicação do Implante Coclear**

**1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO:** O uso de implante coclear está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva neurossensorial bilateral, de grau severo a profundo.

1.1 Crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Experiência com uso de aparelhos de amplificação sonora individual (por um período mínimo de três meses) e idade mínima de 18 meses na perda auditiva severa. Idade mínima de 6 meses em casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada, e nestes casos, não é obrigatória a experiência com AASI.
- b) Falta de acesso aos sons de fala em ambas as orelhas com AASI, ou seja, limiares em campo livre com AASI piores que 50 dBNA nas frequências da fala (500Hz a 4 kHz);
- c) Adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- d) Acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência).
- e) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

1.2. Crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;
- b) Presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral mensurado por protocolos padronizados;
- c) Adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;

- d) Acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);
- e) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.3 Crianças a partir de 7 até 12 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;
- b) Presença de código linguístico oral em desenvolvimento mensurados por protocolos padronizados. Devem apresentar comportamento linguístico predominantemente oral. Podem apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem oral considerando a sua idade cronológica, manifestado por simplificações fonológicas, alterações sintáticas (uso de frases simples compostas por três a quatro palavras), alterações semânticas (uso de vocabulário com significado em menor número e em menor complexidade, podendo ser restrito para as situações domiciliares, escolares e outras situações do seu cotidiano) e alterações no desenvolvimento pragmático, com habilidades de narrativa e argumentação ainda incipientes;
- c) Adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;
- d) Acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas para reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);
- e) Uso de AASI contínuo e efetivo desde no mínimo 2 (dois) anos de idade sugerindo a estimulação das vias auditivas centrais desde a infância;
- f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

1.4. Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurossensorial pré-lingual de grau severo e/ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;

- b) Presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;
- c) Adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;
- d) Acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência).
- e) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda;
- f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

1.5. Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurossensorial pós-lingual, de grau severo e ou profundo, bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;
- b) Adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;
- c) Acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);
- d) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.6. Em adultos que apresentem perda auditiva neurossensorial pré-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em apresentação em conjunto fechado;
- b) Presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;
- c) Adequação psicológica e motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- d) Condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra referência).
- e) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda;

f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

1.7 Em adultos que apresentem perda auditiva neurosensorial pós-lingual de grau severo ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada; b) Adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- c) Condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra referência). d) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

**2. CRITÉRIOS DE CONTRAINDICAÇÃO:** Está contraindicado o Implante Coclear nos seguintes casos:

- a) Surdez pré-lingual em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral;
- b) Pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral;
- c) Contraindicações clínicas.

#### CRITÉRIOS ESPECIAIS

- 1. Espectro da Neuropatia Auditiva
- 2. Em crianças pré-linguais

a) Uso obrigatório de AASI por um tempo mínimo de 12 meses em prova terapêutica fonoaudiológica;

b) Nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;

c) Idade mínima de 30 meses para as perdas moderadas e 18 meses para as perdas severas a profunda. A idade mínima não é exigência nos casos com etiologia genética do espectro da neuropatia auditiva comprovada;

d) Os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.

- 3. Em pacientes pós-linguais



- a) Nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;
- b) Os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.

4. Cegueira associada independentemente da idade e época da instalação da surdez, o implante coclear está indicado quando:

- a) Resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;
- b) Adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- c) Condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contrareferência);
- d) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- e) Exceto pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear e contra-indicações clínicas.

#### **5.8.1.5 – Critérios para Indicação de Implante Coclear Bilateral**

##### **A. CRIANÇAS COM ATÉ 4 ANOS INCOMPLETOS**

O Implante Coclear Bilateral em crianças com até 4 anos incompletos, que atendam os critérios constantes no item 1.1 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

- a) Perda auditiva profunda bilateral podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial
- b) A etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial
- c) Apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial.
- d) Nos casos de perda auditiva neurosensorial severa bilateral ou em uma das orelhas, a implantação dos dispositivos deve ser obrigatoriamente sequencial.

##### **B. CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 4 E 7 ANOS INCOMPLETOS**

Em crianças usuárias de implante coclear unilateral, entre 4 e 7 anos de idade incompletos, está indicado o implante coclear bilateral sequencial desde que o primeiro implante tenha sido realizado antes dos 4 anos de idade completos, e que atendam os critérios constantes no item 1.2 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

- a) Perda auditiva profunda bilateral;
- b) A etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea;
- c) Apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural.

### **C. CRIANÇAS COM PERDA AUDITIVA PROGRESSIVA E/OU PÓS-LINGUAL**

Nestes casos não há limite de idade, desde que atendam todos os critérios dos itens abaixo:

- a) Resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas.
- b) Adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica; c) Acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra-referência).
- d) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- e) Presença de código linguístico oral com pelo menos o uso de frases simples espontâneas;
- f) Uso de AASI contínuo e efetivo desde o diagnóstico;
- g) Inserida no ensino regular com desempenho acadêmico compatível a sua faixa etária.

### **D. ADOLESCENTES E ADULTOS COM PERDA AUDITIVA PÓS-LINGUAL**

Nestes casos o implante coclear bilateral deverá ser realizado sequencialmente, com intervalo mínimo de 1 ano de uso efetivo do implante, desde que atendam todos os critérios abaixo:

- a) Sem benefício de audição bimodal (entende-se como benefício de audição bimodal a melhora do índice de reconhecimento de fala no ruído, em conjunto aberto, para os monossílabos, maior ou igual a 12%); 12

- b) Resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas.
- c) Adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- d) Condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contrareferência);
- e) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

E. EXCEÇÃO: Nos casos de meningite ou patologias com risco de ossificação coclear, o implante coclear bilateral poderá ser feito simultaneamente.

5. CRITÉRIOS DE REIMPLANTE A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:

- a) Falha do dispositivo interno;
- b) Complicações que necessitem de explantação;
- c) Declínio do desempenho auditivo, por falha do dispositivo (unidade) interno fora da cobertura de garantia assegurada pelo fabricante.

Considera-se criança a pessoa com idade até 12 anos incompletos de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069 de 13 de julho de 1990).

#### **5.8.1.6 – Critérios de Indicação e Contraindicação da Prótese Auditiva Ancorada no Osso**

### **1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL**

A prótese auditiva ancorada no osso unilateral está indicada nos caso de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI.
- b) Com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz
- c) Limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz na orelha a ser implantada.
- d) Índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI.

## **2. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO BILATERAL**

A prótese auditiva ancorada no osso bilateral está indicada nos casos de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) Má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI.
- b) Com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz.
- c) Limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz em ambas as orelhas.
- d) Índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI.
- e) A diferença interaural entre as médias dos limiares por via óssea de 0,5, 1, 2 e 3kHz não deve exceder a 10 dB e deve ser menor que 15 dB em todas as frequências isoladas.

### **OBSERVAÇÕES:**

- 1- Em crianças abaixo de 5 anos enquanto não é possível realizar a cirurgia para colocação da prótese auditiva ancorada no osso, está indicada a adaptação do áudio processador posicionado por meio de banda elástica.
- 2- Nos casos em que a estrutura óssea da calota craniana não possibilite a osteointegração em tempo hábil, a cirurgia deverá ser realizada em 2 (dois) tempos.
3. **CRITÉRIOS DE REIMPLANTE** A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:
  - a) Perda da osteointegração do implante de titânio
  - b) Complicações que impeçam o acoplamento do audioprocessador ao pilar
  - c) Complicações que levem a necessidade de explantação.

## **C. AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPLANTE COCLEAR E DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO**

A avaliação do paciente deve considerar os critérios de indicação e contra-indicação da cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada, além de:

- Avaliação do otorrinolaringologista;
- Avaliação audiológica completa com e sem AASI;
- Avaliação por exames de imagem;
- Avaliação do risco cirúrgico;
- Preparo da família e do paciente com relação às expectativas;
- Preparo clínico do paciente para o ato cirúrgico ao qual será submetido;
- Orientações para a reabilitação pós-operatória;
- Avaliação psicológica e social;
- Pareceres de outras especialidades quando necessário.

#### **5.8.1.7 – Assistência Pré e Pós-operatória no Tratamento Cirúrgico do Implante Coclear**

##### **A. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM IMPLANTE COCLEAR :**

- O acompanhamento do paciente com implante coclear consiste nas seguintes etapas:
- Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e compliância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais).
- Ativação: no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contra indicação clínica) deverá ser feita a ativação do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa. Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o Implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes. Na ativação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:
  - Mapeamento e balanceamento dos eletrodos;
  - Reflexo estapediano eliciado eletricamente;
  - Potencial evocado eletricamente no sistema auditivo;
  - Audiometria tonal;

- Limiar funcional do implante coclear - IC e com amplificação da orelha contralateral, caso haja indicação;
- Logaudiometria;
- Imitanciometria;
- Testes de percepção de fala;
- Avaliação da linguagem oral;
- Orientação familiar;
- Consulta de seguimento otorrinolaringológica;
- Consulta de seguimento da assistência social;
- Consulta de seguimento psicológico;
- Avaliação da satisfação do usuário.
- Frequência do acompanhamento em crianças:
  - Primeiro ano de uso:
    - 6 (seis) acompanhamentos
  - Segundo ano de uso:
    - 4 (quatro) acompanhamentos
  - Terceiro ano de uso:
    - Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos
    - Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos
  - A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano). Frequência do acompanhamento em adultos: – Primeiro ano de uso:
    - 4 (quatro) acompanhamentos;
    - Segundo ano de uso:
      - 3 (três) acompanhamentos;
      - Terceiro ano de uso:
        - 2 (dois) acompanhamentos;
        - A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

**Observação:** Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente.

## B. TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio Serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados. Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica. Compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contra referência.

Recomenda-se:

Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 (seis) sessões, individuais ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução. Crianças: 2 (duas) sessões semanais de 45 minutos, individuais. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

### C. MANUTENÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR

O serviço é responsável pela reabilitação integral dos pacientes, devendo garantir, quando necessário e dentro do período de garantia a manutenção do implante coclear daqueles que se encontram em acompanhamento. No caso do componente externo, dentro no período de 6 anos estão previstos todos os itens fundamentais para o perfeito funcionamento do componente externo, além de um episódio de dano, perda ou roubo comprovado, por boletim de ocorrência, e avaliados pelos serviços e autorizados pelo Gestor local. A manutenção do componente externo consiste na substituição/trocas ou consertos dos itens fundamentais para o perfeito funcionamento do implante coclear, tais como: cabo de conexão, compartimento/gaveta de baterias, antena, baterias recarregáveis, controle remoto, imã da antena, carregador de bateria recarregável, gancho, gancho com microfone, desumidificador e processador de fala. Ressalta-se que quando identificado, pelos serviços e ratificado pelo gestor, o mau uso do equipamento por parte do paciente, a manutenção não estará inserida na garantia, devendo a negativa constar no prontuário do paciente. Vale lembrar que não são todos os itens que terão necessidade de trocas anuais. No entanto, compete ao serviço a análise técnica com justificativa, para as devidas trocas e manutenções, e autorização do Gestor local. Fica estabelecido que as empresas que comercializam o implante coclear no País devem ofertar, sem custo adicional, manutenções preventivas aos pacientes dos serviços especializados. A periodicidade dessas manutenções fica a critério dos serviços especializados e das empresas.

## D. ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

### A. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

- O acompanhamento do paciente com prótese auditiva ancorada no osso consiste nas seguintes etapas:
- Transoperatório: cuidados cirúrgicos
- Adaptação: no prazo máximo de 180 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contraindicação clínica) deverá ser feita a adaptação da prótese vibratória. Na adaptação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:
  - Audiometria em campo livre;
  - Limiar funcional com a prótese auditiva ancorada no osso;
  - Logoaudiometria;
  - Testes de percepção de fala;
  - Avaliação da linguagem oral;
  - Orientação familiar;
  - Consulta de seguimento otorrinolaringológica;
  - Consulta de seguimento da assistência social;
  - Consulta de seguimento psicológico;
  - Avaliação da satisfação do usuário;
  - Orientações com relação à higienização, cuidados e manutenção.
- Frequência do acompanhamento em crianças e adultos:
  - Primeiro ano de uso:
    - ✓ 4 (quatro) acompanhamentos;
  - Segundo ano de uso:
    - ✓ 2 (dois) acompanhamentos;
  - A partir do terceiro ano: anualmente (uma vez/ano).

Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente.

## E. TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA



A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados. Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica, compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contrarreferência. Recomenda-se: Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 sessões, individual ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução. Crianças: duas sessões semanais de 45 minutos, individual. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

#### **5.8.1.8 – Referências**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único De Saúde - SUS/ Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

## **6 – COMISSÕES INTERNAS**

A FUNAM, ao assumir a gestão do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS, instituirá as Comissões Temáticas abaixo arroladas, ligadas à estrutura da Diretoria Assistencial e da Diretoria Técnica do HU, que apresentarão relatórios mensais de construção de produtos técnicos, procedimentos operacionais padrões (POP's), protocolos clínicos, diretrizes assistenciais, revisões da rotina e fluxogramas dos processos, a fim de aprimorar, de forma constante, a gestão da clínica, assistencial e administrativa, com total independência e protagonismo na unidade para instituição de melhorias no processo de trabalho.

## 6.1 – Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Regional e Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

### CAPÍTULO I

#### Das Definições

**Artigo 1º.** A Comissão de Ética Médica constitui, por delegação do CRM-RS, uma entidade da instituição com funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

§ 1º: A Comissão de Ética Médica será composta de membros efetivos e membros suplentes, em número proporcional ao total dos membros do Corpo Clínico, conforme o disposto em resoluções específicas do CFM e do CRM-RS, eleitos dentre o corpo clínico do Hospital Universitário, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

- a. Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;
- b. Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

§ 2º: A Comissão de Ética Médica está vinculada ao CRM-RS, com o qual deve manter estreita colaboração e parceria.

§ 3º: A Comissão de Ética Médica possui autonomia de trabalho em relação à instituição, sem vinculação ou subordinação à sua direção.

### CAPÍTULO II

#### Das Competências

**Artigo 2º.** Compete à Comissão de Ética Médica:

- I. zelar pelos princípios da ética médica junto à instituição;
- II. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica no hospital, adotando medidas para combater a má prática médica;
- III. conscientizar o Corpo Clínico quanto aos preceitos da Ética Médica;
- IV. comunicar ao CRMRS indícios de infração ética e o exercício ilegal da Medicina;
- V. manter atualizado o cadastro de médicos do hospital e verificar se a instituição se encontra regularmente inscrita no CRM-RS e em dia com suas obrigações;
- VI. colaborar com o CRM-RS na tarefa de educar, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- VII. atender às convocações e requisições do CFM e CRM-RS;
- VIII. elaborar pareceres sobre aspectos éticos e técnicos dentro do âmbito da instituição;
- IX. fornecer subsídios à instituição com vistas à melhoria das condições de trabalho;
- X. orientar os usuários em questões de Ética Médica;
- XI. instaurar sindicâncias, instruí-las e emitir relatório circunstanciado, após recebimento de denúncia de infração por membro do Corpo Clínico ou por decisão da própria comissão;
- XII. em caso de denúncia de possível infração ética, após instauração de sindicância, emitir relatório sem emissão de juízo e encaminhá-lo obrigatoriamente ao CRM-RS para apuração;
- XIII. comunicar ao CRM práticas médicas desnecessárias, atos médicos ilícitos e irregularidades na instituição não corrigidas em prazo estipulado;
- XIV. promover e divulgar as normas complementares advindas dos órgãos e autoridades competentes;
- XV. colaborar com os órgãos públicos ou entidades profissionais em tarefas relacionadas ao exercício profissional.
- XVI. No desenvolvimento de suas atividades, a Comissão de Ética Médica deverá:
  - a. realizar reuniões periódicas de acordo com a demanda e as características da instituição;

- b. manter livro de Ata de Reuniões atualizado, contendo referência às atividades realizadas;
- c. manter em caráter sigiloso as fiscalizações e sindicâncias realizadas;
- d. deliberar por maioria simples entre os seus membros, cabendo ao presidente a prerrogativa do “voto de Minerva”;
- e. manter arquivos separados de sindicâncias, fiscalizações, documentação recebida e enviada, de pareceres emitidos, dos documentos relativos ao processo de eleição da Diretoria Clínica e Comissão de Ética Médica e de demais atividades realizadas, preservando-se o sigilo nas questões éticas em casos de auditorias.

**Artigo 3º.** Compete todos os membros da Comissão de Ética Médica:

- I. Eleger o Presidente e Secretário;
- II. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- III. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;
- IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

**Artigo 4º.** Compete ao presidente da Comissão de Ética Médica:

- I. Representar a CEM perante a Direção e órgãos correspondentes.
- II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III. Convocar o Secretário ou, na ausência deste, membro da Comissão de Ética Médica, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
- IV. Encaminhar ao CRM-RS os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiveram origem naquele órgão;
- V. Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias, bem como responder à consultas referentes a assuntos éticos.

**Artigo 5º.** Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- I. Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

- II. Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a comissão;
- III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da comissão;
- IV. Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à comissão;
- V. Manter em arquivo próprio os documentos relativos a comissão.

### **CAPÍTULO III**

#### **Das Reuniões**

**Artigo 6º** - A comissão terá reuniões ordinárias mensais, podendo reunir-se extraordinariamente quando convocado por seu Presidente ou por 2/3 (dois terços) de seus membros.

**§ 1º:** Toda e qualquer reunião de trabalho somente poderá ser realizada com a presença de 2/3 (dois terços) de seus membros efetivos e serão registradas em Livro de Ata próprio.

**§ 2º:** A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

**§ 3º:** As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos;

### **CAPÍTULO IV**

#### **Do processo de Sindicância**

**Artigo 7º** - As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

- I. Reclamação por escrito e devidamente identificada;
- II. Comunicação escrita do Diretor Clínico;
- III. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- IV. Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;

V. Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado Do Rio Grande do Sul.

**§ 1º:** As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica.

**§ 2º:** Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

**Artigo 8º** - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

**Artigo 9º** - 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 disponibilizados à Sindicância.

I. Os acessos a estes documentos são facultados somente às partes e a Comissão de Ética Médica;

II. Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

**Artigo 10** - 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 11** - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica podará solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

**Artigo 12** - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

**Artigo 13** - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

**Artigo 14** - Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

## **CAPÍTULO V**

### **Das Eleições**

**Artigo 15** - Os membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos, conjuntamente com a Diretoria Clínica, em Assembleia Geral do Corpo Clínico, convocada pelo Diretor Clínico através de edital com 30 dias de antecedência, em votação secreta e direta, para um mandato de 24 meses, conforme resolução específica do CFM.

**§ 1º:** O processo eleitoral deverá seguir as determinações da resolução específica do CFM.

**§ 2º:** Os candidatos à Comissão de Ética Médica se inscreverão individualmente junto ao Diretor Clínico e os candidatos à Diretoria Clínica se inscreverão em chapas contendo o candidato a Diretor Clínico e a Vice-Diretor Clínico.

**§ 3º:** Os candidatos deverão observar o disposto em Resolução Plenária do CRM-RS específica para eleição da Diretoria Clínica e da Comissão de Ética Médica.

**§ 4º:** Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

**§ 5º:** Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

**Artigo 16** - A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

I.O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

II.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;

III.Será considerada eleita à chapa que obtiver o maior número de votos.

IV.A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo para os devidos assentamentos.

**Artigo 17** - 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 18** - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

**Artigo 19** - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Gerais**

**Artigo 20** - 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 do Rio Grande do Sul;

**Artigo 21** - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros.



## 6.2 – Comissão de Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E.) é o órgão que representa o Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas dos exercícios profissional e ético dos profissionais de Enfermagem nas referidas instituições. É reconhecida pela Diretoria ou Gerência de Enfermagem estabelecendo uma relação de autonomia e independência com ela, assessorando a mesma sobre assuntos pertinentes ao Serviço de Enfermagem.

### **CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO**

**Art. 1º** A comissão de Ética de Enfermagem do Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nesta Instituição.

### **CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS**

**Art. 2º** A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela (RT de enfermagem) estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à Ética. Parágrafo Único: A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar ao RT de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

**Art. 3º** A Comissão de Ética de Enfermagem tem como competências:

I-Divulgar o Código de Ética de Enfermagem e demais normas disciplinares do exercício profissional na Instituição;

II-Representar o Coren - MG junto à Instituição;

III-Orientar a equipe de enfermagem a desenvolver uma assistência com qualidade e dentro dos pressupostos éticos;

IV-Prestar consultoria e orientações sobre assuntos referentes ao exercício ético nas instituições;

V-Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre os problemas, desafios e limites na prestação da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos;

VI-Promover e participar de eventos visando à reflexão, aprimoramento e atualização, buscando uma assistência de Enfermagem com qualidade e livre de riscos;

VII-Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre problemas, desafios e limites nas prestações da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos;

VIII-Sensibilizar os Profissionais de Enfermagem sobre as condutas éticas no exercício da profissão;

IX-Melhorar as relações entre profissionais e entre profissionais e clientes;

X-Auxiliar o Enfermeiro RT e equipe de Enfermagem no gerenciamento de conflitos;

XI-Participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

XII-Integrar o Comitê de Ética da Instituição;

XIII-Verificar as situações encontradas, identificar os problemas e propor soluções para minimizar os conflitos. Trabalhar de forma educativa e conscientizando o Profissional de Enfermagem nestes eventos;

XIV-Manter uma relação de independência e autonomia com a Direção de Enfermagem em assuntos pertinentes à Ética.

XV-Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren-MG, sempre que necessário;

XVI-Elaborar o cronograma e planejamento de suas atividades;

XVII-Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas;

XVIII-Colaborar com o Coren-MG no combate ao exercício ilegal da profissão e nos procedimentos de sindicância;

XIX-Encaminhar à Comissão de Ética do Coren-MG a relação nominal dos membros da Comissão de Ética para atualização no cadastro do Coren-MG.

XX-Encaminhar à Comissão de Ética de Ética do Coren-MG o Regimento Interno da Comissão de Ética para apreciação.

XXI- Reunir-se, no mínimo, uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário;

XXII-Elaborar e/ou atualizar o Regimento Interno da CEE;

XXIII-Registrar ata de todas as reuniões;

XXIV-Notificar o Enfermeiro RT quanto aos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado, através de relatórios e pareceres da CEE;

XXV-Estimular a participação democrática dos profissionais de enfermagem na CEE em todos os processos eleitorais, na divulgação de trabalhos, nas atividades da CEE e nos procedimentos sindicantes;

XXVI-Assegurar o sigilo, durante a apuração dos fatos, e em procedimentos de apuração de ocorrência, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente.

### **CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO**

**Art. 4º** A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros e/ou Técnicos e/ou Auxilia - res de Enfermagem.

**Art. 5º** A Comissão de Ética de Enfermagem é formada por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.

**Art. 6º** A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Coordenador, um Secretário e membros.

**Art. 7º** A função de Coordenador será exercida exclusivamente por Enfermeiro

## 6.3 – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

### **CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 1º** – A Comissão de Controle de Infecção Pré-Hospitalar (CCIPH) é uma comissão criada para atuar no HU , é de natureza técnica-científica permanente, estruturada e organizada de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e Portaria 2616 de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde.

**Art. 2º** – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é um Órgão deliberativo, diretamente subordinado ao Diretor Geral do hospital.

**Art. 3º** – A CCIPH é uma comissão permanente formada por uma equipe multiprofissional, constituída por membros consultores e executores, que deverá atuar como órgão de assessoria ao diretor do hospital, com autonomia plena para decidir sobre assuntos e traçar metas que direta ou indiretamente estiverem relacionados com as Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS).

### **CAPÍTULO II – DA FINALIDADE**

**Art. 4º**– A CCIPH do HU terá como finalidade desenvolver um conjunto de atividades voltadas a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS), elaborando e implementando o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), visando reduzir ao máximo a incidência das IRAS, assegurando dessa forma a segurança do paciente, bem como atender a legislação vigente.

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

**Art. 5º**– A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HCMR será composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados pela diretoria do hospital e terá seguinte estrutura:

- I. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIPH) terá como membros consultores os profissionais das seguintes categorias profissionais:
  - a. Um representante da Diretoria
  - b. Um representante médico do Bloco Cirúrgico;

- c. Um representante médico do Pronto Socorro;
- d. Um representante médico da Terapia Intensiva;
- e. Um representante médico da Pediatria;
- f. Um representante de Serviço de Enfermagem (Gerência/Coordenador);
- g. Um representante de Serviço de Enfermagem (Central de Material e Esterilização);
- h. Um representante do serviço de Farmácia;
- i. Um representante do laboratório de Microbiologia;
- j. Um representante do Escritório de Qualidade.

**Art. 6º** - O presidente da CCIPH será o representante da Diretoria do HCMR ou qualquer outro membro consultor da CCIPH designado por ele.

**Art. 7º**– A CCIPH deverá reunir-se trimestralmente, através de reuniões ordinárias, ou quando se fizer necessário, reuniões extraordinárias.

**Art. 8º** - A CCIPH realizará reuniões científicas sempre que se fizer necessário objetivando melhoria do serviço e atualização dos membros.

### **CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS**

**Art. 9º**– A CCIPH do HCMR deverá:

- a. Elaborar, implementar, manter e avaliar Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
  - b. implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS;
  - c. adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e controle das IRAS;
  - d. capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que

- diz respeito à prevenção e controle IRAS;
- e. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares.
  - f. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIPH;
  - g. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
  - h. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das IRAS/IH, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
  - i. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
  - j. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando a prevenção e o tratamento das IRAS;
  - k. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares para a instituição;
  - l. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das IRAS;
  - m. Elaborar e revisar o regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
  - n. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

- o. Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- p. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

#### **CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 11º**– São atribuições do Presidente da CCIPH do HCMR:

- I. Constituir formalmente a CCIPH;
- II. Nomear os componentes da CCIPH por meio de ato próprio;
- III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIPH;
- IV. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIPH;
- V. Garantir a participação do Presidente da CCIPH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como exemplo os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;
- VI. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIPH;
- VII. Representar a CCIPH ou delegar outro membro para representá-lo formalmente;
- VIII. Assinar toda a documentação da CCIPH;
- IX. Delegar responsabilidades aos membros da CCIPH;
- X. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação das medidas de controle de infecção hospitalar;
- XI. Responsabiliza-se legalmente quanto aos casos de IRAS;

- XII. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
- XIII. Assegurar a atualização técnica e científica dos membros da CCIPH;
- XIV. Promover a interação do grupo Consultor com o Executor.
- XV. Prover recursos para implantação dos projetos da CCIPH, incluindo os relacionados a educação permanente em saúde.
- XVI. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIPH, e as alterações que venham ocorrer.
- XVII. Promover a interação do grupo Consultor com o Executor.

**Art. 12º**– São atribuições do Serviço Médico da CCIPH:

- I. Apoiar e implementar as ações de controle de infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade;
- II. Participar da padronização de antimicrobianos;
- III. Elaborar o programa de controle de antimicrobianos;
- IV. Participar ativamente das reuniões do CCIPH;
- V. Participar de reuniões e eventos científicos que tratem do tema IRAS;
- VI. Participar de pesquisas com a temática IRAS;
- VII. Sugerir medidas que tratem da prevenção e tratamento de IRAS.

**Art. 13º**– São atribuições do Serviço de Enfermagem da CCIPH:

- I. Participar da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- II. Promover e participar de atividades técnico-científicas e atualização referente ao plano de ação de Controle de Infecção Hospitalar, visando à melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem;
- III. Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em



desenvolver IRAS;

- IV. Sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das IRAS;
- V. Participar das reuniões periódicas da CCIPH;
- VI. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão hospitalar;
- VII. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos, usados na limpeza de superfícies e artigos hospitalares;
- VIII. Definir em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compras de materiais médico-hospitalares para a instituição;
- IX. Realizar vigilância das IH através do método de busca ativa e dos critérios de notificação de infecções relacionada à assistência à Saúde;
- X. Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sobre vigilância;
- XI. Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela CCIPH;
- XII. Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros da CCIPH;
- XIII. Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;
- XIV. Participar da elaboração e revisão de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) adequados a prevenção e controle das IRAS;
- XV. Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto à prevenção de IRAS e prevenção acidentes com material contaminado;
- XVI. Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;
- XVII. Alimentar o Sistema de Informação para o Controle das IRAS - FormSUS;

XVIII. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIPH.

**Art. 14º**– São atribuições do Serviço de Farmácia da CCIPH:

- I. Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clínica, especialidade médica e paciente;
- II. Participar da definição da Política de utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- III. Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a garantia da qualidade da assistência prestada;
- IV. Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir Parecer Técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição;
- V. Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;
- VI. Gerenciar para que não interrompa o tratamento com antimicrobiano;
- VII. Comunicar diariamente a CCIPH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;
- VIII. Responsabiliza-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticos utilizados;
- IX. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos, usado na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares;
- X. Participar das reuniões periódicas da CCIPH.

**Art. 15º**– São atribuições do Serviço de Laboratório da CCIPH:

- I. Orientar a equipe de saúde quanto à coleta de amostras para exames microbiológicos e interpretação de resultados;
- II. Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitido estudos e levantamentos;

- III. Realizar levantamento periódico da frequência de microrganismos isolados nas IRAS e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos;
- IV. Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos e germicidas do hospital, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- V. Participar da investigação de casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;
- VI. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos;
- VII. Participar das reuniões periódicas da CCIPH.

## **CAPÍTULO VI – DO MANDATO E REUNIÕES DA CCIPH**

### **Art. 16º - Do mandato e reuniões**

- I. O mandato dos membros da CCIPH corresponderá a um período de 24 meses ou aquele disposto pelo diretor geral, permitido (ou não) a recondução ao cargo a critério do presidente da CCIPH.
- II. A comunicação das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIPH ocorrerá através da comunicação escrita, por meio de instrumento de comunicação padronizado no HCMR, que deverá ser distribuído aos participantes, com o mínimo 24 h antes das reuniões.
- III. Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita por qualquer membro presente na reunião da CCIPH e na qual será registrado a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando sua aprovação.

## **CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 17º** - A CCIPH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário;

**Art. 18º** - O Diretor da instituição poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIPH;

**Art. 19º** - Os casos omissos e as possíveis dúvidas que venham a surgir na aplicação do presente Regimento Interno serão esclarecidas e resolvidas pelo Diretor da instituição;

**Art. 20º** - O presente regimento poderá ser alterado, total ou parcialmente, mediante proposta da CCIPH, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor da instituição em reunião estabelecida para essa finalidade.

**Art. 21º** - Este regimento entrará em vigor após sua aprovação pelos membros da CCIPH e Direção Geral do Hospital Maternidade Silvio Avidos.

**Art. 22º** - O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

**Art. 23º** - São nulas de pleno direito todas as disposições que, no todo ou em parte, ferirem ou contrariarem, implícita ou explicitamente, as legislações Municipais, Estaduais ou Federais em vigor.

#### 6.4 – Comissão de Análise e Revisão de Óbitos

### **CAPÍTULO I - DA MISSÃO**

**Art. 1 - A Comissão de Investigação de Óbitos (CIO)** tem como missão analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas durante estes eventos, bem como, avaliar a qualidade de informações das declarações de óbitos dada a sua importância como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre situações do processo saúde-doença referente ao território da região onde está inserido HU.

### **CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES**

**Art. 2 - A Comissão de Investigação de Óbito (CIO)** será constituída por um grupo multiprofissional, atuante no Hospital Universitário de Canoas, tendo por finalidade revisar os prontuários de pacientes que foram a óbito na instituição buscando uma análise educativa do processo de atendimento ao paciente e acompanhar os indicadores fornecidos pelo serviço de gerenciamento de risco do hospital emitindo

relatórios pertinentes à melhoria de processos institucionais.

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

**Art. 3** - A Comissão de Investigação de Óbito (CIO):

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbitos;
- Acompanhar as estatísticas e indicadores de mortalidade da instituição;
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

### **CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO**

**Art. 4** - A Comissão de Investigação de Óbitos (CIO), constituída por ato de nomeação do diretor técnico do hospital, terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos no atendimento de pacientes do HU Canoas – Grupo de Apoio a Medicina Preventiva que forem a óbito. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica.

**Art. 5** - A Comissão de Investigação de Óbitos (CIO) é um órgão subordinado ao Diretor Técnico do hospital assessorando-o no controle e avaliação dos óbitos na instituição.

**Art. 6** – A Comissão de Investigação de Óbitos (CIO) por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem, Serviços de Psicologia e Serviço Social.

**Art. 7** - A participação na Comissão Investigação de Óbitos (CIO) não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como, em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

**Art. 8** - A Comissão de Investigação de Óbitos (CIO) deve reunir-se a cada sessenta dias para deliberar e discutir os assuntos de sua competência mantendo registro destas atividades em ata redigida de forma clara e manter arquivos dos documentos que se fizerem necessários.

## **CAPÍTULO V - DOS MEMBROS**

**Art. 9** - Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos distribuem-se na sequência abaixo:

- Membros Representativos dos Serviços Médicos;
- Membros Representativos do Serviço de Enfermagem;
- Membros Representativos do Serviço de Psicologia;
- Membros Representativos do Serviço Social;
- Membros Representativos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Membro representativo da Gestão de Risco Hospitalar e Segurança do Paciente;

**Art. 10** - Ao Presidente compete:

- Presidir e coordenar as atividades da comissão;
- Coordenar as reuniões da comissão;
- Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- Representar a comissão perante a direção técnica;

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento interno;
- Indicar entre os membros da comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

**Art. 11** – Competem aos demais membros representativos da comissão:

- a. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;
- b. Verificar e promover a qualidade dos registros das declarações de óbito;
- c. Sugerir medidas para a melhoria dos registros das declarações de óbito;
- d. Avaliar a atuação dos profissionais envolvidos no atendimento nos casos de óbito do hospital;
- e. Analisar os indicadores de mortalidade e propor modificações quando necessário.

## **CAPÍTULO VI – DAS FUNÇÕES**

**Art. 12** - A Comissão de Investigação de Óbitos (CIO) se reunirá ordinariamente mensalmente na segunda terça-feira de cada mês, no turno da manhã e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos pela convocação.

**Art.13** - Para aprovação das deliberações da CIO, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo à vontade da maioria. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

**Art. 14** - Poderão participar das reuniões, membros convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão,

sem direito a voto.

**Art. 15** - A presença às reuniões da Comissão de Investigação de Óbitos (CIO) é obrigatória a todos os membros devendo ser justificadas as ausências, ao presidente. Na ausência do presidente, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião;

**Art. 16** - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

**Art. 17** - A Comissão de Revisão de Óbitos pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando as resoluções do Conselho Regional de Medicina e do Conselho Federal de Medicina.

**Art. 18** - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CIO, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

**Art. 19** - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

**Art. 20** - O regimento entrará em vigor após sua aprovação pelos membros.

#### 6.5 – Comissão de Análise e Revisão de Biópsias

O objetivo dessa Comissão é Analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais pertinentes, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito. É ministrada pela presidente uma aula sobre Declarações de Óbitos no acolhimento dos novos residentes todos os anos e a educação continuada é feita através de memorandos alertando sobre erros identificados através da análise do prontuário de alguns pacientes e como deveriam ter sido atestados os óbitos dos pacientes em questão.

#### **São atribuições da Comissão de Biópsia:**

- Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;



- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbito;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários no tocante aos óbitos.
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição

## 6.6 – Comissão de Revisão de Documentação Médica, Prontuários e Estatística

### **CAPÍTULO I – FINALIDADE**

#### **Art. 1 - A Comissão Médica Revisão de Prontuários**

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

### **CAPÍTULO II – COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO**

**Art. 2** - A composição será de um grupo de trabalho multiprofissional nomeado e homologado pela Direção Geral:

- a. Representante da área médica;
- b. Representante da área da qualidade e segurança;
- c. Representante da área do faturamento;
- d. Representante da área da Tecnologia da Informação;
- e. Representante da área de Farmácia;
- f. Representante da área de Enfermagem.

**Art. 3** - Ao Presidente compete:

- a. Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- b. Coordenar as reuniões da Comissão;
- c. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- d. Representar a Comissão perante a Direção Técnica;
- e. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- f. Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;
- g. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

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

**Art. 4-** São atribuições e competências do secretário da Comissão:

- a. Organizar a ordem do dia.
- b. Receber e protocolar os processos e expedientes.
- c. Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- a. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- d. Organizar e manter o arquivo da comissão.

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

**Art. 5** - Aos demais Membros Representativos da Comissão compete:

- a. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;
- b. Verificar e promover a qualidade dos registros dos prontuários
- c. Sugerir medidas para a melhoria dos registros dos prontuários

**Art.6** - As reuniões ordinárias serão realizadas mensalmente, em local e horário previamente agendado e comunicado aos membros.

A ausência de um membro em 03 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou do secretário, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado pelo presidente previamente.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser

convocadas pelo Presidente e ou Diretor Técnico.

### **CAPÍTULO III - ATRIBUIÇÕES**

**Art. 7** - São atribuições da Comissão Revisão de Prontuário: I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a. Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
- b. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
- c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos qual o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d. Tipo de Alta:
  - I. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
  - II. Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
  - III. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
  - IV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
  - V. Desenvolver atividades de caráter técnico-científica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.
  - VI. Criar indicadores com dados coletado do SAME;
  - VII. Avaliar os serviços em saúde;Planejar ações, que sirvam como base para a gestão hospitalar.

6.7 – Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

### **CAPÍTULO I- REGIME JURÍDICO**

Art. 1º- Criado em 01 de dezembro de 2013, em cumprimento a PORTARIA Nº 1.752, de 23 de setembro de 2005, que determina a constituição de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos; a qual se baseia na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento; o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei supracitada; a Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que altera dispositivos da Lei nº9.434/1997; a Portaria nº 3.407/GM, de 5 de agosto de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes, tem como objetivos: permitir uma melhor organização do processo de captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, uma adequada abordagem de seus familiares, viabilizando uma ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos.

## **CAPÍTULO II- ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA**

Art. 2º- A CIHDOTT está composta de acordo com a PORTARIA Nº 1.752 DE setembro de 2005, a qual determina que a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-hospitalar de Órgãos e Tecidos para Transplante.

I- A Comissão de que trata este artigo deverá ser instituída por ato formal de nomeação da direção do hospital.

II- Os membros da Comissão não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos.

## **CAPÍTULO III- ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIHDOTT**

Art. 3º- O grupo será gerido pelos seguintes órgãos:

I – Coordenador- O coordenador da CIHDOTT deverá ser nomeado pelo diretor do hospital, por ato formal, o qual poderá destituir o mesmo, a qualquer momento, quando este não corresponder às atribuições que lhe foram determinadas.

As atribuições do coordenador são orientar e acompanhar o processo de identificação e manutenção do potencial doador, bem como realizar ou acompanhar as entrevistas familiares. Planejar educação permanente dos funcionários. Acompanhar os resultados do programa de transplantes da sua instituição e implementar programas de qualidade e boas práticas;

II– Comissão Executiva- Deve ser nomeada pelo diretor do hospital. As atribuições dos médicos da comissão executiva são a realização do processo de diagnóstico e manutenção do potencial doador, bem como realizar as entrevistas familiares na ausência do coordenador;

III–Comissão Consultora- Deve ser nomeada pelo diretor do hospital. A gestão da documentação e do processo logístico bem como o agendamento do procedimento e coordenação da sala cirúrgica deverá ser realizada pela enfermagem. O acolhimento e apoio psicológico deverá ser realizado por toda equipe, com o acompanhamento da psicologia.

IV Secretário Geral: Eleito pelo comissão executiva. Deverá manter os registros estatísticos do processo de doação.

Art. 4º - Em cumprimento aos Artigos 2º e 3º da PORTARIA DE Nº 1.752, DE 23 DE SETEMBRO DE 2005; cabe à Comissão intra-hospitalar de Doação de Órgãos e tecidos para Transplante:

I- Articular-se com a Organização de Procura de Órgãos (OPO 1), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;

II- Disponibilizar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;

III- Articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

IV- Organizar rotinas e protocolos que possibilitem organizar o processo de doação de órgãos e tecidos;

V- Garantir uma adequada entrevista familiar para a solicitação da doação;

VI- Promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento;

VII- Definir, juntamente com o diretor médico do estabelecimento os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores da instituição, considerando suas características;

VIII- Adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;

#### **CAPÍTULO IV- RESPONSABILIDADES DA CIHDOTT**

Art. 5º- De acordo com o Artigo 4º da PORTARIA de N°1.752, DE SETEMBRO DE 2005 a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes tem os seguintes deveres:

I- Elaborar regimento interno e manual de atribuições, rotinas e responsabilidades;

II- Manter os registros de suas atividades (relatórios, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações);

III- Supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família.

IV- Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição.

V- Dar apoio psicológico as famílias dos doadores durante o processo, bem como encaminhar casos com necessidades especiais ao órgão municipal responsáveis

#### **CAPÍTULO V- ATUAÇÃO DA CIHDOTT**

Art 6º- A CIHDOTT se reunirá quinzenalmente, a reunião ocorrerá na presença de no mínimo três dos componentes da comissão;

Art 7º- Em caso de suspeita de Morte encefálica, a CIHDOTT deverá ser comunicada e orientará os responsáveis pelo paciente a tomarem as providencias necessárias para o diagnóstico;

Art 8º- Toda abordagem do familiar deverá ser realizada por um dos membros da CIHDOTT com capacitação específica na área de entrevista familiar;

Art 9º- O membro da CIHDOTT deverá preencher os documentos de autorização de doação de órgãos e tecidos, de córneas e entrevista familiar

Art 10º- Em caso de intenção de doação, o membro da CIHDOTT deverá entrar em contato com a OPO I. Nos casos de negativa de doação, deverá ocorrer registro interno da negativa, casos com suspeita de contraindicação clinica deverão ser comunicados ao coordenador antes da exclusão do paciente.

Art 11º- É de responsabilidade da CIHDOTT o acompanhamento do familiar até o término do processo dentro da instituição, inclusive viabilizar o acompanhamento psicológico em caso de necessidade; bem como oferecer ajuda na resolução de outras necessidades que sejam observadas durante a abordagem do familiar, mesmo em caso de recusa de doação.

#### 6.8 – Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente

A FUNAM, mantenedora do Hospital das Clínicas Dr. Mario Ribeiro da Silveira – HCMR é uma unidade hospitalar, com leitos ativos para atendimento de pacientes em nível hospitalar com especialidades médicas de média e alta complexidade, e tem como missão prestar atendimento humanizado e de excelência à comunidade, praticando uma Medicina avançada para todos, com ações integradas de assistência social, saúde, ensino e pesquisa com vistas à melhoria da assistência à saúde e à educação no Norte de Minas. O Hospital possui ainda o centro de referência em oftalmologia, consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem, bloco cirúrgico, bloco obstétrico e bloco oftalmológico.

#### **DIRETRIZES**

Em agosto de 2015, foi criado o Escritório de Qualidade do HCMR, serviço destinado ao gerenciamento, implantação e busca de um programa de qualidade com reconhecimento/certificação externo. Constituído, inicialmente por uma enfermeira, o Escritório desenvolverá suas atividades baseando-se nas diretrizes pactuadas:

#### **Certificação de Programas de Qualidade em Saúde.**

O Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira adotou a Acreditação Hospitalar como metodologia para implantação de suas práticas de qualidade. Para tanto, realizar-se-á capacitação dos líderes em Gestão da Qualidade, a fim de fortalecer os conceitos sobre a metodologia. Posteriormente serão implementadas ações de identificação e mapeamento dos macroprocessos internos, indicadores de qualidade, normatização dos procedimentos e educação permanente voltada para melhoria dos processos.



A avaliação diagnóstica por uma Instituição Acreditadora será o marco inicial para implantação da metodologia, visto que o instrumento se constituirá diretriz estratégica da alta administração.

**Estabelecer Sistemática para a Elaboração, Revisão, Aprovação, Disponibilização, Arquivamento e Controle dos Documentos, Processos, Rotinas e Formulários Internos.**

Será de responsabilidade no Escritório de Qualidade apoiar a elaboração, revisão, arquivamento e sistematização dos documentos e formulários internos. Caberá ainda ao Escritório gerenciar estes documentos através de codificações e inclusões em listas mestras.

Nenhum formulário e/ou documento interno poderão ser elaborados, revisados e/ou descartados sem o conhecimento e aprovação do serviço de qualidade.

**Implantar e Coordenar as Ações de Auditorias Internas da Qualidade.**

As auditorias internas serão realizadas para manutenção da cultura de qualidade, atendimento aos requisitos do diagnóstico organizacional e melhoria dos processos.

As avaliações serão realizadas por profissionais Enfermeiros, Engenheira do Trabalho, Técnica de segurança do Trabalho e Farmacêutica Clínica. Todas as subseções do Manual de Acreditação serão auditadas, com periodicidade quadrimestral.

O instrumento utilizado para as avaliações será um check-list com informações referentes à Qualidade (DOS, Diagnóstico Organizacional, Instrumento Pró-Hosp.), Segurança do Trabalho (**Portaria 3.214**), Controle de Infecção (diretrizes) e Assistência Farmacêutica.

Os relatórios de não conformidades evidenciadas serão entregues aos responsáveis pelas subseções com cópia para a diretoria.

**Segurança do Paciente**

A segurança dos nossos clientes será contemplada através do Processo de Gerenciamento de Riscos, o qual será implementado pelo Escritório de Qualidade, a partir dos processos mapeados.

Inicialmente será disponibilizada capacitação dos membros da comissão de gerenciamento de riscos e líderes sobre o tema. Posteriormente caberá ao Escritório de Qualidade e Núcleo de Segurança dos Pacientes a elaboração e pactuação do cronograma de atividades, procedimento operacional padrão e matriz de gerenciamento (formulário). A identificação e classificação dos riscos deverão ser realizados pelos líderes em parceria com as equipes de trabalho.

De posse destes dados caberá à comissão analisar e definir pela elaboração de planos de contingência e solicitar ao responsável pelo processo a construção, implementação e monitorização destas ações.

As notificações de eventos adversos também deverão ser gerenciadas pela comissão de gerenciamento de riscos, assim como o encaminhamento das tratativas.

### **Promover a Educação Continuada para a Qualidade.**

A cultura de qualidade no HCMR será mantida e promovida através de capacitações voltadas para a certificação “Acreditação Hospitalar”, “Gestão da Qualidade”, “Gestão de Riscos”, entre outros.

### **Implementação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde**

A padronização e a troca eletrônica de informações em saúde, sejam dos usuários ou administrativas, trazem inúmeros benefícios, entre os quais:

- I. Aprimoram a comunicação entre os atores do setor: reduzem o uso de papel, agilizando o acesso do paciente aos serviços de saúde;
- I. Facilitam a obtenção de informações para estudos epidemiológicos e definição de políticas em saúde - favorecem a realização de análise de custos e benefícios de investimentos na área de saúde;
- II. Reduzem custos administrativos - melhoram a qualidade da assistência à saúde;
- III. Possibilitam comparações e análises de desempenho institucional implicando a otimização de recursos e aumento da qualidade de gestão.

A privacidade das informações individuais, entre as quais se incluem aqueles referentes ao estado de saúde de cada paciente, é preocupação presente nos mais variados setores da sociedade e se expressa em variados diplomas legais, desde o Código Penal Brasileiro, de 1942, até as resoluções do Conselho Federal de Medicina. Entre os procedimentos de segurança recomendados, estão as normas técnicas estabelecidas na Resolução CFM n.º 1639, de 10 de julho de 2002, e nas resoluções da ANS (RN nº 21, de 12 de dezembro de 2002, e na RDC nº 64, de 10 de abril de 2001).

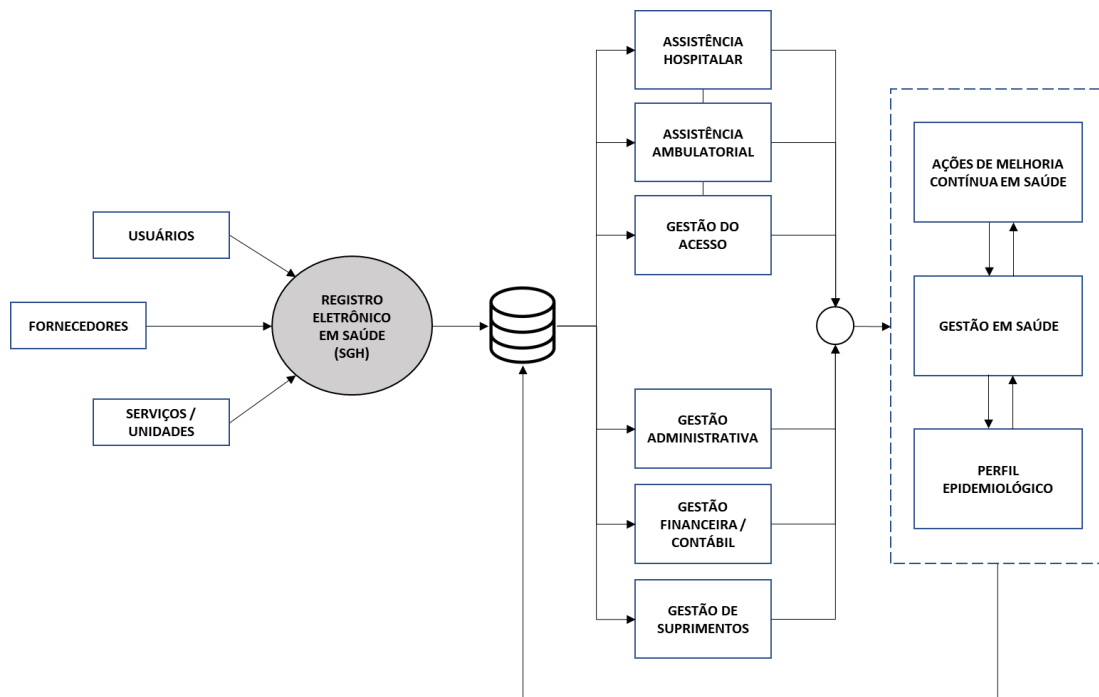
Tais medidas proporcionam as garantias administrativas, técnicas e físicas de proteção ao acesso à informação trocada. Recomenda-se, ainda, para o alcance dos objetivos de segurança e privacidade, a observação, ao menos, dos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS-1), descritos no "Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde" (RES), em conformidade com a norma NBR ISO/IEC 17799 - Código de Prática para a Gestão da Segurança da Informação.

Cabe a todos prestadores de serviços em saúde, da instituição sob gestão plena, garantir o correto registro, bem como o sigilo das informações de todos os usuários atendidos e das informações administrativas .

Os registros de informações referentes aos usuários do e administração seguirão as normas e rotinas estabelecidas pelo serviço de Recepção e SAME. O serviço de Recepção é o responsável por registrar a maior parte das informações dos usuários e o SAME o responsável pelo tanto pelo registro das informações dos usuários como informações de caráter administrativo, além de realizar a compilação destas informações.

Através do Sistema de Gestão do HU, as informações serão centralizadas e trabalhadas através de um sistema de Business Intelligence, trazendo maior efetividade na tomada de decisões gerenciais, tanto da Gerência Geral do HU quanto do Município de Canoas.

O fluxo abaixo demonstra como o sistema de informação funcionará, centralizará e distribuirá as informações, convertendo os registros e dados em informações claras e objetivas.



A FUNAM especificará, customizará e implantará o Sistema de Registro Eletrônico em Saúde para o Hospital Universitário de Canoas, validando o escopo, cronograma e funcionalidades do projeto com a área técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Canoas (DTIS), conforme os itens estabelecidos no Plano de Trabalho:

- Sistema de Ordenamento de Atendimento;
- Sistema de Controle de Estoque de Insumos e Medicamentos;
- Sistema de Informação da Radiologia;
- Sistema Informatizado de Gestão com Centro de Custo por Unidade de Saúde, Emissão de CNS, com solução para barramento de CNS do DATASUS e PEP.

### Programas de Qualidade

A FUNAM irá implementar outras iniciativas voltadas ao desenvolvimento de programas de qualidade no, que serão operacionalizadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, contemplando:

- I. Constituição da Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente
- II. Implantação da Gestão de Processos
- III. Implantação da Gestão de Projetos

- IV. Implantação da Gestão de Riscos e Ocorrências
- V. Implantação da Gestão de Segurança do Paciente
- VI. Realização da “Semana da Qualidade”

## **1 COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**

### **1.1 FINALIDADE E OBJETIVOS DA COMISSÃO**

É objetivo desta Comissão: é a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais, a fim de garantir a qualidade dos mesmos em todos os serviços salientados no edital. Além disso, o núcleo deve avaliar o grau de adesão da instituição de saúde para as práticas e recomendações emitidas por ele ou pelos órgãos, como Anvisa e Ministério da Saúde.

Terá como finalidade e objetivos:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços do objeto;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA em realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital.
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital.
- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente.

## **1.2 PERFIL DOS MEMBROS DA COMISSÃO**

Ao nomear a sua composição, a Direção do confere aos membros da Comissão autoridade e responsabilidade para desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente, que deverão ser acompanhadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, devendo ser composto, minimamente, por:

- I. Representantes da Direção;

- II. Representantes do Corpo Clínico;
- III. Coordenação de Enfermagem;
- IV. Enfermeiros Assistenciais;
- V. Farmacêutico;
- VI. Representantes da equipe operacional.

### 1.3 FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES / CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

As reuniões ordinárias, serão realizadas com periodicidade mensal e de maneira extraordinária, quando houver necessidade.

As Reuniões terão um cronograma pré-estipulado e acompanhado continuamente pela sua gestão para que possa ter seu grau de efetividade e melhor desempenho atribuí

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■										
Reunião Ordinária			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaborar / Revisar / Definir os riscos a serem monitorados por complexidade setorial			■	■	■							
Implantar o Gerenciamento e Monitoramento de risco e avaliação da causa raiz				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realizar ações preventivas e educativas para a equipe				■		■		■		■		■

### 1.4 PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

#### I - DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

Art. 1º. A constituição da Comissão será nomeada pela Gerência Geral baseada na resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº 36/2013. A referida RDC conceitua a Comissão como sendo “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”. A constituição de um fórum de discussão multidisciplinar que articule e coordene programas e atividades de gestão de riscos para prevenção de incidentes é muito importante para que seja obtido êxito no programa de segurança do paciente.

Art. 2º - É objetivo desta Comissão: é a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais, a fim de garantir a qualidade dos mesmos. Além disso, deve avaliar o grau de adesão da instituição de saúde para as práticas e recomendações emitidas por ele ou pelos órgãos, como Anvisa e Ministério da Saúde.

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

### **SECÇÃO I - ESTRUTURA**

Art. 3º - Ao nomear a sua composição, a Direção do confere aos membros da Comissão autoridade e responsabilidade para desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente, que deverão ser acompanhadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, devendo ser composto, minimamente, por:

- I. Representantes da Direção;
- II. Representantes do Corpo Clínico;
- III. Coordenação de Enfermagem;
- IV. Enfermeiros Assistenciais;
- V. Farmacêutico;
- VI. Representantes da equipe operacional.

### **SEÇÃO II ORGANIZAÇÃO**

Art. 4º . As reuniões serão realizadas com periodicidade mensal e sempre que necessário, de maneira extraordinária, com registro em ata.



Art. 5º A comissão será organizada com as funções de Presidente, Vice-Presidente, Secretário e membros efetivos, que serão responsáveis pelas atribuições da comissão.

Art. 6º Na ocorrência de ausência de mais de 50% dos membros presentes na data marcada para a reunião, a mesma deverá ser reagendada e realizada dentro do mesmo mês.

### **SEÇÃO III DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 7º – À Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente compete:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços do objeto;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA em realizar o

monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital.
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a todos os serviços inclusos neste edital.
- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

### **SEÇÃO III DAS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA AO PACIENTE A SEREM ATINGIDAS**

Art. 8º Atender a Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente:

- I. Elaborar e implementar Políticas e Procedimentos para a identificação segura do paciente;
- II. Monitorar o uso das pulseiras nos locais onde já existem;

- III. Treinamento para os profissionais relativo a identificação antes da administração de tratamentos e realização de procedimentos.

Art. 9º Atender a Meta 2 - Melhorar a comunicação efetiva:

Elaborar e implantar política para orientar o processo de verificação da precisão verbal e telefônica.

- I. Elaborar ferramentas de comunicação para os pacientes e seus familiares e/ou acompanhantes como Informativos de Funcionamento, Pesquisas de Satisfação e Boletins Informativos.

Art. 10º Atender a Meta 3 - Melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância

- II. Elaborar a lista de medicamentos de alta vigilância;
- III. Elaborar e implantar políticas e procedimentos para orientar a identificação, rotulagem, armazenamento e segregação destes medicamentos.

Art. 11º Atender Meta 4 - Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção correto, Procedimento Correto e Paciente Correto. Mesmo o objeto do projeto não contemplo serviço de Centro Cirúrgico, a respectiva meta deverá ser trabalhada levando em consideração os procedimentos invasivos, curativos, suturas e qualquer outro que possua cunho cirúrgico:

- I. Elaborar e implantar políticas e procedimentos definindo os processos relativos à Meta 4 (cirurgia segura);
- II. Marcação do local da intervenção (lateralidade);
- III. Lista de verificação e timeout antes de cirurgia e procedimentos invasivos.

Art. 12º Atender Meta 5 – Reduzir o risco de Infecções associadas aos cuidados de saúde.

- I. Rever os procedimentos estabelecidos e as estratégias de adesão para lavagem de mãos;
- II. Desenvolver política e/ou procedimentos de suporte na redução de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Art. 13º Atender a Meta 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas.

- I. Elaborar políticas e/ou procedimentos para avaliação do risco de queda.
- II. Incluir no procedimento forma de identificar o paciente em risco de queda.
- III. Sensibilizar e capacitar a equipe multiprofissional;

#### **SEÇÃO IV RECOMENDAÇÕES PRIORITÁRIAS CIRURGIA SEGURA**

- I. Desenvolver e implantar políticas e procedimentos para orientar os serviços de anestesia e cirurgia;
- II. Implementar a avaliação pré-anestésica e pré-indução para todos os pacientes;

#### **SEÇÃO V GERENCIAMENTO DE USO DE MEDICAMENTOS**

- I. Elaborar, desenvolver e implantar política para orientar o gerenciamento e uso de medicamentos em toda a instituição;
- II. Definir processos para identificar, desprezar e monitorar medicamentos com prazo de validade vencido;
- III. Instituir processos para garantir a segurança e monitoramento do armazenamento de medicamentos controlados na farmácia e nas áreas de cuidado.

#### **SEÇÃO VI RECOMENDAÇÕES PRIORITÁRIAS**

- I. Elaborar e implantar Políticas e procedimentos para definir o processo de avaliação e reavaliações do paciente em toda a instituição;
- II. Definir o conteúdo das avaliações médicas iniciais e da equipe multidisciplinar;
- III. Implantar processos para avaliação dos pacientes com dor que seja adequada à idade do paciente com registro em prontuário.
- IV. Elaborar e implantar as políticas e procedimentos referentes ao cuidado dos pacientes de alto risco.

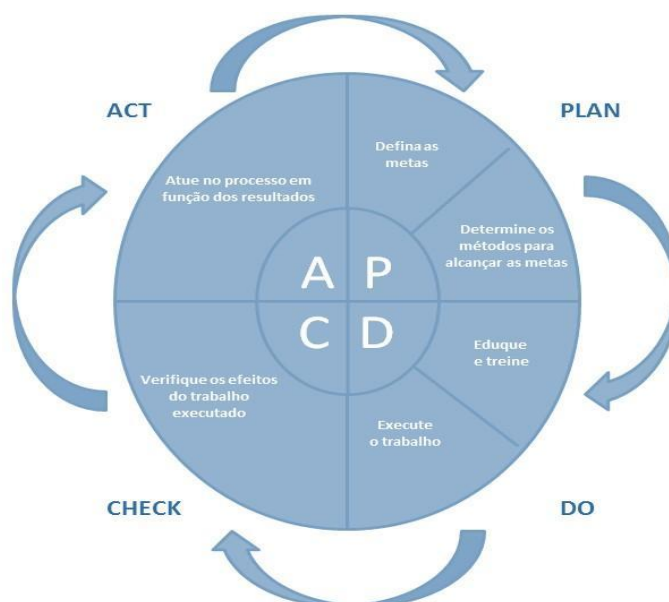
- V. Implantar processo para que os resultados de todas as discussões e conclusões da equipe de cuidado multidisciplinar sejam anotados no prontuário clínico.

## 2 GESTÃO DE PROCESSOS

O principal objetivo será o alinhamento do planejamento estratégico com as ações operacionais dos Serviços de Saúde.

Esse objetivo é alcançado pelas seguintes ações:

### DESCRIÇÃO PDCA



### 2.1 ESCLARECER A VISÃO ESTRATÉGICA

Definir o mapa estratégico dos setores da Instituição, através de uma sequência de relações causa e efeito entre resultados e vetores de desempenho o Balanced Score Card que ajudarão a esclarecer as ações a empreender. Este método contribuirá para a criação de consensos, entre os gestores, da visão e estratégia da organização seguindo a Missão, Visão e Valores a serem definidas para o.

### 2.2 GERENCIAR AS MEDIDAS ESTRATÉGICAS

O atuará em sua gestão visando comunicar e interligar objetivos e indicadores estratégicos trabalhando na sensibilização e comprometimento dos colaboradores com a organização para que as metas se encontram alinhadas com os objetivos e expectativas da gestão e Secretaria Municipal de Saúde.

Se o sucesso da organização depende dos objetivos estratégicos da organização ser atingidos, tal meta só será concretizada quando os colaboradores os conhecem e reconhecem como seus. Acreditamos que o colaborador irá se esforçar na mesma medida e proporção em que conhecerem as intenções estratégicas da Gestão e se rever nelas.

### **2.3 DIAGNOSTICAR, MAPEAR E GERENCIAR AS METAS PRÉ- ESTABELECIDAS**

Os dirigentes dos Serviços de Saúde em questão deverão identificar metas desafiantes para os seus funcionários, definir processos internos, planejar o desempenho financeiro e o crescimento.

A definição de objetivos irá conduzir à mensuração dos mesmos comprometendo os colaboradores na redução do tempo de execução das tarefas; na introdução consolidada da melhoria contínua dos processos e no aumento da sua capacitação e competências.

### **2.4 APRENDIZADO ESTRATÉGICO – FEEDBACK**

A metodologia do Núcleo de Qualidade seguirá o gerenciamento continuamente a organização, voltado à de 4 (quatro) perspectivas:

- I. Perspectiva Financeira: Como é que aparecemos aos nossos acionistas?
- II. Perspectiva de Clientes: Como é que os clientes nos veem?
- III. Perspectiva de Processos Internos: Em que temos de ser excelentes?
- IV. Perspectiva de Aprendizagem e Crescimento: Como podemos melhorar e criar valor?

## **3 GESTÃO DE PROJETOS**

Os Projetos serão desenvolvidos pelo Núcleo de Qualidade afim de gerenciar o progresso do empreendimento e através das variáveis (qualidade, custo, prazo e

âmbito) e verificará seus desvios. Desta forma, seu objetivo geral será proporcionar que as falhas inerentes aos processos sejam minimizadas.

## FLUXO DE GESTÃO DE PROJETOS



A Gestão de Projeto terá como finalidades:

- Apoiar o planejamento e acompanhar a execução dos Planos de Ações - PA;
- Monitorar tecnicamente a estratégia organizacional, por intermédio do Sistema de Gestão Estratégica – SGE / Balanced Score Card - BSC;
- Coordenar a medição do desempenho global dos Serviços de Saúde;
- Coordenar as ações referentes à análise dos processos essenciais dos Serviços de Saúde
- Designar os integrantes da equipe, caso o gestor local não o tenha feito, atribuindo-lhes responsabilidades específicas para a execução do projeto;
- Elaborar a Declaração de Escopo do Projeto, submetendo à aprovação da autoridade que determinou a implantação do projeto, no sentido de verificar o seu alinhamento com os objetivos que nortearam os motivos da implantação;
- Elaborar o Plano do Projeto e os anexos julgados necessários, submetendo-os à aprovação da autoridade que determinou a implantação do projeto;
- Realizar as ligações com os diversos órgãos participantes do projeto;
- Realizar reuniões de coordenação com o supervisor e com a equipe do projeto;

- Definir o fluxo de informações necessárias ao andamento do projeto (gerenciamento de comunicações) e os indicadores de avaliação (eficiência, eficácia e efetividade do projeto);
- Coordenar e controlar todas as atividades referentes ao projeto;
- Promover a cooperação entre os órgãos participantes, por intermédio dos representantes dos mesmos;
- Promover a avaliação do projeto, por meio de indicadores de eficiência, eficácia e efetividade do projeto;
- Caso necessário, propor o aperfeiçoamento do projeto à autoridade que determinou a sua implantação;
- Delegar competência ao supervisor, se for o caso.

### 3.1 PLANO DE PROJETOS OU PLANO DE AÇÃO

O Plano do Projeto utilizará como ferramenta de gerenciamento das ações planejadas as melhorias e/ou correções de não conformidades, o Plano de Ação.

É a ferramenta que será utilizada para o mapeamento das ações, prazos pré-estabelecidos, evidências de cumprimento e responsáveis pelas ações projetadas, conforme modelo abaixo.

<b>PLANO DE AÇÃO</b>	Quebra de Contrato
	Contrato / Projeto
	Auditoria Interna
Setor:	
Data:	



Gestor:				
Meta:				
Atividade	Evidência	Início	Término	Responsável
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

#### **4 GESTÃO DE RISCOS E OCORRÊNCIAS**

A necessidade de gerenciar riscos decorre, principalmente, da consciência de existência de fatores, internos ou externos dos projetos, cujo desencadeamento, ao longo do seu ciclo de vida, poderá fazer alterar o objetivo do mesmo.

A identificação desses fatores e/ou das suas causas constitui uma das etapas fundamentais, de qualquer metodologia de gestão dos riscos.

O tipo de risco, a sua probabilidade de ocorrência, ou o seu impacto sobre o projeto, variam ao longo do ciclo de vida do mesmo, sendo por isso necessário proceder-se à identificação dos riscos, em todas as suas fases.

#### **4.1 PLANEJAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS**

Terá por objetivo decidir como abordar, planejar e executar as atividades de gerenciamento de riscos de um projeto originando:

- I. Metodologia;
- II. Funções e responsabilidades;
- III. Orçamentação;
- IV. Tempos;
- V. Categorias de risco;
- VI. Definições de probabilidade e impactos de riscos;
- VII. Matriz de probabilidade e impacto;
- VIII. Revisão das tolerâncias das partes interessadas;
- IX. Formatos de relatório;
- X. Acompanhamento.

#### **4.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS**

Determinará os riscos que podem afetar o projeto e documentação de suas características.

Serão utilizados como métodos revisões da documentação, técnicas de coleta de informações e “Brainstorming”, técnicas de coleta de informação, análise da lista de verificação, análise das premissas e técnicas com diagramas:

- I. Lista de riscos identificados;
- II. Lista de respostas possíveis (Hipóteses);
- III. Causa-raiz do risco;
- IV. Categorias de risco atualizadas.

#### **4.3 ANÁLISE QUALITATIVA DOS RISCOS**

Priorizará dos riscos para análise ou ação adicional subsequente através de avaliação e combinação de sua probabilidade de ocorrência e impacto.

A análise qualitativa de riscos avalia a prioridade dos riscos identificados usando a probabilidade de que eles ocorram, o impacto correspondente nos objetivos do projeto se os riscos realmente ocorrerem, além de outros fatores, como prazo e tolerância a

risco das restrições de custo, cronograma, escopo e qualidade do plano de ação de melhoria:

- I. Classificação relativa ou a lista de prioridades dos riscos do projeto;
- II. Riscos agrupados por categoria;
- III. Lista de riscos que exigem resposta em curto prazo;
- IV. Lista de riscos para análise e respostas adicionais;
- V. Lista de observação de risco de baixa prioridade;
- VI. Tendências dos resultados da análise qualitativa de riscos

#### **4.4 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS RISCOS**

A Gestão do analisará numericamente os efeitos dos riscos identificados nos objetivos gerais do projeto.

A análise quantitativa de riscos será realizada nos riscos que forem priorizados pelo processo, análise qualitativa de riscos por afetarem potencial e significativamente as demandas conflitantes do projeto. Analisará o efeito desses eventos de risco e atribuirá a uma classificação numérica a esses riscos também apresentará uma abordagem quantitativa para a tomada de decisões na presença da incerteza:

- I. Análise probabilística do projeto;
- II. Probabilidade de realização dos objetivos de custo e tempo;
- III. Lista priorizada de riscos quantificados;
- IV. Tendências dos resultados da análise quantitativa de riscos.

#### **4.5 PLANEJAMENTO DAS RESPOSTAS DOS RISCOS**

O Núcleo de Qualidade desenvolverá junto aos gestores do processo e com o auxílio da ferramenta Informatizada, opções e ações para aumentar as oportunidades e reduzir as vulnerabilidades encontradas no projeto.

- I. Registro de riscos (atualizações);
- II. Plano de ações;
- III. Acordos contratuais relacionados a riscos.

#### **4.6 GERENCIAMENTO E CONTROLE DOS RISCOS**

O gestor do Núcleo de Qualidade acompanhará os riscos identificados, monitoramento dos riscos residuais, identificação dos novos riscos, execução de planos de respostas a riscos e avaliação da sua eficácia durante todo o ciclo de vida do projeto.

#### **4.7 ATRIBUIÇÕES NA GESTÃO DE RISCOS**

Serão atribuições também do Gestor do Núcleo de Qualidade no que se refere a Gestão de Risco:

- I. Estimular as notificações de eventos adversos na Unidade;
- II. Avaliar as notificações de eventos adversos;
- III. Notificar o Conselho Executivo do Nacional e consequente notificação a ANVISA todos os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde identificados;
- IV. Divulgar informações e alertas internos para evitar que novos efeitos adversos ou problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde aconteçam;
- V. Traçar medidas preventivas e corretivas, como educação continuada, publicação de alertas, informes e boletins, interdição de lotes, reprovação e suspensão de marcas de medicamentos e outros produtos para saúde, além de acompanhar o processo após a intervenção;
- VI. Realizar palestras, oficinas de trabalho e treinamentos para o público interno para disseminar informações sobre as ações corretivas, preventivas adotadas pelo Gerenciamento de Risco, além da importância das notificações;
- VII. Estabelecer indicadores de desempenho do serviço e da qualidade dos produtos utilizados no Serviço de Saúde.

### **5 GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

#### **5.1 AÇÕES PREVISTAS PELA PORTARIA 529/GM/MS - PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

As ações previstas para implantação e implementação estabelecerá o Programa Nacional de Segurança do Paciente, pelo à Unidade e seguirá como premissas prioritárias para o desenvolvimento das ações a instituição de:

- I. Núcleo de Segurança do Paciente.
- II. Instituição dos Protocolos prioritários para Segurança do Paciente, seguindo as 6 (seis) Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

## **5.2 PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCO**

Inicialmente, para entender a relação entre o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a Gestão de Riscos será essencial apresentar os conceitos de qualidade e a segurança do paciente que nortearão a nossa discussão. Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade fará parte da gestão de macroprocessos institucionais, aquela que definirá a conduta organizacional, da qual serão originados o planejamento estratégico e seus objetivos. Já a segurança do paciente, uma das dimensões da qualidade, é parte integrante do planejamento estratégico institucional uma vez que deve ser um dos objetivos estratégicos da instituição, sendo também um elemento de gestão da organização, da cultura organizacional.

A gestão de riscos não pode ser confundida com uma vigilância sanitária de fiscalização de processos. Também não é simplesmente um setor que trata da segurança do paciente.

Trata-se de uma ferramenta de gestão pertinente a vários tipos de serviços que busca reduzir a chance de algum resultado não esperado e negativo acontecer ou, se esse acontecer, que seu impacto seja o menor possível e que não cause danos.

A gestão de riscos, por sua vez, é um método de gestão que deverá ser utilizado em diferentes setores da Unidade para que seja obtida a excelência, resultado esperado quando se trabalha com qualidade nos processos, sejam eles administrativos, financeiros, jurídicos ou assistenciais.

Assim, a gestão de riscos é necessária para a ação, ou seja, é elemento para a ação estratégica que auxiliará a organização em seu planejamento. Na assistência, seu

emprego auxiliará sobremaneira a obtenção da segurança do paciente, evitando danos desnecessários e maximizando a obtenção de resultados esperados.

O em sua gestão atuará em ações voltadas a assistência com prevenções de risco ao paciente. Para isso, a gestão irá monitorar todos os indicadores de risco como queda do paciente, erros de medicação, flebites entre outros recomendados pelo Ministério da Saúde para implantações de boas práticas e melhorias contínuas e segurança do paciente.

### **5.3 GESTÃO VOLTADA A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Para que os planos e ações de segurança das pacientes aconteçam com eficiência o implantará junto ao Núcleo de Qualidade e Capacitação para a implantação da Comissão de Segurança do Paciente e consequente Protocolo de Segurança de Pacientes, objetivando a gestão de risco.

Para facilitar interações das ações da Unidade as demais Comissões Técnicas Obrigatórias e Recomendadas serão implantadas rotinas programadas e acompanhadas por cronogramas junto ao Núcleo de Comissões e Gerência Geral do Hospital Universitário.

As informações sobre incidentes e queixas técnicas serão encaminhadas pelos diferentes notificadores para o Núcleo de Qualidade e Capacitação, para análise, avaliação, tratamento, comunicação, monitorização e avaliação dos riscos, conforme fluxo de trabalho.

### **5.4 PROCESSO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

A segurança do paciente é tema de responsabilidade Técnica, porém é sabido que a segurança do paciente é transversal a todo o trabalho e assistência da Unidade com responsabilidade plena da Gerência Geral do HU.

Para promover a transversalidade que o assunto requer, a gestão do criará uma Comissão de Segurança do Paciente, com estrutura multidisciplinar para elaboração de estratégias para a implantação, implementação e divulgação das ações para melhoria contínua dos processos assistenciais com foco na segurança do paciente.

A Comissão de Segurança do Paciente será um ambiente de discussão das diferentes realidades apresentadas pelas filiais, que será presidido pelo Núcleo de Qualidade e Capacitação.

## **5.5 PLANO DE ORGANIZAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE QUALIDADE**

Para a efetiva implantação da Gestão de Qualidade, iniciaremos com a implantação o Núcleo de Qualidade , já no início da atuação do na Gestão do, nos comprometendo logo no primeiro mês implantar, propomos logo na primeira etapa ser a implantação refere-se a necessidade de desenhar o mapa estratégico, definir os objetivos e traçar os indicadores, apoiar na escolha das intervenções e projetos estratégicos e, direcionar os desdobramento dos planos de ação, para estabelecer orientações estratégicas a fim de viabilizar a política da qualidade e da segurança do paciente.

## **5.6 ESCOPO DA IMPLANTAÇÃO DA QUALIDADE**

A Gestão do terá como meta o atendimento das necessidades e expectativas de seus usuários e expectativa do Município de na contratação do . Para tanto, será de extrema importância que as atividades desenvolvidas estejam fundamentadas em sólidos pressupostos filosóficos, metodológicos, socioeconômicos e epidemiológicos para que sejamos capazes de garantir um elevado padrão de qualidade assistencial com garantia da segurança e atendimento humanizado aos pacientes além do foco de garantia dos resultados esperados e a implantação do Núcleo de Qualidade na estrutura organizacional dos Serviços.

As definições acerca do conceito de qualidade são muitas, entretanto, no setor saúde, diz a respeito à consolidação de um elevado padrão de assistência.

Cabe ressaltar que a qualidade da assistência se apoia concretamente na avaliação de 3 (três) dimensões: estrutura, processo e resultado.

A qualidade é o fator com o qual todos os envolvidos estarão focados aos aperfeiçoamentos constantes das práticas, cujo horizonte é a satisfação daqueles que dependem desses serviços, além dos benefícios alcançados frente à diminuição dos riscos, tendo como referencial o usuário.

A missão essencial do é a prestação de serviços e assistência aos seus usuários de forma qualificada e segura, assim buscamos a constante integração harmônica das áreas assistenciais e de gestão para a obtenção de resultados esperados e assistência diferenciada.

Faz-se necessário para a clareza do seguimento da Qualidade da Gestão do as seguintes definições:

- I. Eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;
- II. Efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;
- III. Eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico;
- IV. Otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis;
- V. Aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 (cinco) conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;
- VI. Legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.
- VII. Equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

É dos seguimentos de Princípios, Diretrizes e Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS que o se norteia para a assistência qualificada:



- I. Universalidade: é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão pelo Sistema Único de Saúde - SUS;
- II. Integralidade: é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas; as unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade configuram um sistema capaz de prestar atenção integral;
- III. Equidade: é o princípio de que o acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade seja adequado à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios;
- IV. Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo, federal, estadual e municipal, tornando a gestão mais próxima do cidadão usuário;
- V. Municipalização: é um passo importante de descentralização, em que a gestão se desloca do nível federal e estadual para o nível municipal, levando à maior responsabilização na promoção das ações diretamente voltadas para seus cidadãos;
- VI. Distritalização: é um processo de responsabilização crescente da descentralização, em que cada Distrito de Saúde passa a exercer papel de gestão do Sistema no seu território;
- VII. Regionalização: Definição de espaço territorial e população a ser atendida. Como essa população tem direito a ter acesso a todo tipo de recursos assistenciais, o conceito envolve também a articulação intermunicipal de recursos à saúde que garantam esse direito;
- VIII. Hierarquização: é a organização do acesso ao sistema a partir das ações de atenção primária, realizadas pelo Centro de Saúde, que deve estar estruturado para poder resolver 80% dos problemas de saúde da população e pelas ações de atenção secundária e terciária, com complexidade tecnológica crescente, que são realizadas nos serviços de retaguarda de especialidades e centros de referência;
- IX. Responsabilização: é a capacidade do Sistema de Saúde ativamente em assumir responsabilidade pelos problemas de saúde

- de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional devem se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário, visando à atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva;
- X. Vínculo: é a ligação que se estabelece entre o usuário/o sistema de saúde/a equipe local/o profissional de saúde. Quando o vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece os usuários, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuário/ população se vincula a uma equipe ou profissional de saúde;
- XI. Recursos financeiros: são vitais para a operacionalização do SUS. Originam-se do Governo Federal, Estadual e recursos do próprio Município. Sua utilização é acompanhada pelo Fundo Municipal de Saúde, onde estão disponibilizadas as prestações de contas da saúde;
- XII. Recursos humanos: são os profissionais de saúde e suas relações de trabalho.

## 5.7 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE QUALIDADE

ATIVIDADES	DESCRIÇÃO
Desenvolver e/ou Entender a Missão, Visão e Valores dos Serviços	Apresentação do projeto para o Núcleo já constituído.
Identificação das principais competências administrativas, processos gerenciais, estruturação operacional e indicadores de desempenho	Definição das dimensões estratégicas. Definição dos objetivos estratégicos. Desdobramento das estratégias.

Programa de Capacitação da Estrutura de Governança	Módulos de aulas.  Capacitação em Gestão de Processos e Projetos. Cada participante será responsável pela estruturação e implantação dos projetos necessários para o seu processo.
Mapeamento dos processos e estruturação de projetos para o desdobramento	Estruturação do sistema de atendimento:  Nível Estratégico; Nível Gerencial; Nível Operacional;  Descrição das Competências com validação do Regimento proposto pelo .

## **5.8 ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL**

A implantação da gestão do cuidado e do modelo assistencial adotado e disseminado pelo tem foco no. O planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), e adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas.

Para oferecer um cuidado com qualidade será necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.

O junto com seus dirigentes de cada serviço e equipe multiprofissional, farão parte do rol de profissionais que estarão profundamente implicados na qualidade do cuidado, através de um sistema de gestão de cuidado participativo junto ao Conselho Executivo do Nacional e Secretaria Municipal de Saúde.

Isso significa trabalhar em algumas direções, entre outras para:

- I. A construção absolutamente necessária da Qualificação de Gestores do SUS e de suas diretrizes clínicas ocorra de maneira mais dialógica inicialmente trabalhado por especialistas ou por encarregados que estejam mais diretamente vinculados aos problemas, o documento seria analisado e reelaborado pelos profissionais e equipes mais vinculados à implementação e/ou cujo trabalho seja afetado pelas diretrizes em tela;
- II. A elaboração de planos e projetos se dando em uma base mais coletiva, assim como o processo de avaliação da qualidade do cuidado, utilizando padrões e/ou indicadores.

Os indicadores refletirão uma discussão mais ampla dos trabalhadores envolvidos no cuidado, de forma que a avaliação possa gerar maior comprometimento na melhoria dos processos de trabalho.

Facilitadores de acesso à atenção integral preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS serão implantados:

- I. Acolhimento nas unidades de saúde, como porta de entrada e direcionamento do cuidado através de implantação de profissionais denominados Agente de Humanização;
- II. Classificação de risco – Protocolo de Manchester;
- III. Projeto Terapêutico Singular e Discussão Clínica Multiprofissional - Interdisciplinar garantida;
- IV. Equipes de referência e de Apoio matricial.

Será implantado concomitantemente às ações já mencionadas, organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, definir e responsabilizar a equipe de saúde sobre suas atribuições e responsabilidades no cuidado de forma clara e objetiva.

Desenvolver as linhas do cuidado e colocá-las operando será uma inovação nas propostas assistenciais do. Na sua construção, torna-se imperativo identificar os diversos atores que controlam os recursos das linhas de cuidado propostas para

serem implantadas, sendo que estes deverão formar um colegiado gestor, do qual participam as pessoas com função de organizá-la e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Este deverá produzir a necessária pactuação para que a linha do cuidado funcione. O pacto para construção da linha do cuidado se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizarão com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta:

- I. Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado;
- II. Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”;
- III. Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- IV. Garantia de fluxos também da atenção especializada para a Rede Básica de Saúde;
- V. Determinação de que a equipe da Unidade Básica seja responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário;
- VI. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos e/ou orientações de referências e contra referências;
- VII. Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais;
- VIII. Busca da garantia da intersectorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença.

É importante reconhecer que há uma linha do cuidado operando internamente na Rede Básica de Saúde, e que ganha relevância se considerarmos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível da assistência.

A integralidade do cuidado também exigirá que os profissionais se articulem continuamente e que o trabalho desenvolvido e a liderança responsável façam -os refletirem da mesma forma, seja no plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede, seja entre os diferentes serviços que compõem o HU. Esta articulação dependerá da troca de informações sobre as terapias dispensadas ao paciente e sobre as necessidades de cuidados continuados identificadas pelos profissionais que serão responsáveis por seu cuidado além do interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Canoas.

Para a garantia da assistência qualificada os pacientes terão como dever:

- I. prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre:
  - a. quedas
  - b. enfermidades e hospitalização anteriores;
  - c. história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas;
  - d. demais informações sobre seu estado de saúde.
- II. expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas;
- III. seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deverá ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento;
- IV. informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde;
- V. assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde;
- VI. contribuir para o bem-estar de todos nos serviços de saúde, evitando ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a segurança e a limpeza do ambiente;

- VII. adotar comportamento respeitoso e cordial com às demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde;
- VIII. ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
- IX. ficar atento às para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde e a da comunidade, e adotar medidas preventivas;
- X. comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados;
- XI. desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida;
- XII. comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde;
- XIII. não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária.

O preza no direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação ao usuário e, o direito, na informação, com linguagem e meios de comunicação sobre:

- XIV. o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o Sistema único de Saúde - SUS;
- XV. os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;
- XVI. as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;
- XVII. a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

Os Serviços de Saúde sob Gestão da FUNAM serão informados ao Município de Canoas e poderão ser informados a toda a população local de mediante os diversos

meios de comunicação, em forma de informativos nos websites do HU, impressos e mural, em relação a:

- I. endereços;
- II. telefones;
- III. horários de funcionamento;
- IV. ações e procedimentos disponíveis.
- V. Em ambos os serviços de saúde deverão constar, em local visível à população com minimamente os seguintes dados:
- VI. nome do responsável pelo serviço;
- VII. nomes dos profissionais;
- VIII. horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço;
- IX. ações e procedimentos disponíveis.

As informações prestadas à população serão claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa.

Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre:

- I. formas de participação;
- II. composição do conselho de saúde;
- III. regimento interno dos conselhos;
- IV. conferências de Saúde;
- V. data, local e pauta das reuniões;
- VI. deliberações e ações desencadeadas.

Para que haja a participação e direito da participação de conselhos e conferências de saúde, direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS, o em sua Gestão se compromete aos princípios:

- I. promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação;
- II. adotar as providências necessárias em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas;



- III. incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS;
- IV. promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde;
- V. adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do Sistema Único de Saúde;
- VI. promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de:
- VII. otimizar o financiamento;
- VIII. qualificar o atendimento aos serviços de saúde;
- IX. melhorar as condições de trabalho;
- X. reduzir filas;
- XI. ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde.

### 5.9 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS DE QUALIDADE

ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL												
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
Constituição da Comissão de Qualidade e de Segurança do Paciente													
Reuniões Ordinárias													
Definição dos Planos de Ação Sistêmicos e Setoriais													
Implantação da Gestão de Processos e Riscos													
Implantação do Sistema de Notificação e Análise de													

Incidentes de Segurança do Paciente												
Implantação do Painel de Indicadores												
Implantação do Sistema Documental												
Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente												
Implantação do Planejamento Estratégico												
Realização de Auditorias Internas												
Monitoramento dos Planos de Ação												

## 6 SEMANA DA QUALIDADE

Uma das estratégias para Melhoria da Qualidade que será aplicada na Gestão do no será a Semana de Qualidade, a qual terá continuidade de acordo com a necessidade e/ou da Gestão do e terá sua 1.ª edição após o primeiro ano de gestão do , tempo necessário para que os colaboradores sejam sensibilizados e capacitados para utilização da metodologia PDCA.

O objetivo consiste no conjunto de princípios, métodos e recursos que serão utilizados para promover o contínuo aprimoramento da qualidade na prestação de serviços de saúde realizada pela Instituição.

Visa, conforme a peculiaridade de cada Instituição de Saúde em questão:

- I. Mapear as prioridades de acordo com os pontos fortes e pontos fracos da Instituição;

- II. Orientar os planos e ações corporativas, a consequente alocação de recursos e gerenciamento do processo de melhoria contínua da qualidade;
- III. Mapear os principais indicadores e metas obrigatórias e desejadas.

Orientado por estes princípios e estratégias, o promoverá anualmente a SEMANA DA QUALIDADE.

Este evento tem como principal objetivo assegurar a sustentação das melhorias obtidas através da elaboração dos planos de ação. A SEMANA DA QUALIDADE é um momento dedicado à sensibilização e disseminação da cultura e metodologias de qualidade dentro da instituição e todos os funcionários, de todos os cargos e funções terão oportunidade de divulgar e registrar as melhorias propostas nos mais diversos setores da instituição, por meio dos planos de ação corretiva e de melhoria que deverão ser desenvolvidos em equipe, além de iniciar o processo do trabalho voltado aos resultados e metas.

## **6.1 PLANO DE ORGANIZAÇÃO**

Para que este evento seja realizado de maneira efetiva, foi estabelecido pelo, um plano de organização, onde constam todas as etapas que devem ser seguidas, conforme descrição abaixo:

- 1º PASSO

- a. Comunicar os dirigentes sobre o formato de avaliação dos Planos de Ação;
- b. Comunicado e solicitação de todos os funcionários para participarem da SEMANA DA QUALIDADE e se inscreverem com prévia proposta de planos de melhorias;
- c. (Obs.: Encaminhar para as áreas solicitantes o arquivo “Inscrições das áreas” + “Plano de Ação”. As inscrições que retornam são inseridas na planilha de Excel “Inscrições e Temas”).

- 2º PASSO:

- a. Orientação às áreas para elaboração do “Plano de Ação” + Áreas entregam o arquivo “Plano de Ação” para Qualidade. (Obs: Não será necessário que as áreas

entreguem a apresentação para a Qualidade, as equipes devem apresentar os planos e evidências ao avaliador na própria área).

- 3º PASSO:

- a. Imprimir e enviar para os avaliadores (Dirigentes da Instituição) os Planos de Ação das áreas + Carta aos Avaliadores + Folha de Avaliação dos trabalhos (nota/pontuação);

- 4.º PASSO:

- a. Distribuição dos horários para avaliação nas áreas. (Obs.: distribuir as áreas por Avaliador nos horários estipulados);

- b. Informar dia e horário das visitas nas áreas para avaliação dos trabalhos.

- 5º PASSO:

- a. Visita dos avaliadores nas áreas para apresentação dos trabalhos in loco. (Obs.: Os trabalhos avaliados/pontuados devem ser entregues para a Qualidade assim que terminar a apresentação).

- 6º PASSO:

- a. Premiação dos melhores trabalhos.

## **6.2 DEFINIÇÃO DE ALCANCE**

A participação nesta atividade estará aberta a todos os colaboradores, incluindo nível operacional, tático e estratégico.

## **6.3 METODOLOGIA**

As equipes deverão elaborar os planos de ação utilizando a ferramenta PDCA e ao concluir, devem encaminhar os planos para o Núcleo de Qualidade. Serão aceitos apenas os planos concluídos.

As equipes deverão apresentar os trabalhos de forma oral na própria área nas datas e horários previamente divulgados, para que o avaliador constate o processo implantado e a melhoria evidenciada.

As melhorias propostas deverão ser evidenciadas mediante apresentação dos processos, documentos e registros.

#### **6.4 ORÇAMENTO PREVISTO**

Os custos referentes a realização da semana da qualidade, estão incorporados dentro das despesas administrativas da FUNAM.

Após a Semana de Qualidade o Núcleo iniciará ações efetivas de Oficinas mensais para o acompanhamento e continuidade dos Planos de Ação e consequente construção de indicadores e metas desejadas, além das minimamente obrigatórias a ser instituída pela Gestão do HU.

#### **Proposta de Pesquisa de Satisfação dos Usuários**

A medição do nível de satisfação dos usuários dos serviços públicos é uma ação mandatória quando o objetivo é prestar serviços de excelência, ter sustentabilidade na gestão dos serviços públicos e adequar a prestação dos serviços ao nível esperado e exigido pelos usuários destes serviços.

A FUNAM adota as melhores práticas de mercado na gestão do relacionamento com os seus clientes e utiliza-se das tecnologias e plataformas digitais disponíveis como estratégia de agilidade e assertividade nas pesquisas de satisfação. Como benefício da automatização dos processos operacionais do HU, os registros de todas as interações dos usuários ficarão armazenados nos bancos de dados das plataformas digitais implantadas. Utilizando-se destes dados históricos e de um aplicativo que será disponibilizado aos usuários do HU para instalação e acesso em seus aparelhos celulares, será possível a medição da satisfação em cada interação dos usuários com os serviços do HU. Em cada questionário digital, será permitido aos usuários informar o nível de satisfação com o tempo de atendimento, a qualidade e a efetividade do atendimento recebido. As variáveis (dimensões) de satisfação serão discretizadas de forma que os usuários possam opinar de forma objetiva numa escala de 1 a 5:

- 5 - Ótimo
- 4 - Muito bom
- 3 - Bom
- 2 - Regular

- 1 - Péssimo

Também será medida a importância de cada dimensão avaliada, também numa escala de 1 a 5, da seguinte forma:

- 5 – Muito importante
- 4 – Importante
- 3 – Indiferente
- 2 – Pouco importante
- 1 – Sem importância

Ao se plotar o gráfico Satisfação x Importância, ficará evidenciado como está a satisfação com relação aos serviços prestados e qual ou quais dimensões precisam ser mantidas e quais precisam ser melhoradas. Também será possível a comparação entre turnos, e HU de outros municípios que poderão eventualmente ser tomadas como referência de qualidade e satisfação dos usuários.

#### **e) Proposta de Educação Permanente**

O Modelo de Plano de Educação Permanente proposto pela FUNAM para o corpo clínico e gerencial do HU, com foco multidisciplinar, será alinhado e validado junto aos responsáveis técnicos, no início da gestão, e, revisado anualmente, não excluindo a definição e desenvolvimento de outros temas no decorrer da gestão, como por exemplo, os treinamentos específicos para as áreas de apoio assistencial e operacional, direcionado aos profissionais do HU. Todos os treinamentos e capacitações terão 40% da carga horária teórica, sendo metade dela na sala de aula e metade remota (por meio da plataforma de EAD da FUNAM). Os 60% restante da carga horária serão práticos e realizados no HU ou em outro local a ser definido de acordo com o conteúdo a ser ministrado e quantidade de participantes.

<b>Treinamento / Capacitação</b>	<b>Mês</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Público Alvo</b>
Urgências e Emergências respiratórias	3º	16 ha	Equipe Multidisc
Urgências e Emergências cardiológicas	3º	16 ha	
Identificação precoce de sinais de deterioração clínica	4º	8 ha	

Atuação multidisciplinar na PCR	5º	8 ha	iplinar do HU
Acesso à Via Aérea em emergências	3º	8 ha	
Prevenção e Tratamento de TVP e TEP	6º	8 ha	
Manejo Clínico do Paciente com COVID-19	3º	8 ha	
Ventilação Mecânica no paciente grave	7º	8 ha	
Emergências Pediátricas	4º	16 ha	
Sepse, Dengue e Outras Infecções	8º	8 ha	
Diagnóstico por Imagem no Pronto-Socorro	5º	8 ha	
Abordagem em situações especiais, como: Afogamento, Queimado, Choque	6º	8 ha	
Sequência Rápida de Intubação em situações especiais (Asma, TCE)	6º	8 ha	
Linha de Cuidado ao Trauma: Foco na atenção ao Politraumatizado	10º	8 ha	
Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na atenção ao Acidente Vascular Cerebral	11º	8 ha	
Gestão de Equipes Assistenciais	3º	8 ha	Lideranças

Cabe ressaltar que o Plano de Educação proposto não limita o planejamento e realização de outros treinamentos no decorrer do período, treinamentos estes que após definidos, devem compor o respectivo Plano de Educação Permanente / Continuada. Portanto, os treinamentos elencados acima, servem como base inicial do planejamento.

### **e.1 Núcleo de Educação Permanente**

Com a finalidade de coordenar as atividades relacionadas ao Programa de Educação Permanente/Continuada, será criado o NEP – Núcleo de Educação Permanente.

O Núcleo de Educação Permanente terá como atribuição:

Aplicar aprimoramento na busca da qualidade total resultante da globalização, impactante na assistência de enfermagem, investimento na formação e capacitação de recursos humanos. Em todos os setores de uma Instituição que desempenha serviços de saúde, que necessitam de habilidades e conhecimento técnico ao longo da carreira profissional.

## **e.2 Proposta de Constituição do NEP**

O Núcleo de Educação Permanente (“NEP”) é uma comissão que será implantada pela FUNAM no HU. O NEP será composto por, no mínimo, 5 (cinco) membros, da equipe multidisciplinar, que serão indicados pela administração do HU e referendados pela FUNAM.

O NEP terá como principais atribuições:

- I. Assessorar os gestores do HU em todos os assuntos referentes à Educação Continuada da equipe multiprofissional;
- II. Receber, estudar e opinar sobre todas as questões pertinentes à Educação Continuada que lhes forem encaminhadas.
- III. Organizar, planejar e fazer publicar o cronograma contendo data, horário, local e orientador do treinamento;
- IV. Assessorar na organização e elaboração do programa de treinamentos;
- V. Estimular e assessorar os serviços anexo (apoio) de continuidade na prevenção e habilitação de futuros agravos;
- VI. Colaborar com incentivo psicológico e gratificação pela participação de no mínimo 75% dos cursos ofertados pela Instituição.

Coordenar publicações como monografias, livros e outros meios de divulgação, visando a atualização de condutas e informações da equipe multiprofissional.

## **e.3 Cronograma de Atividades Anuais**

O Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Educação Permanente, proposto pelo , para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.



ATIVIDADE	CRONOGRAMA ANUAL											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição da Comissão	■	■										
Mapeamento das necessidades de treinamento institucional, setorial e por categoria profissional		■	■									
Elaboração do Plano Anual de Treinamentos e Capacitações		■	■									
Execução do Plano de Treinamentos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reunião Ordinária		■		■		■		■		■		■

## 6.9 – Comissão de Prevenção à Mortalidade Materna-Infantil e Neonatal

### CAPÍTULO I – DA POSIÇÃO

**Artigo 1º:** A Comissão Intra-Hospitalar de Mortalidade Materna e Neonatal (CIHMMN) do Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira é uma comissão interdisciplinar, com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes maternas, fetais, neonatais, e infantis ocorridas no Hospital Das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira.

### CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

**Artigo 2º:** A CIHMMN-HCMR é composta por membros designados pela diretoria geral do hospital, entre profissionais de saúde efetivos da instituição de elevado nível técnico-científico.

**Artigo 3º:** Devem participar obrigatoriamente da CIHMMN-HCMR um representando dos serviços de pediatria, obstetrícia e enfermagem. Outros profissionais poderão compor a comissão a título de aprimoramento das suas funções.

§ 1º- Dentre os membros, serão nomeados o presidente, vice-presidente e secretário.

§ 2º- O presidente deverá preencher os seguintes pré-requisitos:

- a. Respeitabilidade e credibilidade no hospital;
- b. Disponibilidade de tempo;
- c. Trânsito fácil junto ao Diretor do hospital e aos diversos escalões de funcionários;
- d. Habilidade interpessoal: capacidade de lidar positivamente com as pessoas, administrar conflitos e liderar mudanças.
- e. Ser o responsável técnico pelo PGRSS de acordo com a Resolução COREN-MG nº 172/06 com carga horária mínima de 02 horas diárias.

§ 3º: Todos os membros terão mandato de 02 (dois) anos, sendo permitidas reconduções, e vedado qualquer tipo de remuneração aos mesmos pelo desempenho desta atribuição.

**Artigo 4º:** A coordenação da comissão será preenchida por um membro eleito entre seus pares com mandato de dois anos. Nos seus impedimentos será substituído por outro membro designado por ele.

### **CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO**

**Artigo 5º:** São finalidades da Comissão Intra-Hospitalar de Mortalidade Materna e Neonatal do Hospital Das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira (CIHMMN-HCMR):

- Reunir dados levantados a nível intra-institucional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna fetal, neonatal e infantil dos fatores que as provocam;
- Elaborar relatório analítico semestral;
- Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as medidas devidas.

**Artigo 6º** - A comissão terá reuniões ordinárias mensais, podendo reunir-se extraordinariamente quando convocado por seu Presidente.

§ Único: Toda e qualquer reunião de trabalho somente poderá ser realizada com a presença de 2/3 (dois terços) de seus membros efetivos e serão registradas em Livro de Ata próprio.

**Artigo 7º** - A comissão deverá manter em ordem o Livro de Atas com os registros das reuniões de trabalho, bem como o arquivo contendo os pré- projetos e os relatórios correspondentes.

**Artigo 8º** - Fica facultado aos membros apresentar a qualquer tempo pedido de afastamento temporário ou definitivo, hipótese em que serão aplicados os parágrafos deste artigo.

§ 1º: No caso de afastamento temporário, o membro não será substituído. Suas atividades serão distribuídas entre os membros atuantes.

§ 2º: No caso de afastamento definitivo, a substituição será feita através de nova indicação para o preenchimento da vaga, a ser apresentada pela Diretoria.

**Artigo 9º** - Quaisquer dos membros da Comissão que apresente 03 (três) faltas consecutivas ou 05 (cinco) faltas alternadas durante o período do respectivo mandato estará automaticamente excluído da Comissão, aplicando-se neste caso o parágrafo 2º (segundo) do artigo anterior.

**Artigo 10** - Todos os membros da comissão terão direito ao voto.

**Artigo 11:** A CIHMMN-HCMR receberá apoio administrativo da instituição através dos departamentos competentes.

**Artigo 12:** A investigação de óbitos fetais, neonatais e infantis que será realizada a partir da identificação e busca ativa no hospital de RN com peso acima de 500 Kg ou crianças menores de 01 ano de idade.

**Artigo 13:** As mortes maternas declaradas e presumíveis serão investigadas a partir da identificação entre todos os óbitos femininos com idade entre 10 e 49 anos ocorridos no hospital.

Parágrafo Único: A investigação também deverá ocorrer por determinação do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e pelo Comitê Municipal de Óbito Fetal e Infantil para casos que eventualmente não forem identificados pela comissão intra-hospitalar.

#### **CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES**

**Artigo 14:** Ao presidente da CIHMMN-HCMR compete o credenciamento dos membros indicados para atuarem em suas respectivas áreas de trabalho. Além de:

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

§ 1º: Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente.

§ 2º: Nas faltas e impedimentos legais do secretário, o presidente da reunião definirá quem irá assumir as atividades do secretário na sua ausência.

**Artigo 15:** Compete exclusivamente ao secretário CIHMMN-HCMR a divulgação dos dados coletados, a busca ativa dos óbitos de mulher em idade fértil e dos óbitos fetais, neonatais e infantis e elaboração de atas.

**Artigo 16:** a CIHMMN-HCMR compete:

- I - Realizar sistematicamente, levantamento dos óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos fetais, neonatais e crianças menores de 01 ano de idade ocorridos no Hospital Das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira;
- II - Investigar os óbitos maternos, fetais, neonatais e infantis ocorridos nesta unidade;
- III – Encaminhar sistematicamente os mapas de levantamento de óbitos e as conclusões das investigações dos óbitos realizados.

## **CAPÍTULO V – DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Artigo 17:** A CIHMMN-HCMR credenciará um dos seus membros para atuar em comitês hierarquicamente superiores, a nível municipal ou estadual, sempre que for necessário.

Parágrafo único: Considerando-se a portaria GS/SMS 001/01 da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, que cria o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna em Montes Claros e nomeia seus membros, incluindo a participação de um dos membros da CIHMMN-HCMR, essa comissão reitera a participação do membro nomeado.

**Artigo 18:** O fluxo de investigação de óbitos maternos ocorridos no hospital será o definido pelo Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna e óbitos fetais, neonatais e infantis pelo Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Fetal e Infantil.

## **CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES GERAIS:**

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da comissão em conjunto com a Diretoria da instituição. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação.

### **6.10 – Comissão de Vigilância e Investigação Epidemiológica**

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

O objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas

sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

## CAPÍTULO I

### DAS COMPETÊNCIAS

**Art. 3º** Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar :

I. Estudar e propor aos empregados do HU medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II. Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à administração;

III. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;

IV. Assegurar a implantação das medidas aprovadas;

V. Orientar os processos de trabalho através da coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-atendimento, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

VI. Notificar e investigar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

VII. Analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

VIII. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

## CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital será composto pelos membros abaixo elencados:

- I. Coordenador (a) do Núcleo;
- II. Enfermeiro (a);
- III. Médico (a);
- IV. Assistente administrativo.

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 2º A equipe deve ser multidisciplinar, dimensionada e estruturada conforme as necessidades da instituição, sendo os técnicos com formação superior ou média, com conhecimento em vigilância epidemiológica.

§ 3º A equipe técnico-administrativa deve ser formalmente designada pela Superintendência do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo.

### CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º Compete a todos os membros do Núcleo:

- I. Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;
- II. Elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar;
- III. Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/RS);

- IV. Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes na Portaria vigente, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/RS;
- V. Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde ;
- VI. Participar da investigação dos óbitos infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos definidos na Portaria n° 72/GM/MS, de 2010;
- VII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;
- VIII. Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;
- IX. Validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, nos termos definidos na Portaria Conjunta n° 20/SAS/SVS/MS, de 25 de maio 2005;
- X. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
- XI. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;
- XII. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a



tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XIII. Realizar o monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos prioritários para o SNVS, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação epidemiológica e na viabilidade operacional;

XIV. Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS;

XV. Alimentar periodicamente os sistemas oficiais de notificação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

XVI. Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do Hospital e conveniados e comunicar a equipe de saúde assistente do paciente e o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação.

Art. 6º Compete ao Coordenador do Núcleo:

I. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

II. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;

III. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos pelo Núcleo;

IV. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

V. Definir processo de trabalho junto à sua equipe;

- VI. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- VII. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- VIII. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
- IX. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Núcleo;
- X. Representar o Núcleo junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
- XI. Delegar atribuições aos demais membros do Núcleo;
- XII. Fazer cumprir este Regimento.

Art. 7º Compete ao (a) Enfermeiro (a) do Núcleo:

- I. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-atendimento e ambulatório para a detecção de DNC;
- II. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo SINAN;
- III. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
- IV. Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o SMS semanalmente;
- V. Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;
- VI. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;

VII. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

VIII. Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Prevenção e Isolamentos” em casos de notificação compulsória;

IX. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório.

Art. 8º Compete ao (a) Médico (a) do Núcleo:

I. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;

II. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

III. Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Prevenção e Isolamentos”;

IV. Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico do hospital;

V. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;

VI. Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;

VII. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;

VIII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;

IX. Promover a integração com SAME do hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;

X. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Art. 9º Compete ao Assistente administrativo do Núcleo:

- I. Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- II. Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- III. Receber, encaminhar e arquivar processos, bem como, todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;
- IV. Executar os serviços de digitação do Núcleo;
- V. Participar da organização de eventos;
- VI. Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- VII. Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
- VIII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- IX. Conferir os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
- X. Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

#### CAPÍTULO IV

## DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 11 As reuniões do Núcleo serão realizadas com os membros nomeados, em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Parágrafo único. Em caso de impossibilidade de participação da reunião agendada, o membro deverá justificar no mesmo processo da convocação até o início da reunião.

Art. 12 As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 13 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 14 As deliberações do Núcleo serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

Art. 15 O funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regimento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral HU, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

Parágrafo único. Assuntos referentes a normas e rotinas do Núcleo devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

Art. 16 Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 17 O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

**6.11 – Comissão de Captação de Doadores de Sangue e Comitê Transfusional  
Comissão de Farmácia e Terapêutica**

**COMITÊ TRANSFUSIONAL** – Realizar atividades de hemovigilância na instituição, com ênfase nas ações educativas, promovendo a integração entre os profissionais de saúde e os usuários atendidos.

## **CAPÍTULO I – DA POSIÇÃO**

**Artigo 1º** - O Comitê Transfusional do Hospital Dr. Mário Ribeiro da Silveira de natureza técnico-científico e que tem por finalidade a realização de atividades de hemovigilância nos serviços de saúde, hemoterápicos, com ênfase nas ações educativas, promovendo a interação entre os profissionais de saúde e os usuários atendidos pelo serviço referido; visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

**Artigo 2º** - O Comitê Transfusional do Hospital Dr. Mário Ribeiro da Silveira está subordinado ao Hemocentro de Montes Claros/MG e será coordenado pelo Diretor Técnico, que possui administração e autonomia própria.

**Artigo 3º** - O Comitê Transfusional do Hospital Dr. Mário Ribeiro da Silveira tem por finalidade:

1. Realizar transfusões, com exames imunohematológicos do receptor;
2. Realizar prova de compatibilidade;
3. Realizar o ato transfusional de sangue e hemocomponentes homólogos;
4. Verificar se os produtos utilizados estão dentro das Normas vigentes;
5. Realizar a manutenção dos registros de todas as etapas das atividades, que permita avaliação da qualidade do processo.
6. Divulgar informações acerca do consumo dos medicamentos dentro da Instituição
7. Fazer estudos ou revisões bibliográficas sobre medicamentos;
8. Elaborar programas de notificação e acompanhamento de reações adversas.

## **CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO**

**Artigo 4º** - O Comitê Transfusional será constituída por profissionais de saúde HCMR. Terá uma composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes efetivos e um número variável de membros ligados à assessoria técnica.

O quadro funcional da Agência possui os seguintes membros: Médico; Enfermeiro; Bioquímico; Técnico de laboratório e Funcionário Administrativo.

§ único: Todos os membros terão mandato de 02 (dois) anos, sendo permitidas reconduções, e vedado qualquer tipo de remuneração aos mesmos pelo desempenho desta atribuição.

### **CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA**

**Artigo 5º** - Ao médico compete:

- Desenvolver protocolos para unificação de condutas relativas a hemovigilância;
- Divulgar conhecimentos e manter a equipe bem informada e atualizada;
- Preencher a ficha de notificação das reações transfusionais;
- Sensibilizar, informar e treinar todos os profissionais envolvidos na avaliação, acompanhamento e notificação de incidentes transfusionais.
- Assistir os pacientes em procedimentos hemoterápicos e aqueles que apresentam reação transfusional, aplicando a conduta específica para o tipo de reação.
- Identificar as causas de incompatibilidade entre o doador e o receptor e estabelecer condutas para o atendimento, juntamente com o banco de sangue, aos pacientes que apresentarem discrepâncias no estudo imuno-hematológico.
- Indicar o uso de filtros para a retenção de leucócitos em concentrados de plaquetas e hemácias.
- Solicitar os exames laboratoriais necessários à elucidação de um eventual acidente transfusional.
  
- Supervisionar a realização de procedimentos especiais em hemoterapia: exsanguíneotransfusão parcial e sangrias terapêuticas, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo serviço.
- Contactar o médico assistente para discussão clínica, se necessário.
- Emitir parecer hemoterápico, quando solicitado.
- Integrar-se com as áreas afins, visando a presteza do atendimento hemoterápico, principalmente nos casos de emergência.

- Orientar os profissionais envolvidos no atendimento quanto ao cumprimento das normas técnicas, de biossegurança e de procedimentos técnicos estabelecidos.
- Identificar a necessidade de treinamento e reciclagem dos profissionais envolvidos.
- Buscar melhorias para o atendimento e a atualização científica.

**Artigo 6º - Ao enfermeiro compete:**

- Preencher a ficha de notificação das reações transfusionais;
- Promover o desenvolvimento da equipe de enfermagem com programa de educação continuada;
- Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência prestada aos clientes no momento pré e pós transfusão sanguínea;
- Capacitar quanto a assistência nas intercorrências da transfusão sanguínea;
- Atualização das normas e protocolos da assistência de enfermagem.
- Planejar, supervisionar, coordenar e orientar as atividades da equipe de enfermagem no atendimento às transfusões de hemocomponentes e hemoderivados.
- Supervisionar os registros e o cumprimento das normas técnicas de biossegurança e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) na assistência hemoterápica.
- Prover a área de equipamentos e materiais necessários à assistência ao paciente durante o procedimento, incluindo o carro de emergência para o pronto-atendimento.
- Planejar atividades de educação continuada para o treinamento e a reciclagem de profissionais de enfermagem e Hemoterapia.
- Integrar-se com áreas afins para garantir uma assistência adequada ao paciente.
- Manter atualizado o manual de procedimentos e técnicas da área, bem como o inventário dos materiais e equipamentos.
- Realizar avaliação clínica do receptor, visando a promover sua saúde e segurança, minimizando, assim, os riscos de intercorrências nos procedimentos hemoterápicos.
- Orientar o cliente e seus acompanhantes quanto a programação hemoterápica e os cuidados inerentes ao procedimento.



- Coordenar e executar a assistência de enfermagem nas intercorrências.
- Orientar a equipe de enfermagem quanto a inspeção, ao acondicionamento, ao transporte e ao manuseio do produto para assegurar o aproveitamento da transfusão.
- Participar do processo de captação de doadores junto aos familiares do paciente assistido pelo serviço.

**Artigo 7º** - Ao técnico de laboratório compete:

- Garantir a qualidade e segurança do produto oferecido ao cliente;
- Realização dos testes de compatibilidade;
- Realização do preenchimento dos protocolos: solicitação, entrega e devolução dos hemocomponentes.

**Artigo 8º** - Ao bioquímico compete:

- Acompanhamento e supervisão de provas de compatibilidade e exames afins.
- Verificação de defeitos dos equipamentos permanentes utilizados na agência e comunicar ao serviço de manutenção previamente, caso apresente o defeito para que façam o reparo imediato.
- Verificação de reagentes de consumo, controle de qualidade e validade dos mesmos.
- Conferência dos livros e anotações relacionados à prova cruzada.
- Orientar arquivos de documentos e livros relacionados a prova cruzada.
- Supervisão, aprovação e assinatura de todas as requisições de hemocomponentes.
- Orientação, supervisão e treinamento dos técnicos e assistentes da agência.

**CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO, ORGANIZAÇÃO E DAS ATRIBUIÇÕES**

**Artigo 8º** - Para o seu funcionamento Agência Transfusional do HCMR atende a todas as exigências legais governamentais e aos requisitos exigidos para credenciamento do seu sistema da qualidade:

- a) Possui licença de funcionamento expedida e renovada anualmente pela autoridade sanitária do Estado de Minas Gerais;
- b) Possui Alvará de Localização fornecido pela Prefeitura da Cidade de Montes Claros;

- c) Possui profissional legalmente habilitado como Responsável Técnico.
- d) O responsável técnico pela Agencia Transfusional está inscrita no Conselho Regional de Medicina (CRM-MG) e capacitação no Hemominas;
- e) O bioquímico está inscrito no Conselho Regional de Farmácia (CRF-MG) e capacitação no Hemominas;
- f) A enfermeira está inscrita no Conselho Regional de Enfermagem (COREN-MG) capacitação no Hemominas.

**NOTA:**Todas as evidências/registros que comprovam o atendimento dos requisitos acima se encontram arquivadas na Gerência de Pessoas.

§ Único: A cada reunião o Secretário providenciará a elaboração de uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros efetivos presentes e pelo Presidente, quando da sua aprovação.

**Artigo 9º** - A comissão terá reuniões ordinárias mensais, podendo reunir-se extraordinariamente quando convocado por seu Presidente.

§ Único: Toda e qualquer reunião de trabalho somente poderá ser realizada com a presença de 2/3 (dois terços) de seus membros efetivos e serão registradas em Livro de Ata próprio.

**Artigo 10** - A comissão deverá manter em ordem o Livro de Atas com os registros das reuniões de trabalho, bem como o arquivo contendo os pré-projetos e os relatórios correspondentes.

**Artigo 11** - Fica facultado aos membros apresentar a qualquer tempo pedido de afastamento temporário ou definitivo, hipótese em que serão aplicados os parágrafos deste artigo.

§ 1º: No caso de afastamento temporário, o membro não será substituído. Suas atividades serão distribuídas entre os membros atuantes.

§ 2º: No caso de afastamento definitivo, a substituição será feita através de nova indicação para o preenchimento da vaga, a ser apresentada pela Diretoria.

**Artigo 12** - Quaisquer dos membros da Comissão que apresente 03 (três) faltas consecutivas ou 05 (cinco) faltas alternadas durante o período do respectivo mandato estará automaticamente excluído da Comissão, aplicando-se neste caso o parágrafo 2º (segundo) do artigo anterior.

**Artigo13** - Todos os membros da comissão terão direito ao voto.

#### **CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES GERAIS:**

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do comitê em conjunto com a Diretoria da instituição. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação.

**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA** – Selecionar os medicamentos a serem padronizados na instituição. Definir política de utilização de medicamentos não padronizados na instituição.

#### **CAPÍTULO I – DA POSIÇÃO**

**Artigo 1º** - A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira, é uma junta deliberativa que tem a finalidade de padronizar, regulamentar, desenvolver e supervisionar todas as políticas e práticas relacionadas a utilização de medicamentos além de promover o uso adequado dos mesmos.

#### **CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO**

**Artigo 2º** - A Comissão de Farmácia e Terapêutica será constituída por membros multidisciplinares com a seguinte representação:

1. Diretor Clínico/ Técnico
2. Representante da Administração
3. Representante da Farmácia
4. Representante da CCIH
5. Representante da Enfermagem

§ 1º - Dentre os membros, serão nomeados o presidente, vice presidente e secretário.

§ 2º- O presidente deverá preencher os seguintes pré-requisitos:

- Respeitabilidade e credibilidade no hospital;
- Disponibilidade de tempo;
- Estudo e conhecimento de Gestão pela Qualidade Total;
- Trânsito fácil junto ao Diretor do hospital e aos diversos escalões de funcionários;
- Habilidade interpessoal: capacidade de lidar positivamente com as pessoas, administrar conflitos e liderar mudanças.

§ 3º: Todos os membros terão mandato de 02 (dois) anos, sendo permitidas reconduções, e vedado qualquer tipo de remuneração aos mesmos pelo desempenho desta atribuição.

**Artigo 3º** - A comissão terá reuniões ordinárias trimestrais, podendo reunir-se extraordinariamente quando convocado por seu Presidente ou por 2/3 (dois terços) de seus membros.

§ Único: Toda e qualquer reunião de trabalho somente poderá ser realizada com a presença de 2/3 (dois terços) de seus membros efetivos e serão registradas em Livro de Ata próprio.

**Artigo 4º** - A comissão terá todo o suporte administrativo através da Diretoria, Núcleo de Gestão da Qualidade e do SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, o qual, dentre outras incumbências, deverá manter em ordem o Livro de Atas com os registros das reuniões de trabalho, bem como o arquivo dos formulários de notificação de eventos adversos.

**Artigo 5º** - Fica facultado aos membros apresentar a qualquer tempo pedido de afastamento temporário ou definitivo, hipótese em que serão aplicados os parágrafos deste artigo.

§ 1º: No caso de afastamento temporário, o membro não será substituído. Suas atividades serão distribuídas entre os membros atuantes.

§ 2º: No caso de afastamento definitivo, a substituição será feita através de nova indicação para o preenchimento da vaga, a ser apresentada pela Diretoria.

**Artigo 6º** - Quaisquer dos membros da Comissão que apresente 03 (três) faltas consecutivas ou 05 (cinco) faltas alternadas durante o período do respectivo mandato estará automaticamente excluído da Comissão, aplicando-se neste caso o parágrafo 2º (segundo) do artigo anterior.

**Artigo 7º** - Todos os membros da comissão terão direito ao voto.

### **CAPÍTULO III: DAS ATRIBUIÇÕES**

#### **Artigo 8º - Atribuições Gerais da Comissão:**

- Elaborar a lista de medicamentos padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;
- Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo básico, conforme a Denominação Comum Brasileira – DCB;
- Padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se sempre que possível as associações fixas;
- Padronizar exclusivamente medicamentos de eficácia terapêutica comprovada, sob o ponto de vista clínico, biofarmacocinético e químico, como critério fundamental de escolha;
- Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem considerando: Comodidade para administrar aos pacientes; Faixa etária; Facilidade para cálculo da dose a ser administrada.
- Padronizar medicamentos, resguardando a qualidade e levando em conta o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação e controle;
- Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento dia e o custo total do tratamento sejam menores;
- Padronizar, preferencialmente formas farmacêuticas que permita a individualização na distribuição;
- Rever constantemente e atualizar semestralmente, a lista de medicamentos padronizados;
- Relacionar, objetivamente dados farmacológicos e clínicos a novos medicamentos ou aqueles terapêuticos propostos para uso no hospital;

- Divulgar informação relacionada a estudos clínicos relativos a medicamentos incluídos e excluídos da padronização;
- Servir como órgão anexo ao corpo clínico e a administração do hospital em assunto relacionado tecnicamente com medicamentos e produtos afins;
- Avaliar, constantemente, a qualidade e eficácia dos medicamentos adquiridos pelo hospital.
- Definir rotinas para Prescrição de antimicrobianos, inclusive, para profilaxia em comum acordo com a CCIH;
- Definir rotinas para Prescrição de medicamentos padronizados de alto custo.

**Artigo 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:**

- Convocar e presidir as reuniões;
- Dirigir os trabalhos da comissão;
- Indicar seu substituto, entre os membros da Comissão;
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- Estabelecer a ordem do dia para reuniões extraordinárias;
- Distribuir as tarefas para os membros da comissão.
- Fazer cumprir o regimento.

**Artigo 10 -** Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu substituto. As atribuições do substituto serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

**CAPÍTULO IV: DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

**Artigo 11 –** A comissão tem poder deliberativo para vetar a compra de medicamentos que se mostrarem ineficazes terapêuticamente e/ou com qualidade duvidosa, por solicitação da farmácia, dos médicos ou por amostragem através dos seguintes critérios:

- Laudo técnico do medicamento, realizado por laboratório de análise oficial;
- Ensaio clínico terapêutico quando necessário;
- Visita de inspeção ao laboratório fabricante.

## **CAPÍTULO V: DA INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS**

**Artigo 12** – As resoluções da Comissão terão caráter normativo respaldados pela Diretoria do Hospital e deverão ser cumpridas pelo Corpo Clínico do Hospital.

**Artigo 13** – A Comissão é autônoma e competente para incluir qualquer medicamento na padronização. Não havendo unanimidade da decisão sobre a aceitação de um medicamento, o assunto será encaminhado a uma consultoria que deverá emitir o seu parecer, o qual será examinado pela comissão dentro de um prazo máximo de quinze dias.

**Artigo 14** – Serão consultores, professores da área de saúde da FUNORTE/FASI com experiência em terapêutica farmacológica, de acordo com a escolha da Comissão.

**Artigo 15** – Os membros do Corpo Clínico do Hospital poderão pleitear a inclusão ou exclusão de medicamentos, encaminhando solicitação por escrito a Comissão, observando as seguintes normas:

§ 1º - Pedido de inclusão:

- Nome do princípio ativo;
- Apresentação, dose, indicação e posologia;
- Consideração sobre ação terapêutica e uso clínico;
- Justificativa do motivo da escolha do princípio ativo sugerido em relação a outro similar ou substituto, já incluído na padronização;
- Previsão de consumo para um período determinado;
- Custo do produto;
- Data e assinatura do responsável pela solicitação.

§ 2º - Pedido de exclusão:

- Nomes dos medicamentos padronizados que se mostrarem tóxicos ou ineficazes;

- Medicamentos que poderão ser substituídos, com vantagens quando da inclusão de outro;
- Data e assinatura do responsável.

§ 3º - Após o encaminhamento formal da solicitação de inclusão/ exclusão de medicamentos a comissão terá um prazo de 30 (trinta) dias para iniciar e finalizar o julgamento encaminhando retorno ao solicitante.

**Artigo 16** – Quando, em caráter eventual, o médico necessitar prescrever algum medicamento não padronizado, deverá solicitar a compra pela farmácia, utilizando impresso próprio com justificativa da necessidade e impossibilidade de substituí-lo por outro já padronizado. O pedido que deverá ser assinado pelo médico ou docente responsável pelo paciente, será apreciado pelo presidente da CFT ou, em sua ausência, por qualquer um de seus membros, para emissão de um parecer imediato, que será posteriormente apresentado a comissão para análise e homologação.

§ 1º - As solicitações julgadas improcedentes serão indeferidas e devolvidas ao solicitante informando as razões do indeferimento.

§ 2º - As solicitações julgadas procedentes serão deferidas e encaminhadas ao setor de compras para as providências.

**Artigo 17** – Nenhum medicamento poderá ser cadastrado e adquirido pelo setor de compras do hospital sem o parecer favorável da comissão – CFT.

## **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com a Diretoria da instituição. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação.

6.12 – Comissão de Gestão de Custos, nos moldes do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC)



**À Comissão de Serviço de Apropriação de Custos compete:**

I – Estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares.

II – Acompanhar e avaliar o desempenho do sistema de custo hospitalar desenvolvido e implantado pelo serviço de apuração de custos.

III – Controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer aos diversos níveis hierárquicos da maternidade, que servem para: determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços da MDER, auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento das atividades; tomada de decisão.

IV – Avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços da MDER, confrontado com os padrões estabelecidos pelo Ministério de Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas.

V – Emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares.

VI – Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação dos equipamentos e materiais utilizados.

VII – Elaborar Regimento Interno da Comissão e submetê-lo ao conhecimento e aprovação da Direção Geral.

VIII – Realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, quando necessário, registrando-as em ata.

O PNGC tem como clientela principal os gestores das Unidades de Saúde e do SUS de uma forma geral.

Em uma visão ampliada, na medida em que auxilia na tomada de decisão para melhor aplicação dos recursos da Saúde, o PNGC beneficia a população em sua totalidade.

**Finalidades**

Entre outros objetivos, o PNGC visa:

- Calcular os custos dos serviços prestados, por meio de diferentes indicadores.
- Fornecer, a todos os setores da instituição, informação detalhada referente a seus custos.
- Possibilitar a troca de informações e de resultados entre instituições.
- Fortalecer o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos.

E, acima de tudo:

- Auxiliar os gestores na tomada de decisão, tendo como subsídio a informação de custo, para melhorar a gestão dos recursos disponíveis.

O PNGC surgiu da necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, para apurar e avaliar seus respectivos resultados, além de aprimorar a própria gestão de custos. Com a crescente complexidade das instituições de saúde integradas ao SUS, este instrumento passou a ser utilizado como eficiente técnica gerencial (utilização das informações de custos, para auxiliar na tomada de decisão), tornando-se uma vantagem competitiva e fazendo parte das ações estratégicas dessas instituições.

A otimização dos recursos, sem comprometer a funcionalidade e a qualidade dos produtos e serviços, deve ser um objetivo permanente nas instituições que buscam a excelência.

O que se observa é que as instituições de saúde no Brasil, principalmente as públicas, são as mais distantes do processo de modernização gerencial. A maioria dessas instituições utiliza métodos contábeis tradicionais, que não levam ao conhecimento de seus custos reais, ou seja, não fazem uso de sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas e para o controle de suas atividades.

Para Abbas (2001), várias instituições utilizam a contabilidade de custos somente para fins fiscais e não exploram a informação como ferramenta gerencial. Isso se relaciona, principalmente, com a deficiência de agilidade e confiabilidade dos dados que, conseqüentemente, perdem a utilidade como instrumento gerencial para a tomada de decisão.

Assuntos delicados, como investimento na atenção básica, credenciamento de um novo procedimento, terceirização ou não da lavanderia, entre outros são incorporados constantemente nas agendas dos gestores e, na maioria das vezes, sem o adequado respaldo de informação gerencial, eles têm que tomar suas decisões.

A apuração e o controle de custos em saúde, primeiramente, servem de instrumentos eficazes de gestão e acompanhamento dos serviços; em segunda instância, permitem a implantação de medidas corretivas que visem ao melhor desempenho das unidades, com base na redefinição das prioridades, no aumento da produtividade e na racionalização do uso de recursos, entre outras medidas administrativas.

Com a adoção da gestão de custos voltada para o controle e a tomada de decisão (visão gerencial dos custos), as instituições de saúde passaram a ter maior interesse em pesquisar assuntos relacionados a custos, até então pouco explorados.

Portanto, faz-se necessário que os gestores tenham, à sua disposição, informações relevantes e pertinentes aos custos, de modo que estas se configurem em subsídios para otimizar seu respectivo desempenho.

De forma simples e resumida, segue abaixo algumas das finalidades da gestão de custos para instituições de saúde:

1. Calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva.
2. Fornecer, a todos os setores da instituição, informação referente a seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos.
3. Subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais.
4. Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados entre instituições.

5. Facilitar a identificação de atividades ineficientes na aplicação de recursos e/ou na prática organizacional.
6. Realizar prestação de contas, visando maior transparência ao controle social.

A metodologia adotada pelo PNGC é o sistema de custeio por absorção. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS<sup>1</sup>. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.

Dessa forma, em se tratando de hospitais, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como internação, centro cirúrgico, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Por exemplo, o setor de pediatria é responsável pelo atendimento de crianças. Para cumprir esta função, contrata-se pessoal, adquirem-se equipamentos, materiais administrativos, bem como outros recursos necessários para alcançar os objetivos do setor. Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados. Isto indicará, de uma forma geral, quando os custos da instituição excederão os valores orçados.

Conforme já citado, o sistema de custeio por absorção é considerado uma metodologia de custeio integral, pois ele apropria todos os custos ocorridos na produção de um bem ou serviço, ou seja, consideram-se os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis. Os custos diretos são apropriados diretamente aos procedimentos realizados, enquanto os custos indiretos são rateados de acordo com a necessidade da instituição.

Seu objetivo inicial foi confrontar os custos estimados dos serviços prestados e seus respectivos recebimentos, bem como os desperdícios gerados pelo uso ineficiente dos recursos necessários para produzir o bem/serviço final. Esta forma inicial ainda permanece em um grande número de instituições brasileiras, mesmo com a grande incorporação tecnológica e o avanço da medicina.

O custeio por absorção não fornece informações lapidadas, por isso é difícil identificar as causas dos custos de cada produto/serviço, o que pode levar os tomadores de decisões a considerarem os custos altos e a adotarem cortes dos custos indiretos de forma generalizada. Mesmo que bem-intencionados, esta atitude pode fracassar, pois resolve os problemas de custos em curto prazo. Com o passar do tempo estes custos podem voltar a crescer, porque muitas atividades significativas foram eliminadas inadequadamente e as causas fundamentais dos custos não foram identificadas. Assim, fica evidente que a in- formação financeira gerada pelo sistema de custeio por absorção não fornece aos tomadores de decisão uma visão clara da evolução dos custos em relação ao volume de produção das atividades.

Mesmo com a identificação das dificuldades desta metodologia, ainda existem fortes razões para utilizá-la:

- inspira maior confiança, pois apropria todos os custos aos produtos/serviços finais;
- assegura uma visão unitária para o custo total de cada serviço, desde que todos os custos estejam absorvidos.

#### Estruturação dos tipos de centros de custos

Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição.

A inserção ou retirada de centros de custos poderá ser feita de acordo com os interesses da instituição. Tal procedimento pode ser justificado, por exemplo, pela simples criação ou desativação de um serviço, ou mesmo para melhorar a identificação dos custos de uma atividade específica, até então agregada a outro centro de custos. De tempos em tempos, a lista básica deverá sofrer revisões e as alterações necessárias.

Os centros de custos que desempenham atividades semelhantes devem ser reunidos em grupos com a finalidade de expressar melhor os custos das atividades similares.

A seguir são apresentados os tipos de centro de custos, juntamente com os grupos de centro de custos adotados pelo PNGC, no âmbito do SUS. Os exemplos aqui colocados podem variar de acordo com a especificidade e/ou interesse de cada instituição.

#### A) CENTRO DE CUSTOS ADMINISTRATIVO

Centros de custos relacionados com as atividades de natureza administrativa.

- Grupo Administração – reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativas e de direção (assessoria e planejamento, diretoria administrativa e financeira, diretoria de áreas: medicina, enfermagem, gerência de risco, gerência de custo, superintendência, gerência de recursos humanos, contabilidade, faturamento e tesouraria).
- Grupo Informática – reúne os centros de custos relacionados às atividades de informática (área de apoio a clientes e redes, desenvolvimento de sistemas, suporte e produção).
- Grupo Condomínio – reúne os centros de custos relacionados com a infraestrutura (segurança, telefonia, coleta de resíduos, elevadores e transportes).
- Grupo Suprimento – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades de controle de estoque e fornecimento de insumos (almoxarifado, compras, farmácia, quimioterapia, nutrição parenteral e gases medicinais).
- Grupo Engenharia e Manutenção – reúne todos os centros de custos relacionados com atividades de engenharia e manutenção (caldeira, engenharia clínica, engenharia civil e infra-estrutura e manutenção).

#### B) CENTRO DE CUSTOS INTERMEDIÁRIO

Centro de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais.

- Grupo Apoio à Assistência – reúne todos os centros de custos que prestam apoio assistencial (fisioterapia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia).
- Grupo Centro Cirúrgico – reúne todos os centros de custos que desenvolvem atividades no centro cirúrgico (anestesia, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica), exceto atividades pertinentes ao Centro Obstétrico quando houver grupo específico.
- Grupo Centro Obstétrico – reúne os centros de custos referentes às atividades cirúrgicas da obstetrícia.
- Grupo Imagem – reúne os centros de custos relacionados à área de Imagenologia (densitometria óssea, ecocardiograma, mamografia, medicina nuclear/radioisótopos, radiologia hospitalar e ambulatorial, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultra-sonografia).
- Grupo Laboratório – reúne todos os centros de custos que executam atividades de laboratório (laboratório de especialidades, análises clínicas, anatomia patológica).
- Grupo Métodos Gráficos – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades gráficas (eletrocardiologia, eletroencefalografia).
- Grupo Procedimentos Especiais – reúne centros de custos com atividades relacionadas a exames e/ou tratamentos com alto grau de complexidade e especialização (hemodiálise, angiografia digital, cistoscopia, ergometria, teste ergométrico, esteira, hemocentro – exames, coleta, banco de sangue, agência transfusional, radioterapia, urodinâmica, cistoscopia ginecológica, vectorcardiograma).
- Grupo UTI – reúne todos os centros de custos que desenvolvem atividades de internação intensiva e semi-intensiva (adulto, pediátrica, neonatal).
- Grupo Apoio Geral – reúne centros de custos de apoio geral a todos os outros centros de custos (central de material esterilizado – CME, lavanderia, limpeza, roupa e costura).

- Grupo Comissões Técnicas – reúne todas as comissões técnicas (infecção hospitalar, ética, óbito, outras).
- Grupo Ensino – reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de ensino (residência médica).
- Grupo Nutrição: reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de nutrição e dieta (banco de leite, lactário, dietas enterais/parenterais, nutrição dietética).
- Grupo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (Same) – reúne os centros de custos relacionados com a atividade de arquivo médico e estatística/internação.

#### C) CENTRO DE CUSTOS FINAL (PRODUTIVO)

Centro de custos que desenvolve atividade diretamente relacionada com os objetivos principais da instituição, ou seja, unidade que presta serviço diretamente aos pacientes e que compreendem uma atividade com remuneração pelos serviços prestados.

- Grupo Ambulatório – reúne os centros de custos ambulatoriais gerais e de especialidades (médicas e não-médicas).
- Grupo Berçário – reúne todos os centros de custos relacionados ao berçário.
- Grupo Internação – reúne todas as unidades de internação (cirúrgica, ginecológica, médica, obstétrica, pediátrica, ortopédica, psiquiátrica, particular/convênios), exceto berçário e UTI.
- Grupo Unidade de Urgência e Emergência – reúne os centros de custos relacionados ao atendimento de urgência e emergência (pronto-socorro; adultos e infantil).

#### D) CENTRO DE CUSTOS EXTERNO



Centro de custos que recebe os custos das atividades ou serviços prestados a pacientes não vinculados ao hospital ou a outras instituições (demandas externas). Isso é, recebe somente os custos das atividades decorrentes dos serviços prestados pelos centros de custos administrativos, auxiliares e intermediários às demandas externas e que não devem ser apropriados aos centros de custos finais, pois não fazem parte das atividades/serviços finais da instituição.

Exemplo: uma determinada unidade dispõe de centros de custos que prestam serviços para atender à demanda externa (pacientes não-vinculados ao hospital e outras instituições). A instituição "A" é um centro de custos externo desta unidade porque recebe serviços de um ou mais centros de custos (lavanderia, imagem etc.).

## METODOLOGIAS DE ALOCAÇÃO DOS GASTOS

A literatura contábil identifica dois tipos principais de alocação de gastos. No primeiro, encontra-se a alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos com o objetivo de conhecer melhor o custo total da atividade desenvolvida por este centro de custos. O outro tipo é a alocação dos gastos totais de um determinado centro de custos para outro centro de custos<sup>2</sup>.

Falk (2001) ressalta que quatro tipos de custos precisam ser identificados:

1) pessoal: ligado direto à produção do centro de custos; 2) material direto: incorporados diretamente ao produto ou sua produção; 3) overhead: todos os outros gastos de produção utilizados para manter o local em funcionamento onde o serviço é realizado; 4) custo de capital: depreciação referente a aquisições e custos de manutenção associado aos bens imóveis diretamente dedicados à produção do centro de custos.

2 Para realizar esta alocação é preciso definir apenas uma base ou critério de alocação (rateio).

Este mesmo autor diz que a veracidade e o sucesso de todo o processo de alocação estão vinculados a duas etapas: 1) acumular os gastos diretos para cada centro de custos e 2) determinar as bases de alocação dos gastos indiretos. O autor lembra, mais uma vez, que os sistemas de informação sobre pessoal, material, amortização e

depreciação devem estar muito bem-estruturados para a perfeita coleta da informação sobre os gastos diretos na primeira etapa. Quanto mais gastos identificados como sendo diretos, tanto melhor a identificação do custo verídico dos centros de custos finais.

Para realização da segunda etapa (alocação dos gastos indiretos), faz-se necessário o perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos administrativo e intermediário, quais seus produtos e como eles são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto intermediários como finais. A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento. Na medida do possível, os gastos dos centros de custos devem ser identificados em termos de gastos fixos de variáveis, a fim de permitir sua alocação mais justa entre os diversos centros de custos.

## METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO DOS GASTOS INDIRETOS

Para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, podem-se destacar três critérios de alocação.

### a) Alocação direta

Em termos gerais, é a metodologia mais simples de distribuição direta. Consiste na alocação dos gastos dos centros de custos não produtores de renda (administrativos e intermediários) diretamente aos centros de custos produtivos/finais. Nesse processo não são consideradas as trocas de serviços entre os centros de custos não-produtivos. Os gastos de um centro de custos não-produtivo não precisam ser alocados para todos os centros de custos produtivos/finais, apenas para aqueles que realmente utilizaram seus serviços.

### b) Alocação sequencial

Ao contrário da alocação direta, essa metodologia aceita a troca de serviços entre os centros de custos não-produtivos. O primeiro centro de custos a ser escolhido pode ser aquele que presta serviços ao maior número de centro de custos, ou aquele que tem os custos mais elevados dentro da instituição. O último centro é geralmente

aquele que recebe o maior número de serviços, em contrapartida, é aquele que presta o menor número de serviços aos demais. Isso é, o total dos gastos diretos demonstrados no primeiro centro de custos não- produtivo seria rateado para os demais centros demandantes de seus serviços.

Seguindo um esquema escalonar, o segundo centro de custos não-produtivo, ou seja, o segundo com maior destaque na instituição, teria seus gastos alocados para os demais centros, sempre no sentido “para baixo”, em forma de cascata, nunca sendo rateados valores para o centro anterior. Dessa forma, seus gastos totais seriam os gastos diretos detectados neste segundo centro, mais os gastos indiretos recebidos por alocação do centro anterior. O processo termina quando todos os gastos diretos dos centros de custos não-produtivos estiverem alocados aos centros de custos produtivos igual à alocação direta. A diferença é que eles foram depurados pelos demais centros de custos não- produtivos.

A principal vantagem desta metodologia é que se estima o custo total e a composição dos centros de custos não-produtivos. Mesmo assim, este método apresenta certo grau de distorção da realidade, pois a alocação depende da sequência de alocação dos centros de custos não-produtivos para os produtivos. A escolha da escala terá efeitos nos custos totais dos centros de custos produtivos.

c) Alocação recíproca

Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Este método reconhece a reciprocidade entre todos os centros de custos não-produtivos, por isso apresenta melhores resultados. Entretanto, é um pouco mais complexa do que as últimas duas, por utilizar função algébrica para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma seqüência de centros de custos não-produtivos para rateio. Sua grande vantagem é que não teria mais variação nos custos finais dos centros de custos produtivos com a alteração de uma seqüência dos centros não-produtivos para alocar os gastos indiretos.

d) Metodologia de alocação adotada pelo PNGC

O método adotado pelo PNGC é a alocação recíproca. Apesar de algumas complexidades, esse critério ainda é o que melhor atende aos objetivos deste programa.

Esta metodologia é a que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais. Para que os resultados sejam satisfatórios, os centros de custos devem ter uma rede de relacionamentos<sup>3</sup>, ou seja, os departamentos serão relacionados para facilitar a distribuição de seus gastos.

Essa metodologia reconhece que há participação recíproca entre os centros de custos não-produtivos, e leva este fato em consideração antes de efetuar o rateio final entre os centros de custos produtivos.

Para efetiva utilização desta metodologia será disponibilizado, posteriormente pelo PNGC, um software específico de custos que tenha portabilidade, que seja integrável, parametrizável e público, que leve em consideração as especificidades de cada instituição de saúde.

Este software irá calcular automaticamente a reciprocidade entre os centros de custos não-produtivos, transferir o custo total destes centros aos produtivos, mediante a inserção ou transferência dos dados. Por esse motivo, não será aprofundado neste manual a metodologia de alocação recíproca, pois isso será foco de outra publicação do PNGC.

### 6.13 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem seu suporte legal no Artigo 163 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que afirma sua obrigatoriedade, conformando-se “com instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho, nos estabelecimentos ou locais de obra nelas especificadas”. Em caráter nacional, o Ministério do Trabalho é o responsável por regulamentar as atribuições, a composição e o funcionamento das CIPAs. O mandato dos membros eleitos da CIPA é de um ano, podendo haver uma reeleição.

## **Atribuições da CIPA**

Identificar riscos no processo de trabalho, elaborar Mapas de Risco em todas as unidades (com a participação do maior número dos trabalhadores), elaborar Plano de Trabalho que possibilite ações preventivas na solução de problemas de Segurança e Saúde do Trabalho, realizar periodicamente verificações nos ambientes de trabalho para identificar pontos que ofereçam riscos para a saúde dos trabalhadores, além de participar, juntamente com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), das discussões promovidas pelo empregador, avaliando os possíveis impactos nas mudanças e alterações no ambiente de trabalho, relacionados à segurança e à saúde dos trabalhadores.

## **7 – PROGRAMAS DE INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE**

### **7.1 – Núcleo Interno de Regulação - NIR**

O Núcleo Interno de Regulação – NIR é um serviço que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Atua na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação e estabilização para atendimento de urgência e emergência. O NIR segue critérios pré-estabelecidos para o atendimento de pacientes e tem relações intra-hospitares (para casos de disponibilidade no próprio hospital) e extra-hospitalares para casos externos, envolvendo o contrarreferenciamento de pacientes. Tem como função realizar a gestão da oferta de leitos, consultas, serviço de apoio diagnóstico terapêutico e cirurgias, bem como apoiar a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços definidos pela clínica.

É de competência ao Núcleo Interno de Regulação – NIR promover a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional do HU e Centrais de Regulação, organizando as matrizes de agendamento de acordo com as diversas especialidades solicitadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Canoas;

- I. Gerenciar de forma contínua a oferta dos atendimentos multiprofissionais, consultas, exames e procedimentos eletivos nas diversas especialidades e leitos de internação do HU;
- i. Agendar consultas de retorno e exames para pacientes cirúrgicos e gestantes em acompanhamento de pré-natal de alto risco no sistema da Central de Regulação de Exames e Consultas da SMS de Canoas, o CMR, e realizar as importações dos agendamentos para o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários;
- ii. Participar da construção dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta) e unidade de pronto atendimento pediátrico;
- iii. Supervisionar a execução dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta) e unidade de pronto atendimento pediátrico;
- iv. Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- v. Monitorar o tempo de espera de Cirurgia e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- vi. Monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- vii. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e movimentação de leitos de internação, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;
- viii. Subsidiar discussões, internas como externas, que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil dos serviços ambulatoriais ofertados, considerando o perfil de atendimentos solicitados pela RAS;
- ix. Integrar o serviço aos outros hospitais da RAS local e fora da macrorregião à regulação de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e

aumento das taxas de ocupação e rodziamento da instituição.

## **7.2 – Núcleo de Vigilância Hospitalar- NVH**

O Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) é o setor responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e outros fatos de interesse para a saúde pública, ou seja, é o serviço do hospital responsável pela vigilância permanente dos problemas de saúde que podem por em risco a saúde da população.

O NVH também realiza a Epidemiologia Hospitalar, que é a coleta, análise e interpretação continuada e sistemática de dados de saúde do hospital essenciais para o planejamento, implementação de práticas integradas à disseminação desta informação em tempo adequado aos que precisam conhecê-la. Tem como principal objetivo a vigilância das doenças de notificação compulsória (DNC).

## **7.3 – Centro de Referência em Atendimento Integrado (CRAI)**

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) recebeu uma importante contribuição com a promulgação da Lei 13.431/20171 , que estipula garantias para meninas e meninos vítimas e/ou testemunhas de violências, assegurando que sua escuta seja feita de forma protegida e não revitimizante.

A lei também estabelece diretrizes para a integração das políticas públicas de atenção e proteção, mediante a implantação de centros integrados de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violências. Mas, antes mesmo de a norma entrar em vigor, algumas unidades da Federação, de forma pioneira, já implantaram iniciativas nesse sentido.

Como referência nacional, tem-se as experiências bem sucedidas de seis centros nacionais: Centro de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAI), de Porto Alegre (RS); Pro Paz Integrado Criança e Adolescente, do Pará; Bem Me Quer Terê, de Teresópolis (RJ); Centro de Atendimento ao Adolescente e à Criança (CAAC), do Rio de Janeiro (RJ); Centro Integrado dos Direitos da Criança e do Adolescente, de

Vitória da Conquista (BA); e Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, de Brasília (DF).

As iniciativas reúnem, num mesmo espaço de funcionamento, diversos serviços públicos de áreas como Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e perícia médica, dentre outros. Cada centro tem um formato particular, baseado na realidade institucional, social, cultural e econômica em que estão inseridos.

Sua maior contribuição é ofertar um atendimento integrado, protetivo e de articulação do Sistema de Garantia de Direitos, mediante o estabelecimento de fluxos que promovem a integração entre os órgãos, a qualidade e a celeridade dos processos.

Além das experiências nacionais, pode-se citar duas iniciativas internacionais: uma dos Estados Unidos, o National Children's Advocacy Center (NCAC) e outra da Suécia, a Barnahus Stockholm. São centros com propostas e estruturas diferentes daqueles implantados no Brasil, pois que característicos das leis, da cultura e da realidade dos seus países. Por isso mesmo, oferecem um panorama abrangente sobre as diversas possibilidades de se construir e executar políticas integradas e protetivas.

A gestão da FUNAM implantará no HU, centros de referência em atendimento integrado tanto para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos.

## REFERÊNCIA

Centros de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas de violências : Boas práticas e recomendações para uma política pública de Estado / Benedito Rodrigues dos Santos, Daniella Rocha Magalhães, Itamar Batista Gonçalves Childhood Brasil. São Paulo: Instituto WCF/Brasil, 2017.

### **7.4 – Sala Lilás – SOS Mulher**

A Sala Lilás é um espaço criado para prestar atendimento especializado e humanizado às mulheres vítimas de violência física e sexual, e funciona dentro do Instituto Médico Legal (IML).

O local é equipado para fazer exames periciais e possui uma equipe multidisciplinar composta por policiais, assistentes sociais e enfermeiras para realizar os



atendimentos especializados. A integração dos serviços pretende ajudar as vítimas a se sentirem mais à vontade para relatar e falar sobre a violência sofrida.

A ambientação mais acolhedora e aconchegante com mensagens escritas nas paredes, servem de apoio para as vítimas que estão em momentos de extrema fragilidade física e emocional.

Além do espaço de acolhimento humanizado é importante a sensibilização dos profissionais para o problema da violência de gênero – o que contribui também para qualificar a coleta de provas para materialidade do crime e responsabilização do agressor. Nesse sentido, um diferencial desse serviço tem sido o encaminhamento de mulheres para a perícia psíquica, quando solicitado pela autoridade policial ou pelo Ministério Público.

A perícia realizada se apoia em técnicas consagradas internacionalmente no ramo e adaptadas pela equipe do IGP, resultando em um laudo técnico que pode ser útil tanto na instrução do inquérito policial como servir de prova na ação penal.

Esse procedimento é importante, sobretudo, nos casos de violência sexual em que a produção de prova costuma ser dificultada pela inexistência de evidências físicas e, pode ser útil também em outras situações em que não há lesões visíveis, como os casos de violência psicológica previstos pela Lei Maria da Penha.

Na perícia, são realizadas duas entrevistas separadamente – uma por peritos criminais da área da Psicologia e outra por médicos legistas da Psiquiatria -, que depois se complementam para composição do laudo. A perícia é realizada em dois módulos: primeiro é feita uma entrevista investigativa, que usa técnicas cientificamente comprovadas e de uso internacional para obter o depoimento da vítima e, depois, é realizada uma análise psíquica, separadamente.

Além de qualificar a prova, o uso das técnicas também busca evitar o agravamento do trauma sofrido e para evitar rótulos, a perícia aponta para o caminho da unificação da prova, evitando que a vítima tenha que repetir o relato da violência sofrida desnecessariamente nos diferentes serviços de denúncia e atendimento. Nesse sentido, quando permitido, o depoimento é registrado em áudio ou vídeo e, além do laudo, os operadores da lei podem receber o material registrado.

As mulheres aguardam atendimentos como a perícia psíquica, a realização de retrato falado digital do agressor, quando necessário, e a perícia física – ou seja, o exame de lesões e coleta de material biológico para compor o laudo pericial. A Sala também oferece atendimento do serviço psicossocial, criado para assistir as vítimas de violência doméstica e familiar e de abuso sexual, oferecendo acolhimento e encaminhamento para tratamentos necessários em outros serviços.

A Sala Lilás traz uma mudança de atitude, um olhar diferenciado no tratamento das mulheres vítimas de violência. É um local aberto 24 horas para receber, acolher e encaminhar a vítima para exames e para o resgate de sua autoestima

## **8 – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS**

### **8.1 – Política de Recursos Humanos**

#### **8.2.1 – Objetivo da Gestão de Pessoas**

O objetivo da área de Gestão de Pessoas é possibilitar a melhoria constante do relacionamento interpessoal, do desenvolvimento profissional, do clima e cultura organizacional, da comunicação, da motivação, do trabalho em equipe, do planejamento, da participação e das lideranças.

Em paralelo aos treinamentos técnicos, será oferecido também o PDC: Programa de desenvolvimento de colaboradores. O PDC visa capacitar e desenvolver os profissionais de todas as áreas do HU por meio de um programa de treinamento que é atualizado anualmente. O foco do PDC é auxiliar no desenvolvimento de competências e comportamentos necessários para a execução efetiva das rotinas diárias de trabalho do HU.

O PDC tem por objetivo principal, promover o desenvolvimento profissional e o aumento da motivação dos colaboradores, potencializando ainda mais os resultados de cada equipe ou setor de trabalho.

As diretrizes para a elaboração do Plano de Carreira e Salários – PCS para o Corpo Técnico e Administrativo do HU serão definidas de maneira a estimular, valorizar o docente e dotar o HU de um instrumento de gestão de pessoas.

O PCS - Docente servirá para regulamentar as condições gerais de admissão, demissão, direitos e vantagens, deveres e responsabilidades dos membros do Corpo Técnico e Administrativo do HU:

- Estabelecerá critérios claros e transparentes para a contratação de docentes e preenchimento dinâmico de vagas;
- Oferecerá oportunidades de progresso funcional;
- Estimulará o desempenho e a produtividade;
- Promoverá o desenvolvimento e a melhoria contínua dos recursos humanos;
- Encorajará os docentes na exploração de suas capacidades e potenciais;
- Permitirá maior integração dos colaboradores com o HU, através do aumento de comprometimento com os objetivos institucionais;
- Definirá carreira compatível com as necessidades e objetivos do HU.

### **8.2.2 – Gestão de Pessoas x Gestão de Desempenho**

A gestão de pessoas vem passando por um processo de transformação na medida em que os sistemas tradicionalmente utilizados, centrados em cargos, vêm demonstrando fragilidade diante do ambiente turbulento e mutável pelo qual vem passando as organizações. Antes as pessoas eram vistas como pegadas substituíveis de uma máquina, e as soluções combinavam à rígida supervisão com sistemas de remuneração. Hoje as organizações estão dando maior autonomia para as pessoas, com formação e capacidade para assumir responsabilidades e focando em seus negócios.

Vai mais além, afirma que a área de gestão de pessoas é responsável por criar uma vantagem competitiva visando transmitir as estratégias aos colaboradores e transformá-los em agentes de competitividade e consequente serviço de qualidade.

Com a perspectiva voltada para o negócio, utiliza como ferramenta o levantamento do perfil e competências profissionais das pessoas para a obtenção da competitividade saudável, objetivando a diferenciação e a obtenção de vantagem competitiva.

Para isso, busca nas gestões dos serviços de saúde a visão voltada na Gestão de Pessoas a Gestão de Desempenho, estratégia diferenciada para que as pessoas que resultem na prestação de serviços com qualidade, alcançam os resultados e favorecem a assistência e saúde dos pacientes.

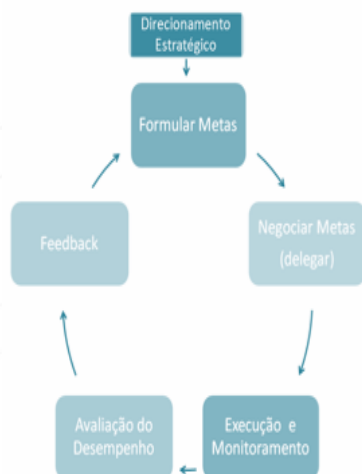
Os processos de recursos humanos, são:

- I. Agregar pessoas: processos utilizados para incluir novas pessoas;
- II. Aplicar pessoas: processos utilizados para desenhar as atividades a ser desempenhado pelas pessoas, orientar e acompanhar seu desenho;
- III. Recompensar pessoas: processos utilizados para incentivar as pessoas e satisfazer as suas necessidades individuais mais elevadas;
- IV. Desenvolver pessoas: processos utilizados para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal;
- V. Manter pessoas: processos utilizados para criar condições ambientais e psicologias satisfatórias para as atividades das pessoas;
- VI. Monitorar pessoas: processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados.

No processo de monitorar as pessoas pela está incluindo a avaliação de desempenho, ferramenta que serve de controle, verificação de resultados e planejamento de ações de melhorias de forma contínua.

### Gestão de Pessoas – Fluxo de Gestão de Desempenho

#### Fluxo da Avaliação de Desempenho:



#### Gestão do Desempenho:



### 8.2.3 – Ferramenta de Avaliação de Desempenho

#### COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E ATITUDES – CHA

<b>CONHECIMENTOS</b>	Saber	Competências Técnicas
<b>HABILIDADES</b>	Saber fazer	
<b>ATITUDES</b>	Querer fazer	Competências Comportamentais

O desdobramento do CHA proposto para a sua equipe e colaboradores dos Serviços de Saúde sob sua gestão, tem-se o posicionamento afirmando que os pilares das competências permitem a adoção dos melhores processos e a realização dos melhores resultados de um modo racional, previsível, consciente. Utilizando como critérios na Avaliação de Desempenho categorias de competências:

- I. Capacidade emocional;
- II. Conhecimento;
- III. Habilidades e comportamento eficientes;
- IV. Capacidade intelectual;
- V. Capacidade física.

#### **8.2.4 – Mapeamento das Competências**

Para a garantia e implantação efetiva na Gestão para os Serviços de Saúde, realizaremos o mapeamento das competências para identificar as competências comportamentais e técnicas que são pré-requisitos para o atingimento das estratégias da gestão qualificada.

O levantamento das competências comportamentais acontecerá através do inventário comportamental, técnica que identificará quais competências traduzia a conduta do comportamento ideal desejado e necessário para que a Instituição possa receber a Gestão identificada à missão, visão e valores.

Através desta análise buscará comportamentos e identificarão as seguintes competências comportamentais que foram utilizadas em todas as avaliações independentemente do cargo que a pessoa ocupará.

#### **COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL**

COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL	DEFINIÇÃO
EMPATIA	Capacidade de se colocar no lugar do outro, enxergando pelos olhos do outro, pelas motivações, interesse e percepções. É perceber sentimentos e emoções no outro e interagir de forma positiva com esses sentimentos e emoções.
EQUILÍBRIO EMOCIONAL	Capacidade de manter ponderação e bom senso em situações de imprevistos, adversidades e pressão, comunicando-se de maneira exemplar e conduzindo as ações de forma equilibrada.
COMUNICAÇÃO	Capacidade de criar canais de comunicação, recebendo e transmitindo informações de maneira eficaz. Habilidade de influenciar, de convencer. Ter clareza, objetividade e profundidade.
INICIATIVA	Capacidade de antecipar, decidir e realizar ações de forma empreendedora e responsável, visando suprir e aperfeiçoar suas atividades de trabalho.
PRO-ATIVIDADE	Capacidade de se antecipar aos fatos, tendo ações preventivas no sentido de conduzir a equipe a atingir os melhores resultados.
FLEXIBILIDADE E INOVAÇÃO	Capacidade de adaptação rápida a situações inesperadas e facilidade de encontrar novas soluções para resolver problemas e adversidade.
PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO	Capacidade de organizar e estabelecer ordem de prioridades as tarefas, mesmo diante de situações adversas, e otimizar procedimentos em favor da eficácia em resultados.

TOMADA DE DECISÃO	Capacidade de escolher alternativas adequadas e eficazes para os problemas identificados, comprometendo-se com o resultado, respeitando a hierarquia, visando cumprimento das estratégias organizacionais e pautados na missão e valores da organização.
AUTO-DESENVOLVIMENTO	Capacidade de buscar o seu próprio desenvolvimento profissional
ÉTICA	Capacidade de agir com integridade e justiça, respeitando as pessoas e as normas.
COMPROMETIMENTO	Capacidade de disponibilizar todo o potencial em prol dos objetivos e metas da organização, dando suporte com total dedicação e empenho.
RESPONSABILIDADE	Capacidade de responder por suas ações, cumprir tarefas, deveres e normas, agir com zelo e ser pontual.
CONSCIÊNCIA ECOLÓGICA E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL	Capacidade de agir de forma consciente, evitando o desperdício, utilizando os recursos de maneira econômica, sendo socialmente justo, buscando aceitação cultural e preservando o meio ambiente.
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	Capacidade de se relacionar de forma construtiva com a equipe, demonstrado consideração e respeito pelos colegas, promovendo a união e integração de todos e se sentindo parte da equipe e compartilhando problema e soluções.
ESPIRITO DE EQUIPE	Desenvolver uma relação de complementaridade com os membros da equipe, ser capaz de promover divisões justas de tarefas, ter iniciativa para cooperar, estar comprometido com os objetivos, compartilhar e comemorar metas atingidas e resultados alcançados.

FOCO NO CLIENTE	Capacidade de tomar providências rápidas diante de problemas, conflitos, visando o melhor atendimento das necessidades do cliente.
ORIENTAÇÃO PELA QUALIDADE	Capacidade de agir buscando a qualidade do serviço prestado e o atendimento ao cliente, visando obter resultados com excelência.

Para o levantamento das competências técnicas utilizará para a pesquisa através dos indicadores de competências.

Os indicadores de competências serão obtidos através da análise da descrição dos cargos de onde se obtém os conhecimentos e habilidades que são os pré-requisitos de cada função.

A análise das competências será realizada por função, para demonstrar a metodologia utilizada e propor o modelo da avaliação de desempenho, analisará os cargos seguidos das descrições proposta do Regimento Interno do Serviço de Saúde em questão.

### **8.2.5 – Critérios de Avaliação de Desempenho**

Para que seja possível avaliar as competências dos colaboradores será necessária uma ferramenta em forma de questionário que estipule quais os pontos poderão ser atribuídos como nota para cada competência a ser avaliada.

Nesta proposta, optou em utilizar uma régua de graduação representada abaixo a qual possui cinco graus de avaliação.

A opção de se trabalhar com cinco índices ou critérios de avaliação deve-se para proporcionar uma boa amplitude para avaliação.

### **RÉGUA DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**



PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR	
1	2	3	4	5
<b>Crítico</b>	<b>Insatisfatório</b>	<b>Médio</b>	<b>Bom</b>	<b>Excelente</b>
Dê o grau 1 se você achar nenhuma evidência da competência investigada	Dê o grau 2 se você achar pouca evidência da competência investigada	Dê o grau 3 se você achar alguma evidência da competência investigada	Dê o grau 4 se você achar boa evidência da competência investigada	Dê o grau 5 se você achar muito forte a evidência da competência investigada

Esta régua será utilizada para no momento da avaliação atribuir as notas para cada competência profissional avaliada. Se a pessoa não possuir ou possuir pouca evidência da competência investigada, deverá se atribuir nota 1 ou 2. Caso, ela identifique a evidência da competência, deverá dar nota 3. E se achar boa ou muita evidência, atribuir-se nota 4 ou 5. A notas 1 e 2 identificam competências que são prioridade de ação no desenvolvimento, pois indica que a pessoa não possui esta competência desenvolvida. A nota 3 indica que existe alguma evidência da competência na pessoa, mas, assim como as anteriores, devem ser estimuladas. E por último, as notas 4 e 5 identificando que a pessoa já possui ou desenvolveu a competência necessária e deve-se mantê-la ou aprimorá-la.

O modelo de avaliação de desempenho adotado e proposto para a Instituição de Saúde é dividido em duas partes.

A avaliação das competências comportamentais e as técnicas. Assim, será possível determinar uma nota para cada um dos tipos de competências e a nota geral da avaliação que será o somatório dessas duas notas.

Através do mapeamento das competências, identificaram-se no total de dezoito competências comportamentais. Então, a nota total para esta competência será o

somatório de cada uma das notas atribuídas individualmente para cada competência do grupo comportamental. Como se tem o total de dezoito itens, a nota mínima será 18 (dezoito) e a máxima 90 (noventa), caso seja atribuído, respectivamente, grau 1 para cada item ou grau 5.

Na avaliação das competências comportamentais, também será possível identificar prioridades de ação de acordo com a nota total.

Para que isso seja possível outra régua de indicador, levando em consideração a amplitude entre as notas mínima e máxima (18 e 90), respectivamente, sendo que o intervalo será de 72 (setenta e dois) pontos.

Este intervalo foi dividido em cinco partes para seguir a mesma quantidade de notas que podem ser atribuídas para cada competência. Portando os dois primeiros intervalos que compreende as notas entre 18 (dezoito) e 46 (quarenta e seis), que irão indicar que as competências comportamentais necessitam de desenvolvimento. O segundo intervalo 47 (quarenta e sete) a 61 (sessenta e um), também indicará a necessidade de aprimoramento, mas não tanto como o primeiro.

E, por fim, os dois últimos intervalos entre 62 (sessenta e dois) e 90 (noventa) pontos identificarão que a pessoa já possui, bem desenvolvida, as competências comportamentais exigidas para aquele cargo tendo que a gestão deverá apenas mantê-las ou aprimorá-las. Para as competências técnicas, também se tem uma régua de avaliação e a diferença está na amplitude, já que foram identificados 10 (dez) itens a serem avaliados.

A pontuação mínima será 10 (dez) e a máxima 50 (cinquenta). Por fim, para se chegar a nota final da avaliação, será o somatório das notas das competências comportamentais e técnicas. E, assim como os indicadores de desempenho das competências comportamentais e técnicas, tem se uma régua de avaliação. Sendo que a nota mínima será de 28 (vinte e oito) e a máxima 140 (cento e quarenta).

## INDICADOR DE DESEMPENHO DE COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

### INDICADORES DE DESEMPENHO DAS COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

**Mínimo**

**Máximo**

<b>18</b>	<b>46</b>	<b>61</b>	<b>90</b>
PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR

### INDICADOR DE DESEMPENHO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

INDICADORES DE DESEMPENHO DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS			
Mínimo		Máximo	
<b>10</b>	<b>26</b>	<b>34</b>	<b>50</b>
PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR

### INDICADOR DE DESEMPENHO – AVALIAÇÃO FINAL

INDICADORES DE DESEMPENHO			
NOTA FINAL			
Mínimo		Máximo	
<b>28</b>	<b>72</b>	<b>95</b>	<b>140</b>
PRIORIDADE DE AÇÃO		REAVALIAR / MELHORAR	MANTER / APRIMORAR

Para que a Avaliação de Desempenho das Pessoas seja implantada com excelência, as ferramentas descritas acima em forma de questionário, o qual será aplicado e avaliado semestralmente para acompanhamento dos resultados referente ao desempenho profissional, planejamento e implantações de ações de melhorias.

Ainda implantará a Política de Seleção de Cargos e Salários, diretriz mínima para a seleção de cargos de governança da gestão a ser prestada.

### **8.2.6 – Combate ao Absenteísmo e Estímulo à Produção**

Para uma análise assertiva do absenteísmo primeiramente deve-se implantar a cultura de indicadores em gestão de pessoas como o intuito de investigar quais as principais causas de absenteísmo e seus setores de origem, assim como os principais cargos demandados.

O sistema de indicadores é uma ferramenta que auxilia na tomada de decisões, por que devido ao grande número de informações sobre os problemas é possível pensar nas situações geradoras antes mesmo que elas ocorram, pois se tem o problema estratificado.

Se os dados forem usados com habilidade e prudência, pode ser efetuada uma medida de controle. Quando os problemas são transformados em indicadores e analisados, tem-se uma medida de diminuir ou eliminar as fontes geradoras de problemas.

Com isso as informações encontradas na análise dos indicadores podem ser usadas para a redução de custo e maior lucratividade das empresas, e também na qualidade de vida dos funcionários.

O absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores causais como: fatores de trabalho, fatores sociais, fatores culturais e de personalidade e fatores de doenças. Com tantas causas que podem gerar o absenteísmo, temos que saber o que realmente entra no contexto organizacional, pois somente assim se têm como identificar os índices dentro da empresa.

Sabendo disso seguem algumas ações efetivas que podem contribuir para reduzir os índices de absenteísmo e mantê-los sob controle:

- I. A adoção do Equipamento de Proteção Individual - EPI, que vem sendo usado por funcionários que atuam nos departamentos onde o risco não pode ser totalmente eliminado ou controlado de forma coletiva. A forma de utilização e a importância do EPI devem ser divulgadas durante os treinamentos, no momento da integração de novos colaboradores e reforçados durante os encontros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e em campanhas de segurança, como a SIPAT, por exemplo;

- II. Adoção de um programa de melhoria da Qualidade de Vida. Um programa com o objetivo de estimular a melhoria da qualidade de vida em casa e no trabalho, contribui significativamente para reduzir outros fatores causadores de absenteísmo, tais como, a insatisfação no trabalho, alcoolismo, problemas domésticos, e doenças. Para auxiliar no combate a problemas como estes, sugerimos a implementação do Programa 5S, que em conjunto com outras ações que geram benefícios corporativos, deverá ser dirigido a todos os colaboradores, possibilitando a sua extensão para os seus familiares, com ações que incluem a conscientização sobre os seus 5 (cinco) sentidos. Além destas ações, as campanhas de prevenção contra doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, verminoses, câncer de próstata, AIDS, colesterol e diabetes. Além disso, é recomendável que todos os colaboradores da organização também possam participar de aulas de ginástica laboral que poderão ser coordenadas por pessoas devidamente preparadas;
- III. A ergonomia também contribui para a redução do absenteísmo através da adequação de esteiras, bancadas e cadeiras ergonômicas na área de produção, montagens e manuseio de produtos e equipamentos. Na administração, por exemplo, é recomendável o uso de apoio de punho para utilização de micros, evitando a DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. As cadeiras também deverão ser ajustáveis com descansador de pés. Nas áreas de carregamento manual de peso, deverá existir a orientação quanto à postura correta da coluna;
- IV. Gestão à Vista é uma ferramenta muito útil, pois informa-se o índice corporativo, os resultados do Programa 5S, e os números de falta por setor;
- V. Premiação para a Assiduidade. Outra ação de incentivo que combate o absenteísmo na organização é a adoção de um programa que premia a assiduidade dos colaboradores. Essa premiação motiva o comprometimento das pessoas com a empresa e aumenta a dedicação ao trabalho;
- VI. Pesquisa de clima organizacional, um instrumento voltado para análise do ambiente a partir do levantamento de suas necessidades. Objetiva mapear ou retratar os aspectos críticos que configuram o momento motivacional dos funcionários da empresa através da apuração de seus pontos fortes, deficiências, expectativas e aspirações.

A pesquisa do clima organizacional possibilita entender e conhecer melhor o comportamento humano dentro das organizações.

### **8.2.7 – Registro e Controle de Pessoas e Modelo para Escalas de Trabalho**

O registro e controle de pessoal, abrange o monitoramento da frequência e identifica as variações ocorridas (dentro da jornada de trabalho), assim classificadas:

- I. Ausência: é o não comparecimento do funcionário durante parte da jornada diária de trabalho;
- II. Falta: é o não comparecimento do funcionário durante um ou mais dias de trabalho;
- III. Atraso: é o comparecimento do funcionário depois do horário inicial de trabalho.

Somente serão aceitas alterações esporádicas da jornada de trabalho, as quais deverão ser comunicadas, formalmente, ao Núcleo de Gestão de Pessoas, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas.

Toda alteração definitiva de jornada de trabalho deverá ser previamente analisada, pelo Núcleo de Gestão de Pessoas, quanto às disposições legais e aos procedimentos a serem adotados para sua efetivação.

De acordo com as características específicas de trabalho poderão ser definidos horários diferenciados, inclusive para intervalo de almoço, mediante aprovação prévia do Gestor de Área, em conjunto com o Diretor Geral.

Para jornada inferior a 8 (oito) horas, o intervalo deve ser fixado conforme legislação em vigor, ou seja, a jornada não deve exceder a seis horas de trabalho e, quando ultrapassar quatro horas, será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos.

Para os funcionários que executam atividades diretamente relacionadas ao funcionamento dos Equipamentos, os horários serão fixados mediante escala de revezamento.

O registro de frequência será diário e obrigatório a todos os funcionários, nos horários determinados pela Unidade de Saúde, inclusive naqueles horários destinados à refeição.

No caso de realização de serviços externos durante a jornada de trabalho, os horários de saída e retorno deverão ser registrados pelo funcionário.

A liberação do registro de frequência, quando houver justificativa, deverá ser autorizada pelo Gestor da área.

Será tolerado um atraso máximo diário de 15 (quinze) minutos na entrada para o trabalho e no registro da frequência. Ultrapassado o limite de tolerância diária, os minutos/horas serão descontados automaticamente, salvo nos casos de ausência justificada.

É proibido o registro da frequência com antecedência superior a 14 (quatorze) minutos do início da jornada de trabalho e após 14 (quatorze) minutos do término da jornada, salvo nos casos de horas extraordinárias.

A critério da Diretoria Geral, o expediente de trabalho poderá ser suspenso em dias-ponte de feriado, exceto nas áreas cujo funcionamento não possa sofrer interrupção, mediante compensação das horas de trabalho correspondentes, no limite de duas horas diárias, em período previamente definido.

Não é permitido ao funcionário permanecer no local de trabalho, antes ou depois de seu horário normal de trabalho, sem a devida autorização.

A frequência será apurada mensalmente, e os salários e demais vencimentos pagos com base no registro e cumprimento da jornada de trabalho.

As ocorrências na frequência dos funcionários estarão sujeitas à deliberação do respectivo responsável pela unidade onde estiver lotado, implicando o apontamento ou o desconto da remuneração. São consideradas faltas justificadas, sem prejuízo de salário, as ausências amparadas na CLT e em Convenção Coletiva de Trabalho.

São consideradas faltas injustificadas, com prejuízo de salário, aquelas cujos motivos, apresentados pelo funcionário e analisados pelo responsável pela unidade, forem considerados insuficientes para justificar o não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.

Quando o funcionário se ausentar do trabalho, por qualquer motivo, deverá informar ao responsável pela unidade em que está alocado, se possível com antecedência, e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório.

Todas as ocorrências de frequência que não forem autorizadas ou justificadas, além dos respectivos descontos, estão sujeitas à aplicação das sanções cabíveis.

O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente e com autorização formal e antecipada do Gestor da Área, a qual não poderá ser delegada, mediante emissão do formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.

O trabalho na folga e feriado é considerado Hora Extra. Sua prática deverá ser restrita a situações de extrema excepcionalidade e devidamente aprovada pelo Diretor. Nesses casos, também deverá ser emitido o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.

O pagamento das horas extras será efetuado conforme estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho. A jornada diária de trabalho, incluídas as horas extras, não poderão ultrapassar 10 (dez) horas, salvo nas situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizada pelo Gestor da Área.

Os casos omissos serão decididos pelo Gestor da Área em conjunto com o Núcleo Administrativo e Financeiro, prevalecendo, sempre, o estabelecido na legislação vigente.

#### **8.2.8 – Procedimentos de Registros de Ponto**

- I. Registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pela Unidade, observando os critérios e os requisitos aqui estabelecidos.
- II. Comunicar, de imediato, ao respectivo gerente, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência. Caso não seja possível comunicar a ausência ou a falta, solicitar a um parente ou pessoa de sua confiança que o faça.
- III. Nos casos de ausências ou faltas, apresentar, no retorno ao trabalho, o respectivo comprovante, quando houver.



- IV. Responsável pela unidade. Providenciar para que os funcionários registrem a frequência corretamente.
- V. Receber dos funcionários e analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, encaminhando-os conforme os conceitos das ocorrências no registro da frequência.
- VI. Mensalmente enviar, ao Núcleo de Gestão de Pessoas, relatório contendo as ocorrências de frequências (conforme definido no próximo capítulo) de seus funcionários, emitir parecer, anexar os comprovantes, assinar e devolver, no máximo, no primeiro dia útil seguinte.
- VII. Colher assinatura do funcionário, no caso de ausências injustificadas, registrando sua ciência do fato.
- VIII. Emitir o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras em uma via, colher a assinatura do funcionário, obter a aprovação do Gestor da Área.
- IX. Encaminhar o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras ao Núcleo de Gestão de Pessoas, até o primeiro dia útil subsequente ao da realização.
- X. Enviar, mensalmente, à Gerência de Gestão de Pessoas, relatório com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.

**Observação:** O Registro Eletrônico de Ponto será feito por meio da plataforma digital – “Ponto Mais” ([www.pontomais.com.br](http://www.pontomais.com.br)), cuja eficiência está comprovada pelas centenas de empresas e instituições que a utilizam.

### **8.2.9 – Rotinas de Gestão de Pessoas**

- I. Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio adotado pela sede ou pelo Equipamento sob contrato de gestão.
- II. Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas.
- III. Receber, dos responsáveis pelas unidades, os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta ao trabalho, e proceder aos acertos apontados.

- IV. Receber, dos responsáveis pelas unidades, as Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras, devidamente aprovadas pelo Diretor, e apurar as horas trabalhadas.
- V. Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento.
- VI. Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.
- VII. Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização do Ministério do Trabalho.

#### **8.2.10 – Modelo para Escala de Trabalho**

O conceito de escala de trabalho refere-se à maneira como cada instituição organiza a jornada de trabalho dos seus colaboradores, visando maior produtividade. Por este motivo, as escalas variam de acordo com as necessidades do setor e do tipo de Unidade de Saúde assim como as determinações estabelecidas pelo sindicato de cada categoria.

Primeiramente, faz-se necessário definir as premissas de trabalho, isto é, os fundamentos que embasarão a organização da escala de trabalho. Como por exemplo: quantas equipes a empresa possui? Essas equipes trabalham em horários diferentes? Quais os funcionários estão disponíveis em determinado horário?

Com as premissas pré-estabelecidas, a escala pode ser iniciada, ou seja, o período que será trabalhado de acordo com a semana, mês e etc. Para organizar a escala de trabalho de maneira eficiente, alguns pontos devem ser levados em consideração tais como Leis Trabalhistas referentes a Repousos Semanais, Descansos intra e inter jornadas; períodos de trabalho maior do que 6 dias seguidos, falta de folgas aos domingos por mais de 7 (sete) semanas seguidas.

Conhecendo as necessidades dos colaboradores, é possível ter a relação de todos os turnos e fazer com que todos tenham direitos iguais em relação à folgas e horários a cumprir.

As escalas de trabalho são elaboradas um cargo por vez e os dados atualizados com frequência, assim o planejamento será mais eficiente.

As principais escalas de trabalho são:

- I. Escala de trabalho 5×1: a cada 5 (cinco) dias de trabalho, o colaborador folga um. Sendo assim, trabalha-se seis dias na semana e é necessário folgar um domingo a cada sete dias. Nesta escala, a jornada de trabalho é de 07h20min;
- II. Escala de trabalho 5×2: a cada cinco dias de trabalho, são necessários dois dias de folgas que podem ser seguidos ou não. Sendo assim, o colaborador trabalha cinco dias na semana e cerca de 08h48min horas por dia;
- III. Escala de trabalho 6×1: a cada seis dias trabalhados, o colaborador deve ter um dia de folga. Além disso, é necessário que ele folgue 1 (um) domingo a cada, pelo menos, 7 (sete) semanas consecutivas;
- IV. Escala de trabalho 12×36: a cada 12 (doze) horas trabalhadas, o colaborador tem direito a trinta e seis horas de descanso. Esse tipo de escala normalmente está relacionado às áreas da saúde e segurança cujas atividades não podem ser interrompidas em um período de tempo menor;
- V. Escala de trabalho 24×48: a cada 24 (vinte e quatro) horas trabalhadas, o colaborador tem direito a 48 (quarenta e oito) horas de descanso. Estas escalas são utilizadas por cobradores de pedágio e alguns setores de polícia, por exemplo.
- VI. As escalas de trabalho auxiliam na organização dos horários das equipes, facilitando a administração das horas de trabalho e otimizando o desempenho da Unidade.

Os modelos de escalas, como o exemplo da Figura 8.2.10, serão validados pelo Departamento de Pessoal em conjunto com os responsáveis técnicos das áreas relacionadas.

**Figura 8.2.10 – Modelo de Escala de Trabalho**

DEPARTAMENTO / SERVIÇO: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_

SETOR:				DIAS MÊS																											
COLABORADOR	FUNÇÃO	COREN-MS	TURNO	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
Nome e Sobrenome	ENF	123123	06h-12h	X	X	X	X	X	X	F	X	X	X	X																	
Nome e Sobrenome	ENF																														
Nome e Sobrenome	ENF																														
Nome e Sobrenome	TEC																														
Nome e Sobrenome	TEC																														
Nome e Sobrenome	TEC																														
Nome e Sobrenome	AUX																														
Nome e Sobrenome	AUX																														
Nome e Sobrenome	AUX																														

Podem ser utilizados símbolos, letras ou cores para marcar finais de semana, feriados, plantões de 12 horas, etc

Ex:

- > X – Dia normal de trabalho
- > F – Folga
- > L – Licença Médica ou Legal
- > FE – utilizado para Férias
- > FR – Feriado

Trocas de dias de trabalho entre colaboradores também devem ser registrados, e autorizados conforme normas institucionais.

### 8.2.11 – Treinamentos Comportamentais

Em paralelo aos treinamentos técnicos que serão implementados no HU, será oferecido também o PDC: Programa de desenvolvimento de colaboradores. O PDC visa capacitar e desenvolver os profissionais de todas as áreas do HU por meio de um programa de treinamento que é atualizado anualmente. O foco do PDC é auxiliar no desenvolvimento de competências e comportamentos necessários para a execução efetiva das rotinas diárias de trabalho do HU.

O PDC tem por objetivo principal, promover o desenvolvimento profissional e o aumento da motivação dos colaboradores, potencializando ainda mais os resultados de cada equipe ou setor de trabalho.

### 8.3 – Política de Cargos e Salários

Este Manual de Gestão de Cargos e Salários contempla todos o HU de Canoas, objeto do TERMO DE COLABORAÇÃO a ser assinado entre a FUNAM e o Município de Canoas e visa a orientar todos os níveis de gestão quanto às definições, normas e procedimentos a serem adotados para contratação, alteração de cargos e promoção dentro do HU de Canoas. Todas as decisões, portanto, deverão nortear-se pelos princípios e diretrizes aqui estabelecidas.

O processo de Gestão de Pessoas é dinâmico, especialmente no que se refere aos programas de Remuneração e Desenvolvimento de Carreiras. Por isso, este Manual está sujeito a revisões e complementações de forma a adequar-se às contingências de mercado, estratégias, padrões e valores culturais do HU de Canoas.

Com o objetivo de atender à realidade e necessidades da Organização Social, esta política abrange a Estrutura de Cargos Operacionais, Administrativos, Técnicos e de Gestão.

Esta Política está alinhada com a Missão, Valores, Objetivos e Estratégias da FUNAM e do Município de Canoas.

### **8.3.1 – Objetivos**

- I. Fixar critérios que possibilitem a Gestão de Cargos e Salários para funcionários das de forma racional, profissional e impessoal, em acordo com a legislação aplicável às Unidades de Pronto Atendimento do Município de Canoas/RS.
- II. Atrair, reter e desenvolver os profissionais com real capacidade para atender as necessidades e prioridades do HU de Canoas frente ao mercado;
- III. Estimular o autodesenvolvimento dos colaboradores, possibilitando seu aperfeiçoamento profissional na Organização Social, por meio de políticas de aproveitamento interno;
- IV. Aumentar o grau de comprometimento dos colaboradores com o HU e a satisfação com a remuneração e perspectivas de ascensão interna;
- V. Administrar e controlar os gastos com pessoal;
- VI. Proporcionar melhor relacionamento entre o HU e seus colaboradores, por meio:
  - do estabelecimento dos cargos a partir das necessidades da Organização Social e da compatibilidade entre as atividades realizadas, formação e experiências necessárias;
  - do agrupamento dos cargos com níveis de responsabilidade semelhantes, de forma que pertençam à mesma faixa Salarial;
  - da fixação de salários consistentes internamente e competitivos externamente.

### **8.3.2 – Diretrizes Gerais**

A. Cabe à área de Recursos Humanos, a responsabilidade pela definição de procedimentos para a gestão de cargos e salários dos colaboradores, dos diversos níveis hierárquicos, assim como as alterações que se fizerem necessárias, que podem envolver a criação, a extinção ou a reclassificação dos cargos, de acordo com o estabelecido neste Manual em consonância com o Termo de Referência do Orçamento 831/2021.

B. Os colaboradores devem se sentir estimulados a traçarem planos de desenvolvimento e participarem de avaliações para ocuparem outras posições.

C. As verbas destinadas aos aumentos salariais coletivos e/ou individuais (espontâneos) estão especificadas na planilha de custeio e os aumentos fixados pela legislação pertinente citada no Termo de Referência.

D. Os níveis salariais de cargos existentes no HU só poderão sofrer ajustes com a anuência do Município de Canoas.

E. A identificação dos cargos com o mercado se dará pela comparação das atividades exercidas, níveis hierárquicos e requisitos exigidos (formação, experiência e conhecimentos específicos) dos cargos do HU de Canoas, comparando-os com os cargos do mercado de Saúde no Município de Canoas.

F. O aproveitamento interno deve ser interpretado como uma ferramenta de desenvolvimento e este esforço fará com que a Organização Social aproveite ao máximo seu investimento na retenção dos melhores profissionais. Esse processo se dará por meio de edital de Recrutamento e Seleção Misto ou Interno onde constarão as orientações e exigências para o cargo a ser ocupado, sendo este divulgado através do Extranet e quadros de aviso da unidade.

#### **8.3.2.1 – Definição e conceituação**

A. Cargo: Agrupamento de atividades e responsabilidades preestabelecidas, que são realizadas por um ou mais colaboradores da área e que contribuem para a obtenção de objetivos definidos.

B. Responsabilidades: Relaciona as principais responsabilidades que compõem um cargo, identificando, descrevendo a forma de execução, finalidade e formas de acompanhamento e controle.

C. Qualificação: É a escolaridade mínima necessária ao cargo. Ex: Formação Superior em Enfermagem.

D. Experiência: É o tempo mínimo necessário para que uma pessoa possa desempenhar as atividades do cargo.

E. Conhecimentos Técnicos: São conhecimentos técnicos específicos necessários ao cargo, adquiridos por meio de treinamentos formais ou pelo aprendizado no exercício do trabalho.

F. Habilidades e Competências: São as habilidades, atitudes e características pessoais necessárias ao ocupante para o pleno exercício das atividades e responsabilidades que compõem o cargo. Ex: Relacionamento Interpessoal, Comunicação, liderança e gestão de equipes, Comprometimento e Responsabilidade, dentre outros.

#### **8.3.2.2 – Estrutura de Cargos**

A Estrutura de Cargos do HU de Canoas apresentando seus níveis, responsabilidades e exigências envolvidas serão descritas em documento específico quando do início das operações do HU pela FUNAM.

#### **8.3.2.3 – Evolução de Carreira**

A evolução de carreira seguirá o modelo em linha, neste contexto as promoções acontecerão em função do tempo de serviço que o profissional tem dentro da organização e o tempo de experiência no cargo atual.

Todo o critério para a evolução de carreira será analisado pela equipe de Recursos Humanos em conjunto com o Gerente Geral de cada unidade e será disponibilizado no Edital de Recrutamento.

### **8.3.3 – Alterações de Cargos**

#### **8.3.3.1 – Política**

A criação, extinção ou reclassificação dos cargos deverá ser criteriosa, ficando sob a responsabilidade da Área de Recursos Humanos em conjunto com as Áreas/Projetos sujeitos à aprovação da Gerência Geral e anuência do Município de Canoas.

As alterações de Cargos somente deverão ser efetivadas, depois de comprovada sua real necessidade.

#### **8.3.3.2 – Normas**

As alterações de cargos do HU de Canoas poderão ocorrer devido à:

##### **✓ Criação de Cargos**

Será criado um novo cargo, quando passar a existir novas atividades relativas a mudanças ou inovações de processos, rotinas, equipamentos, tecnologia ou, ocorrer reagrupamento delas, as quais deverão ser desenvolvidas dentro de um mesmo cargo, em áreas existentes, recém- criadas ou reorganizadas.

Deverão ser submetidas à avaliação da área de Recursos Humanos, ficando sob sua responsabilidade a análise e definição do cargo, assim como sua reclassificação na Tabela Salarial.

##### **✓ Reclassificação de Cargos**

Ocorrerá quando o nível de exigência de um cargo for alterado em função de um maior ou menor grau de responsabilidades, complexidade das atividades, formação ou experiência.

Constatada a alteração, o cargo deverá ser reclassificado na Tabela Salarial.

##### **✓ Extinção de Cargos**

Um cargo será extinto quando as responsabilidades que o compõe forem absorvidas por um ou mais cargos, devido à criação, reorganização, extinção de uma área ou reestruturação interna.



### **8.3.3.3 – Procedimentos**

O HU que apresentarem necessidade de Criação, Reclassificação ou Extinção de cargos, deverão solicitar a análise da área Recursos Humanos.

A área de Recursos Humanos coletará os dados sobre as alterações a serem executadas junto ao solicitante e/ou responsável.

As informações serão analisadas pela área de Recursos Humanos e, se justificada a alteração, em conjunto com a Área ou Contrato solicitante, avaliarão o novo cargo, bem como seu nível de responsabilidade, para definir sua posição na tabela salarial, garantindo a manutenção do equilíbrio interno.

## **8.4 – Administração dos Salários**

### **8.4.1 – Definição de termos**

Tabela Salarial - compreende todos os cargos classificados no Plano de cargos da FUNAM para o HU de Canoas, agrupados conforme seus níveis de responsabilidade e importância.

Grupos Salariais – compreendem os cargos que tem níveis de responsabilidade semelhantes, baseados na formação, experiência necessária e importância do cargo para Organização Social, administrados na mesma faixa salarial.

Faixa Salarial - definida conforme equilíbrio interno dos cargos existentes no HU e o equilíbrio externo, definido pelo mercado. Determina o limite inferior e superior dos salários a serem pagos para cada grupo salarial.

Salário de Admissão - estabelece o valor para contratação e deverá ser sempre o menor da faixa salarial em que o cargo estiver classificado. Podendo em casos especiais como, por dificuldades na atração de profissionais, avançar nas faixas salariais seguintes.

### **8.4.2 – Alterações Salariais**

Cabe a área de Recursos Humanos operacionalizar as solicitações de aumentos salariais após aprovação Gerência Geral. As alterações salariais poderão ser concedidas em função de Convenções Coletivas, Política Salarial ou por determinação do Município de Canoas.

### **8.4.3 – Promoção**

Aumento salarial concedido aos colaboradores que passarem a cargo com maior responsabilidade e classificado num grupo salarial superior, em relação ao cargo ocupado anteriormente.

#### **8.4.3.1 – Normas**

- i. A promoção somente se efetivará se o colaborador tiver o perfil exigido para cargo vago e que, portanto, reúna condições para exercer as atividades do mesmo, com nível de desempenho satisfatório e não devendo ocorrer em caráter transitório (cobertura de férias, auxílio doença, afastamento temporário, dentre outros).
- ii. Caso a diferença entre o salário atual do colaborador e a faixa inicial do cargo para o qual será promovido seja superior a 20%, este reajuste deverá ser parcelado trimestralmente até que alcançar o valor adequado. O salário proposto não pode ser superior aos de outros colaboradores que já ocupem o cargo.
- iii. A promoção somente será concedida, no mínimo, após 1 (um) ano da última promoção, caso tenha ocorrido, e no mínimo 6 (seis) meses após o último aumento por mérito.
- iv. A solicitação de aumento por mérito, deverá ser acompanhada por avaliação de desempenho do colaborador, formalizada pelo superior imediato. O mesmo deverá ter atingido nas duas últimas avaliações de desempenho uma média superior a 7 pontos.
- v. O colaborador não poderá ter recebido sanções disciplinares e ter tido qualquer tipo de absenteísmo nos últimos 12 (doze) meses.
- vi. No caso de recrutamento interno, os colaboradores se submeterão a um processo seletivo sob a responsabilidade da área de Recursos Humanos.
- vii. O requisitante deverá preencher formulário específico e enviar à área de Recursos Humanos. Esta analisará a viabilidade de concessão de aumento e alteração do título do cargo.
- viii. Caso atenda as políticas e procedimentos, a área de Recursos Humanos solicitará aprovação final da Gerência Geral do HU. Posteriormente efetuará o processo de comunicação à Área ou Projeto envolvido.

#### **8.4.3.2 – Procedimentos**

A área de Recursos Humanos divulgará a existência de vagas em aberto e os perfis exigidos para os cargos.

Os colaboradores interessados deverão informar ao seu superior imediato o desejo de participar do processo seletivo em aberto.

Os candidatos deverão procurar a área de Recursos Humanos e submeter-se ao processo seletivo.

A área de Recursos Humanos manterá informados as Áreas ou os Projetos envolvidos (cedente e requisitante), agindo como facilitador na troca de informações sobre os candidatos.

Após aprovação do candidato no processo seletivo, a área de Recursos Humanos cuidará da operacionalização da transferência e substituição do colaborador na Área ou Projeto cedente, buscando comum acordo de datas entre as Áreas ou Projetos.

Os candidatos, aprovados ou não, serão informados sobre o resultado da seleção.

O período de treinamento na nova função não deverá ser superior a 3 (três) meses, quando deverá ser executada a alteração de cargo e salário do colaborador.

#### **8.4.4 – Enquadramento**

Compreende o reajuste salarial do colaborador que esteja com seu salário abaixo do valor inicial da faixa salarial do cargo que ocupa.

##### **8.4.4.1 – Normas**

O enquadramento ocorrerá em consequência de alterações na estrutura salarial.

A Gerência Geral determinará prioridades em relação à verba disponível e ao tempo necessário para o devido enquadramento.

##### **8.4.4.2 – Procedimentos**

A área de Recursos Humanos processará o enquadramento após a aprovação da Diretoria.

## **8.4.5 – Oportunidades de Acesso de Carreiras**

### **8.4.5.1 – Definição**

Subsistema que define os possíveis trajetos de carreira que o ocupante de um cargo pode seguir dentro do HU de Canoas, tendo como parâmetro a semelhança de atividades ou requisitos básicos requeridos para a ocupação do cargo (níveis de conhecimento, formação e experiência).

### **8.4.5.2 – Trajetória**

A trajetória da carreira poderá ocorrer tanto no sentido vertical como horizontal da estrutura de cargos da Organização Social.

Vertical – ocorre quando o colaborador é promovido para outro cargo de maior nível na estrutura hierárquica de cargos da organização.

Horizontal – quando o colaborador amplia seu campo de conhecimento por meio de atividades correlatas e/ou complementares, podendo optar por cargos “pares” não representando necessariamente uma promoção, apenas uma transferência.

### **8.4.5.3 – Políticas**

- i. Nos casos de preenchimento de vagas em aberto deve ser estimulado o aproveitamento interno.
- ii. Caso a decisão seja pelo recrutamento externo, os funcionários do HU de Canoas poderão se candidatar a participar do processo.
- iii. Os candidatos deverão preencher os requisitos mínimos do cargo e perfil especificados, não possuir advertências nos últimos 12 (doze) meses em seu dossiê, ou ainda fatos que contraindiquem seu aproveitamento interno.
- iv. O candidato interno não selecionado continuará a exercer suas funções e a sua Coordenação deverá ter cuidado de não constranger e/ou inibir novas participações, tendo em vista os efeitos positivos que esta política traz para o HU de Canoas.
- v. Caso a vaga em questão apresente considerável exigência técnica e de experiência, o início do processo seletivo poderá contar com candidatos externos, garantindo o atendimento e a agilidade na seleção do perfil especificado.

vi. O Quadro de Oportunidades de Carreiras será aberto aos Colaboradores, devendo ser divulgado em todas as Áreas e Contratos, cabendo aos superiores imediatos e à área de Recursos Humanos, prestarem informações quanto aos critérios e políticas do plano.

vii. As possibilidades de acesso não são restritas, podendo haver outras oportunidades além das previstas no Quadro de Acesso, dependendo das circunstâncias e preparo dos candidatos.

#### **8.4.6 – Vigência da Política de Cargos e Salários**

Este Manual tem vigência a partir da data de assinatura do TERMO DE COLABORAÇÃO entre a FUNAM e o Município de Canoas. Os casos não previstos neste Manual de Políticas de Gestão de Cargos e Salários deverão ser submetidos à apreciação da área de Recursos Humanos, que analisará a questão do ponto de vista global do HU de Canoas e emitirá parecer sobre a oportunidade de inclusão do procedimento no Manual ou ainda, de uma ação localizada. A decisão será tomada pela Diretoria Geral, ouvidas as Diretorias do HU.

#### **8.5 Dimensionamento da Equipe Administrativa e Apoio**

CARGO/FUNÇÃO	NUMERO PROFISSIONAIS	REMUNERAÇÃO	TOTAL
DIRETOR	5	9.258,00	46.290,00
COORDENADOR	39	4.629,00	180.531,00
ANALISTA	37	2.934,00	108.558,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	14	1.467,00	20.538,00
ASSISTENTE	9	1.521,00	13.689,00
TECNICO DE SERVIÇO	21	1.521,00	31.941,00
AUXILIAR DE SERVIÇO	184	1.307,00	240.488,00
<b>TOTAL RECURSOS HUMANOS</b>	<b>309</b>		<b>642.035,00</b>

**DIMENSIONAMENTO APOIO AJUSTADO**

CHS	44	44	44	44	44	36
SERVIÇO	COORDENADOR	ANALISTA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ASSISTENTE	TECNICO DE SERVIÇO	AUXILIAR DE SERVIÇO
<b>DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA</b>						
CONTAS A PAGAR E RECEBER	1	2	2			
FINANCEIRO	1		1			
CONTABILIDADE	1	2	2			
FATURAMENTO	1	2	3			
COMERCIAL	1					
COMPRAS	1	3				
ALMOXARIFADO	1		6			
OPME		1		2		
TI	1	10				
AUDITORIA	1	3				
CONTRATOS	1	1				
<b>GERENCIA DE INFRAESTRUTURA</b>						
OBRAS E MANUTENÇÃO	1				5	5
INFRAESTRUTURA PREDIAL	1					
ENGENHARIA CLINICA	1					
GOVERNANÇA (HIGIENIZAÇÃO LAVANDERIA CME)	1				4	99
PORTARIA E SEGURANÇA	1				4	40
RECEPÇÃO E TELEFONIA	1				4	40
ACOLHIMENTO E OUVIDORIA	1					
<b>GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS</b>						
ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL	1			3		
CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	1			1		
RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	1			3		
CARGOS E SALARIOS	1	1				
SESMT	1	2			4	
<b>DIRETORIA TECNICA</b>						
COORDENAÇÃO CLINICA	1					
COORDENAÇÃO CIRURGICA	1					
COORDENAÇÃO GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	1					
COORDENAÇÃO PEDIATRICA E NEONATAL	1					
COORDENAÇÃO UTI ADULTO	1					
COORDENAÇÃO SADT	1					
<b>DIRETORIA ASSISTENCIAL</b>						
COORDENAÇÃO CLINICA	1					
COORDENAÇÃO CIRURGICA	1					
COORDENAÇÃO GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	1					
COORDENAÇÃO PEDIATRICA E NEONATAL	1					
COORDENAÇÃO UTI ADULTO	1					
COORDENAÇÃO SADT	1					
SERVIÇO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR	1					
FARMACIA	1					
<b>DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA</b>						
NÚCLEO DE REGULAÇÃO INTERNO NIR	1	4				
NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO	1	6				
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>184</b>

## 8.6 Dimensionamento da Equipe Assistencial

### DIMENSIONAMENTO ASSISTENCIAL AJUSTADO

SERVIÇO	HORAS NECESSÁRIAS					
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ENFERMAGEM	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	MAQUEIRO	COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL	PSICÓLOGO
<b>GINECO-OBSTETRÍCIA</b>						
CENTRO OBSTETRICO	44	432	1610		44	
MATERNIDADE	44	285	1139			
PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO		386	580			
AMBULATORIO GESTANTE ALTO RISCO						
<b>CENTRO CIRURGICO</b>						
CENTRO CIRURGICO (8 SALAS)	88		138	88	44	
CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL (1 SALA)						
SALA RE RECUPERAÇÃO (16 LEITOS)		264	2163			
CME		166	377			
<b>UTI ADULTO</b>						
UTI TIPO II (50 LEITOS)	88	840	4200		44	
<b>PEDIATRIA</b>						
UTI NEO (20 LEITOS)	44	886	2202		44	
UTI PEDIÁTRICA (10 LEITOS)		193	966			
UI PEDIÁTRICA (38 LEITOS)	44	246	984			
<b>INTERNAÇÃO ADULTO E SAUDE MENTAL</b>						
INTERNAÇÃO ADULTO (273 LEITOS)	396	2428	9714		44	
SAÚDE MENTAL (30 LEITOS)	44	193	773			
<b>PSICOLOGIA FISIOTERAPIA E AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS</b>						
FISIOTERAPIA UTI NEO/PEDIATRICA						
FISIOTERAPIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO						
AMBULATÓRIO GESTANTE ALTO RISCO		86	288			
PSICOLOGIA						258
<b>SAÚDE ADITIVA, NUTRIÇÃO E SERVIÇO SOCIAL</b>						
AUDIOMETRIA	44				44	
NUTRIÇÃO					44	
SERVIÇO SOCIAL					44	
<b>LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS</b>						
LABORATÓRIO	88		75			
PATOLOGIA	44		44			
<b>BANCO DE SANGUE</b>						
HEMOTERAPIA		44	194			
<b>SERVIÇO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA</b>						
ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA		44	230			
<b>SERVIÇO DE IMAGEM</b>						
RX TC RM ECO US	176	244	784		88	
<b>HEMODINAMICA</b>						
TERAPIA ENDOVENOSA (HEMODINÂMICA)	44	97	193			
<b>NEUROFISIOLOGIA</b>						
NEUROFISIOLOGIA			161			
<b>FARMACIA</b>						
FARMÁCIA	132					
<b>TOTAL</b>						
<b>HORAS NECESSÁRIAS</b>	<b>1320</b>	<b>6834</b>	<b>26815</b>	<b>88</b>	<b>440</b>	<b>258</b>

**DIMENSIONAMENTO ASSISTENCIAL AJUSTADO**

SERVIÇO	FISIOTERAPEUTA	ASSISTENTE SOCIAL	FONOAUDIÓLOGO	NUTRICIONISTA	ANALISTA TÉCNICO (LAB)	BIOMÉDICO
<b>GINECO-OBSTETRÍCIA</b>						
CENTRO OBSTETRICO						
MATERNIDADE						
PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO						
AMBULATORIO GESTANTE ALTO RISCO						
<b>CENTRO CIRURGICO</b>						
CENTRO CIRURGICO (8 SALAS)						
CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL (1 SALA)						
SALA RE RECUPERAÇÃO (16 LEITOS)						
CME						
<b>UTI ADULTO</b>						
UTI TIPO II (50 LEITOS)						
<b>PEDIATRIA</b>						
UTI NEO (20 LEITOS)						
UTI PEDIÁTRICA (10 LEITOS)						
UI PEDIÁTRICA (38 LEITOS)						
<b>INTERNAÇÃO ADULTO E SAUDE MENTAL</b>						
INTERNAÇÃO ADULTO (273 LEITOS)						
SAÚDE MENTAL (30 LEITOS)						
<b>PSICOLOGIA FISIOTERAPIA E AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS</b>						
FISIOTERAPIA UTI NEO/PEDIATRICA	920					
FISIOTERAPIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO	394					
AMBULATÓRIO GESTANTE ALTO RISCO	380					
PSICOLOGIA						
<b>SAÚDE ADITIVA, NUTRIÇÃO E SERVIÇO SOCIAL</b>						
AUDIOMETRIA			394			
NUTRIÇÃO				970		
SERVIÇO SOCIAL		180				
<b>LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS</b>						
LABORATÓRIO					484	355
PATOLOGIA						
<b>BANCO DE SANGUE</b>						
HEMOTERAPIA						
<b>SERVIÇO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA</b>						
ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA						
<b>SERVIÇO DE IMAGEM</b>						
RX TC RM ECO US						
<b>HEMODINAMICA</b>						
TERAPIA ENDOVENOSA (HEMODINÂMICA)						
<b>NEUROFISIOLOGIA</b>						
NEUROFISIOLOGIA						
<b>FARMACIA</b>						
FARMÁCIA						
<b>TOTAL</b>						
HORAS NECESSÁRIAS	1694	180	394	970	484	355



**DIMENSIONAMENTO ASSISTENCIAL AJUSTADO**

SERVIÇO	TÉCNICO ASSISTENCIAL	BIÓLOGO	AUXILIAR DE LABORATÓRIO	TÉCNICO DE RADIOLOGIA	FARMACÊUTICO	AUXILIAR DE FARMÁCIA
<b>GINECO-OBSTETRÍCIA</b>						
CENTRO OBSTETRICO						
MATERNIDADE						
PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO						
AMBULATORIO GESTANTE ALTO RISCO						
<b>CENTRO CIRURGICO</b>						
CENTRO CIRURGICO (8 SALAS)						
CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL (1 SALA)						
SALA RE RECUPERAÇÃO (16 LEITOS)						
CME						
<b>UTI ADULTO</b>						
UTI TIPO II (50 LEITOS)						
<b>PEDIATRIA</b>						
UTI NEO (20 LEITOS)						
UTI PEDIÁTRICA (10 LEITOS)						
UI PEDIÁTRICA (38 LEITOS)						
<b>INTERNAÇÃO ADULTO E SAUDE MENTAL</b>						
INTERNAÇÃO ADULTO (273 LEITOS)						
SAÚDE MENTAL (30 LEITOS)						
<b>PSICOLOGIA FISIOTERAPIA E AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS</b>						
FISIOTERAPIA UTI NEO/PEDIATRICA						
FISIOTERAPIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO						
AMBULATÓRIO GESTANTE ALTO RISCO						
PSICOLOGIA						
<b>SAÚDE ADITIVA, NUTRIÇÃO E SERVIÇO SOCIAL</b>						
AUDIOMETRIA						
NUTRIÇÃO						
SERVIÇO SOCIAL						
<b>LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS</b>						
LABORATÓRIO	194					
PATOLOGIA						
<b>BANCO DE SANGUE</b>						
HEMOTERAPIA		98	36			
<b>SERVIÇO DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA</b>						
ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA						
<b>SERVIÇO DE IMAGEM</b>						
RX TC RM ECO US				702		
<b>HEMODINAMICA</b>						
TERAPIA ENDOVENOSA (HEMODINÂMICA)						
<b>NEUROFISIOLOGIA</b>						
NEUROFISIOLOGIA						
<b>FARMACIA</b>						
FARMÁCIA					165	1833
<b>TOTAL</b>						
<b>HORAS NECESSÁRIAS</b>	<b>194</b>	<b>98</b>	<b>36</b>	<b>702</b>	<b>165</b>	<b>1833</b>

**QUADRO DE PESSOAL**

CARGO/FUNÇÃO	HORAS TOTAIS	CARGA HORARIA SEMANAL	NÚMERO PROFISSIONAIS	RESPONSABILIDADE DE TECNICA	REMUNERAÇÃO	TOTAL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1.320	44	30		1.467,00	44.010,00
ENFERMAGEM	6.834	36	171	1.263,00	3.307,00	565.497,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	26.815	36	670		1.471,00	985.570,00
MAQUEIRO	88	44	2		1.467,00	2.934,00
COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL	440	44	10		4.629,00	46.290,00
PSICÓLOGO	258	30	9		2.885,00	25.965,00
FISIOTERAPEUTA	1.694	30	51		2.757,00	140.607,00
ASSISTENTE SOCIAL	180	30	6		2.607,00	15.642,00
FONOAUDIÓLOGO	394	44	9		2.492,00	22.428,00
NUTRICIONISTA	970	44	20	1.065,00	2.608,00	52.160,00
ANALISTA TÉCNICO (LAB)	484	36	13		1.700,00	22.100,00
BIOMÉDICO	355	44	8		2.360,00	18.880,00
TÉCNICO ASSISTENCIAL	194	24	8		1.700,00	13.600,00
BIÓLOGO	98	36	3		2.360,00	7.080,00
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	36	36	1		1.470,00	1.470,00
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	702	24	29		2.131,00	61.799,00
FARMACÊUTICO	165	36	5	2.994,00	3.494,00	17.470,00
AUXILIAR DE FARMÁCIA	1.833	36	46		1.526,00	70.196,00
<b>TOTAL RECURSOS HUMANOS</b>			<b>1091</b>			<b>2.113.698,00</b>

**8.7 Dimensionamento da Equipe Médica**

TEMPO MÉDIO DE CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL		
DURAÇÃO MEDIA DA CONSULTA / ACOMPANHAMENTO ELETIVO	15	MINUTOS
NUMERO DE PACIENTES/HORA EM CONSULTA ELETIVA	4	PACIENTES/HORA
NÚMERO DE ATENDIMENTOS ELETIVOS/MÊS	13.750	META CONTRATUALIZADA
TEMPO UTIL MEDICO	90%	APROVEITAMENTO DO TEMPO CONTRATADO
HORAS NECESSARIAS	3819	HORAS/MÊS
VALOR HORA/PROFISSIONAL	91,67	
<b>CUSTO MENSAL</b>	<b>350.075,00</b>	

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	Nº DE LEITOS	TX DE OCUPAÇÃO MÉDIA (85%)	TEMPO MÉDIO EVOLUÇÃO (HORAS)	100% DE OCUPAÇÃO		85% DE OCUPAÇÃO		MÉDICOS /DIA CONSIDERADO
				HORAS NECESSARIAS	MÉDICOS/DIA	HORAS NECESSARIAS	MÉDICOS/DIA	
<b>MATERNAL INFANTIL</b>								
5º ANDAR ALOJAMENTO CONJUNTO	44	37	0,42	18,33	3	15,42	3	3
INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA	12	10	0,42	5,00	1	4,17	1	1
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	36	31	0,42	15,00	3	12,92	2	2
<b>ADULTO</b>								
7º ANDAR	104	88	0,42	43,33	7	36,67	6	6
8º ANDAR	108	92	0,42	45,00	8	38,33	6	7
9º ANDAR	64	54	0,42	26,67	4	22,50	4	4
10º ANDAR CLÍNICA INTERMEDIARIA	25	21	0,42	10,42	2	8,75	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>393</b>	<b>333</b>	<b>3</b>	<b>164</b>	<b>28</b>	<b>139</b>	<b>23</b>	<b>25</b>

EVOLUÇÃO DO PACIENTE		
TEMPO MEDIO EVOLUÇÃO/PACIENTE	25	MINUTOS
TURNO MÉDICO ROTINA	6	HORAS
HORAS NECESSARIAS	150	HORAS/DIA
NUMERO DE MEDICOS	25	MEDICOS/DIA
VALOR HORA/PROFISSIONAL	91,67	
<b>CUSTO MENSAL</b>	<b>412.500,00</b>	

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	LEITOS	HORIZONTAL	PLANTONISTA	PLANTÕES 6 HORAS
UTI PEDIÁTRICA	10	6	24	5
UTI NEONATAL	20	12	48	10
UTI ADULTO	50	30	120	25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>48</b>	<b>192</b>	<b>40</b>

TURNO MÉDICO	6	HORAS
QUANTIDADE DE PLANTÕES/SEMANA	40	HORAS
VALOR HORA/PROFISSIONAL	108,33	
<b>CUSTO MENSAL</b>	<b>780.000,00</b>	

CENTRO OBSTÉTRICO E PA OBSTÉTRICO	MÉDICOS	CHS POR MEDICO	CHS TOTAL
PLANTONISTA	3	168	504
TURNO MEDICO	6	HORAS	
QUANTIDADE DE PLANTOES/SEMANA	84		
VALOR HORA/PROFISSIONAL	108,33		
<b>CUSTO MENSAL</b>	<b>234.000,00</b>		

## 9 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO



## 10 – GESTÃO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA

### 10.1 – Atividades de Gestão Administrativa e Financeira

#### 10.1.1 – Estratégia Administrativo-financeira

Para garantir a modernização e melhoria contínua da administração do Hospital Universitário de Canoas (“HU”), adotar-se-á um modelo de gestão em três pilares estratégicos:

- Otimização dos processos;
- Segurança da informação; e
- Governança.

A seguir, apresenta-se a estratégia de materialização ou operacionalização destes pilares.

**Otimização dos processos** - a eficiência, a eficácia e a efetividade dos processos, principalmente para os usuários internos e externos dos mesmos, será atingida por meio da disponibilização de uma equipe de analistas experientes e que dominam o entendimento e execução de todos os processos administrativos e financeiros, tais como, mas não se limitando a: suprimentos, materiais, gestão de contratos, tesouraria, contas a pagar, contabilidade, fiscal e tributária, rotinas de departamento pessoal, controle de ponto dos funcionários, gestão de benefícios, gestão de pessoas, gestão de infraestrutura predial e gestão da segurança física (patrimonial e pessoal).

Cada um destes processos terá os seus fluxogramas com identificação de todos os envolvidos, atividades com níveis de serviço e formulário, orientações sobre sistemas de apoio e as respectivas Instruções Normativas. As Instruções Normativas serão disponibilizadas online para todas as áreas internas do HU de forma que os médicos profissionais da saúde e demais funcionários possam ter conhecimento e acessos aos serviços administrativos e financeiros.

A otimização será implementada por meio de aporte de experiência da entidade e dos analistas e gestores a serem alocados e pela automação destes processos por meio de sistema de software já testados e comprovados e que serão disponibilizados como

ferramentas de apoio à gestão do município de Canoas, das áreas internas, dos funcionários, dos pacientes e demais públicos envolvidos.

Para ganho de eficiência e produtividade, a gestão administrativa e financeira será feita em parceria com um Centro de Serviços Compartilhados (“CSC”) cujos serviços a FUNAM já utiliza e haverá, no HU, gerentes formais dos processos administrativos e financeiros:

- Financeiro (Compras, Contas a Pagar, Tesouraria);
- Recursos Humanos (Departamento Pessoal, Recrutamento e Seleção e Gestão de Pessoas);
- Controladoria (Contabilidade, Fiscal e Tributária e Planejamento e Controle);
- Assessoria Jurídica (Tributária, Trabalhista, Previdenciária e Civil);
- Infraestrutura Predial (Gestão Predial, Controle de Acesso, Segurança Física e Central de Monitoramento);
- Tecnologia da Informação (Redes, Sistemas, Data Center/Cloud Computing e Suporte Técnico);
- Plataformas Digitais (Sistema ERP, Portais de Atendimento, Plataforma MV, Plataforma DRG Brasil e outras).

### **10.1.2 – Segurança da informação**

A Segurança da Informação é uma disciplina muito importante no contexto da modernização dos serviços administrativos e financeiros. Serão utilizadas plataformas digitais para acesso, registro, recuperação e armazenamento das informações administrativas e financeiras e, por isso, dadas as ameaças internas e externas à confidencialidade, integridade e disponibilidade destas informações, a FUNAM criará a Gestão da Segurança da Informação. Esta área será responsável pela criação, implantação e manutenção da política de segurança da informação em todos os sistemas, em todos os prédios e para todos os usuários internos e externos dos recursos disponibilizados.

**Governança** - este processo será o responsável por auditar todas as áreas e processos internos do HU tendo em vista garantir que todas as políticas, normas, legislação aplicável e instruções normativas da FUNAM (Programa de Conformidade FUNAM) estejam sendo devidamente cumpridas. Também são papéis da Governança a formalização das políticas internas, como a Política de Segurança da Informação, a

Política de Delegação de Responsabilidades, o Código de Conduta e Ética e a aplicação das ações de responsabilização quando houver inconformidades.

#### **10.1.2.1 – Infraestrutura de Tecnologia da Informação**

A Infraestrutura de TIC (Tecnologia da Informação e Comunicação) que suportará os aplicativos e plataformas digitais que serão utilizados pelo HU para a prestação dos serviços objeto do Termo de Colaboração com o município de Canoas é composta por cinco camadas funcionais. O monitoramento será implementado em todas as cinco camadas e se dará, além do sensoriamento remoto das mesmas, por meio de uma Central de Gerência dos Serviços Digitais da FUNAM (“CGS”). O CORE (Centro de Operações de Rede) consistirá numa central de monitoramento remoto, dotada de softwares de gerenciamento de todas as cinco camadas da Infraestrutura TIC que a FUNAM disponibilizará para suportar os serviços prestados ao HU e de uma equipe técnica de monitoramento dos serviços na modalidade 24 x 7 (24 horas por dia, todos os dias da semana. Também a criação, gestão de usuários, controle de acesso e suporte remoto serão providos pela estrutura do CORE.

**Camada 01 – Data Centers:** consiste nos ambientes climatizados, seguros e gerenciados onde serão instalados os servidores e demais plataformas de *Hardware* que suportarão as plataformas digitais e aplicativos de *software*. A topologia adotada pela FUNAM apresenta a seguinte estrutura de Data Centers:

DATA CENTER PRINCIPAL – neste site estará toda a infraestrutura de TI, servidores, plataformas de hardware e equipamentos de armazenamento de dados (*Storage*) para funcionamento pleno de todos os serviços e plataformas digitais do HU. Desta forma, em funcionamento normal, os médicos e demais profissionais de Saúde, os funcionários administrativos e de suporte acessarão os serviços diretamente deste Data Center.

DATA CENTER DISASTER RECOVERY (“Data Center DR”) – 100% da infraestrutura de TIC do Data Center Principal estará replicada no Data Center de DR, inclusive os links de acesso. Em funcionamento normal do Data Center Principal, o Data Center DR trabalhará no modo “stand-by”, ou seja, ele estará apto para entrar em funcionamento, os dados e serviços estarão replicados nele, porém ele não estará efetivamente provendo os serviços ao HU. No caso de uma pane geral, falha,

acidentes ou qualquer outro evento que cause interrupções acima de 30 min, os serviços serão migrados para o Data Center DR.

DATA CENTER DE BACKUP DE DADOS (“Data Center Backup”) – Seja em funcionamento normal, com o Data Center Principal estando ativo ou em situações de contingência, quando o Data Center DR assumirá os serviços e passará atuar como o site ativo, 100% das informações estarão sendo replicadas no site Data Center Backup. Desta forma, fica garantida redundância total dos dados do HU.

**Camada 02 – Servidores:** os servidores que suportarão as plataformas e aplicativos e também as plataformas especialistas (armazenamento de dados, *firewalls* e outras *appliances* necessárias ao funcionamento dos serviços) terão redundância dentro do Data Center Principal e do Data Center Backup. Desta forma, para qualquer falha de hardware que eventualmente ocorra em um determinado servidor, no mesmo data center haverá outro servidor que assumirá a continuidade dos serviços nele instalados.

**Camada 03 - Plataformas/ Aplicativos:** além do sistema ERP (*back office* administrativo-financeiro), todas as plataformas especialistas, como a plataforma DRG Brasil, o Sistema MV e a plataforma de Suporte Acadêmico – a Plataforma AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) e demais aplicativos de software utilizados na prestação dos serviços ao HU estarão instalados nos Servidores que estarão nos Data Centers disponibilizados pela FUNAM.

**Camada 04 - Rede de Acesso:** compreendem as redes locais de alta velocidade dentro dos data centers (cabeamento, switches, roteadores e demais itens necessários ao funcionamento pleno, seguro e gerenciado dos serviços), os links dedicados entre os data centers e a infraestrutura de rede de acesso contratada das Operadoras de Telecomunicações para implementar e garantir o acesso remoto e dentro do HU aos serviços pelos usuários do HU.

**Camada 05 - Terminais de Acesso:** – os terminais de acesso são os dispositivos utilizados pelos médicos e demais profissionais de Saúde e pessoal administrativo para acessarem os serviços prestados pelo HU, tanto na modalidade remota quanto dentro das dependências do HU. Estes dispositivos compreendem *desktops*, *notebooks*, *tablets* e *smartphones*, ou seja, todos os dispositivos digitais de acesso aos serviços digitais disponíveis pela tecnologia atual. Os terminais de acesso



acessarão os serviços do HU por meio de rede física ou rede sem fio (*wi-fi*) quando estiverem dentro do prédio do HU e por meio da rede Internet quando estiverem fora dos ambientes do HU.

## **10.2 – Regulamento para Compras e Gestão de Contratos**

### **10.2.1 – Contratação de Produtos e Serviços**

Nas contratações e na realização de despesas e pagamentos em geral a serem efetuados com recursos da parceria, a FUNAM observará o instrumento de parceria (CONTRATO), a legislação vigente e os contratos firmados com o SUS.

Através do CSC – Centro de serviços Compartilhados, a FUNAM utilizará o fluxo de compras para as UPAs onde o processamento das compras e contratações fará uso da ferramenta por meio de sistema eletrônico, aberto ao público via internet, que permita aos interessados formular propostas.

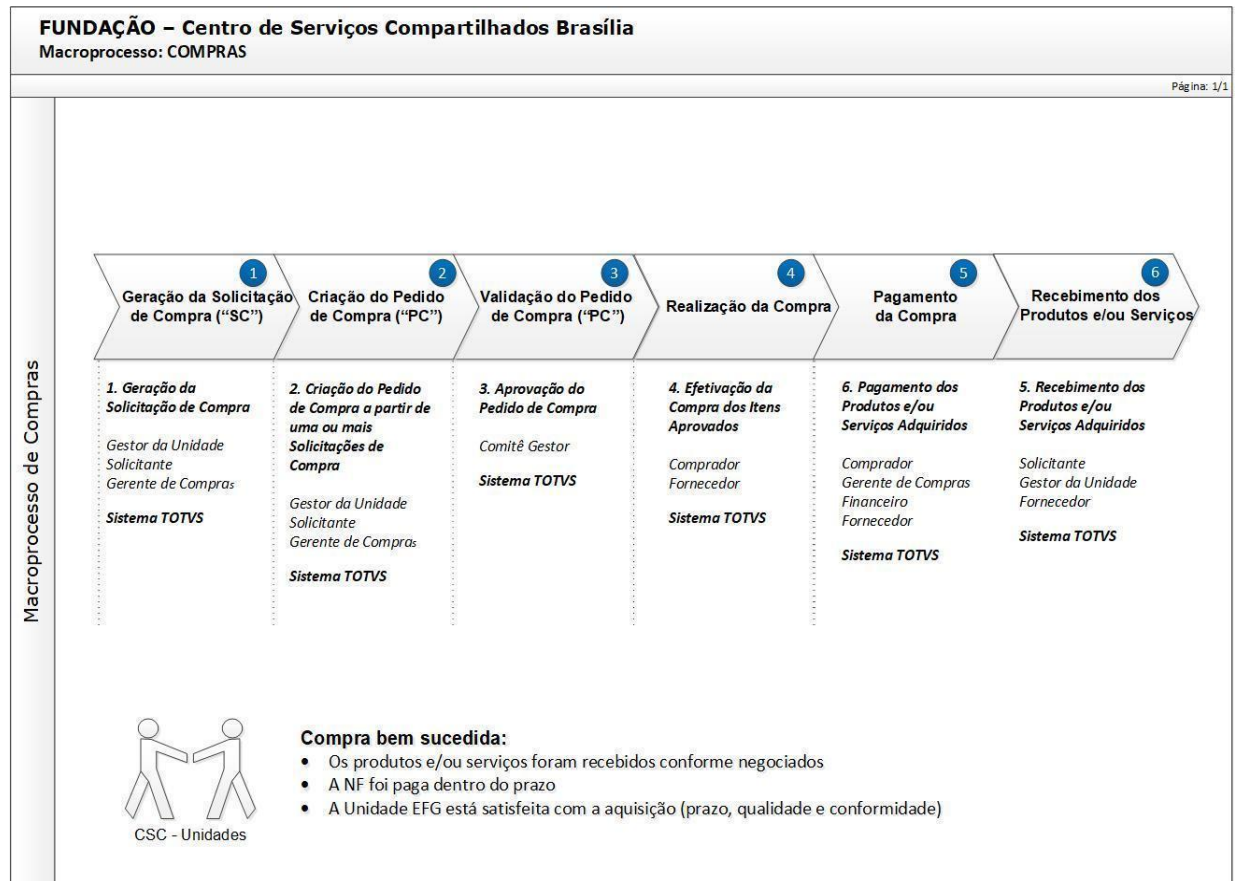
As solicitações de compras seguirão os seguintes fluxos:

#### **I – FLUXO DE COMPRAS PARA AS UPAS**

A FUNAM, por meio do Centro de Serviços Compartilhados (“CSC”), adota o processo de Compras e Contratação de Serviços apresentado, de forma sintetizada, na Figura 10.2.1 e de forma detalhada nas figuras seguintes.

**Figura 10.2.1**





O Gestor do HU irá abrir a Solicitação de Compra – SC de produtos e serviços, fazendo um detalhamento do item a ser comprado, justificando a necessidade de uso e aplicação nos próximos 30 ou 60 dias.

A SC deverá vir especificada com a descrição exata do produto se possível com foto ou link do produto para que não seja realizada compra errada. Também deverá vir com a classificação correta dos grupos e centro de custo.

O Comprador do CSC irá analisar a solicitação conferindo o preenchimento e submeterá a SC para autorização do Gestor do CSC. Será enviado e-mail ao solicitante informando a autorização ou não da solicitação.

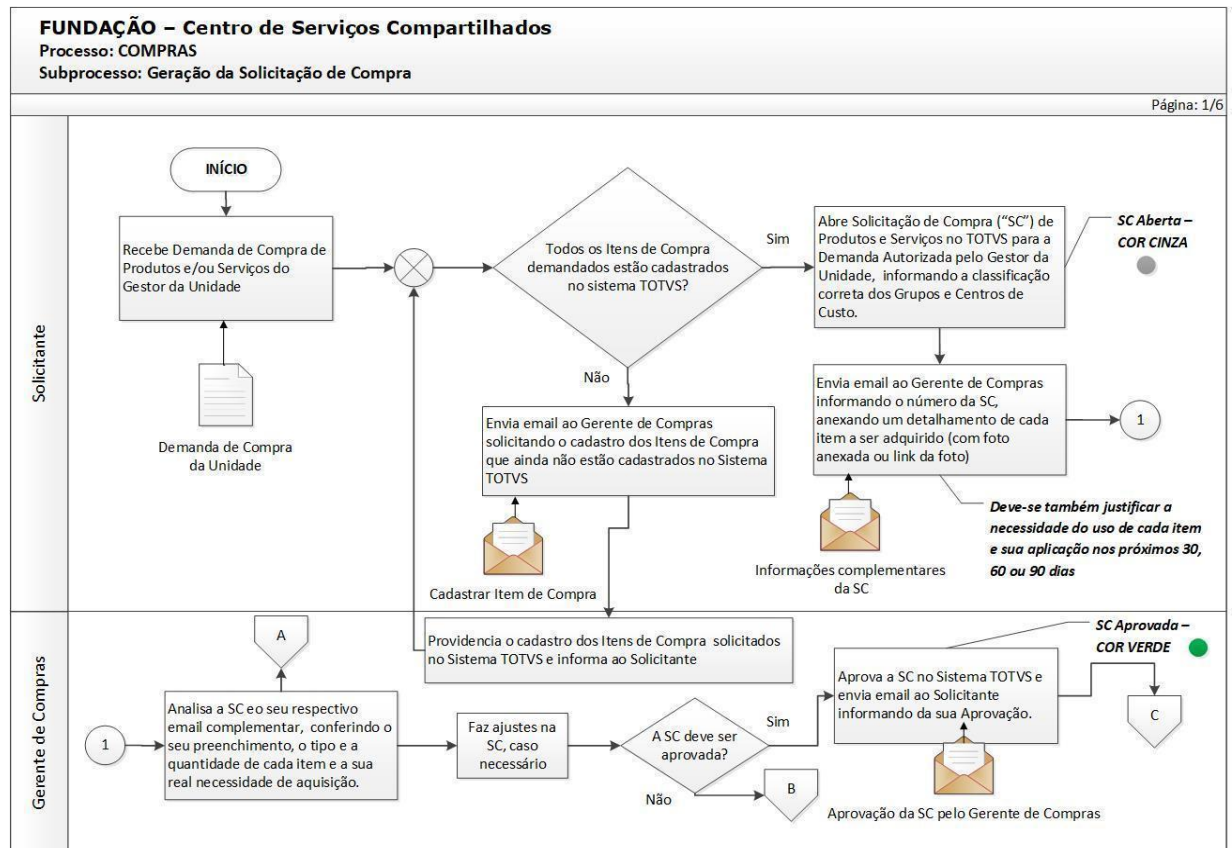
Os solicitantes também terão a relação de produtos, grupos e centro de custo para que o preenchimento seja correto. O Gestor do CSC irá analisar a demanda considerando a necessidade, o planejamento do HU e a disponibilidade de recursos para a aquisição.

O andamento da solicitação também pode ser acompanhado pelo solicitante no sistema interno onde terá os seguintes status: aprovado, rejeitado ou bloqueado. As

solicitações rejeitadas terão explicação do motivo dentro do próprio sistema no campo memo.

Com a aprovação da SC, o Comprador do CSC faz as cotações utilizando ferramentas de gestão interna e irá postar no sistema eletrônico via internet, que permita aos interessados formular propostas.

**Figura 10.2.2 – Solicitação de Compra**



Identificado o fornecedor que apresentou a melhor proposta, faz a negociação desconto, prazo de entrega, condições de pagamento, marca do produto e após finalizado, será gerado o Pedido de Compra - PC.

O Pedido de Compra – PC será encaminhado para aprovação do Comitê Gestor do CSC, para que haja autorização da compra é necessário análise e aprovação de ao menos dois membros do comitê gestor. Com o PC autorizado o comprador do CSC envia a ordem de compra para o fornecedor com cópia para a área solicitante do HU. O comprador fará o agendamento no sistema conforme negociado e repassará ao financeiro para pagamento e coleta do comprovante.

AS UPAS recebe o produto/serviço, confere a quantidade e qualidade, faz o recebimento na Nota Fiscal e envia para o comprador do CSC via Drive do Gmail. A organização do Drive com pastas e orientações será feita pelo CSC e posteriormente informando ao HU.

Com o recebimento da Nota Fiscal pelo comprador do CSC será dado a entrada do documento no sistema da contabilidade, de estoque ou de patrimônio.

Só serão aceitas NF's com a assinatura da Direção e/ou auxiliar confirmando que o produto foi entregue conforme a compra realizada.

Compra realizada com sucesso será aquela que tiver a MERCADORIA RECEBIDA E NOTA FISCAL PAGA e satisfação do HU.

## II – CLASSIFICAÇÃO DAS COMPRAS

**Compras Ordinárias/Rotineiras/Programadas/Recorrentes:** são aquelas que garantem o funcionamento regular do HU e são previsíveis ou programáveis. Exemplo: materiais hospitalares, materiais de escritório, limpeza, informática, suprimentos para laboratórios, contas de água, luz, esgoto, internet, telefone, transportes, contrato de prestação de serviços terceirizados, contratos de manutenção e demais itens de manutenção predial.

Essas compras seguirão o fluxo previsto: Solicitação de Compra – SC, Pedido de Compra – PC, Validação do Pedido de Compra, Realização da Compra, Pagamento da compra, recebimento do produto/serviço.

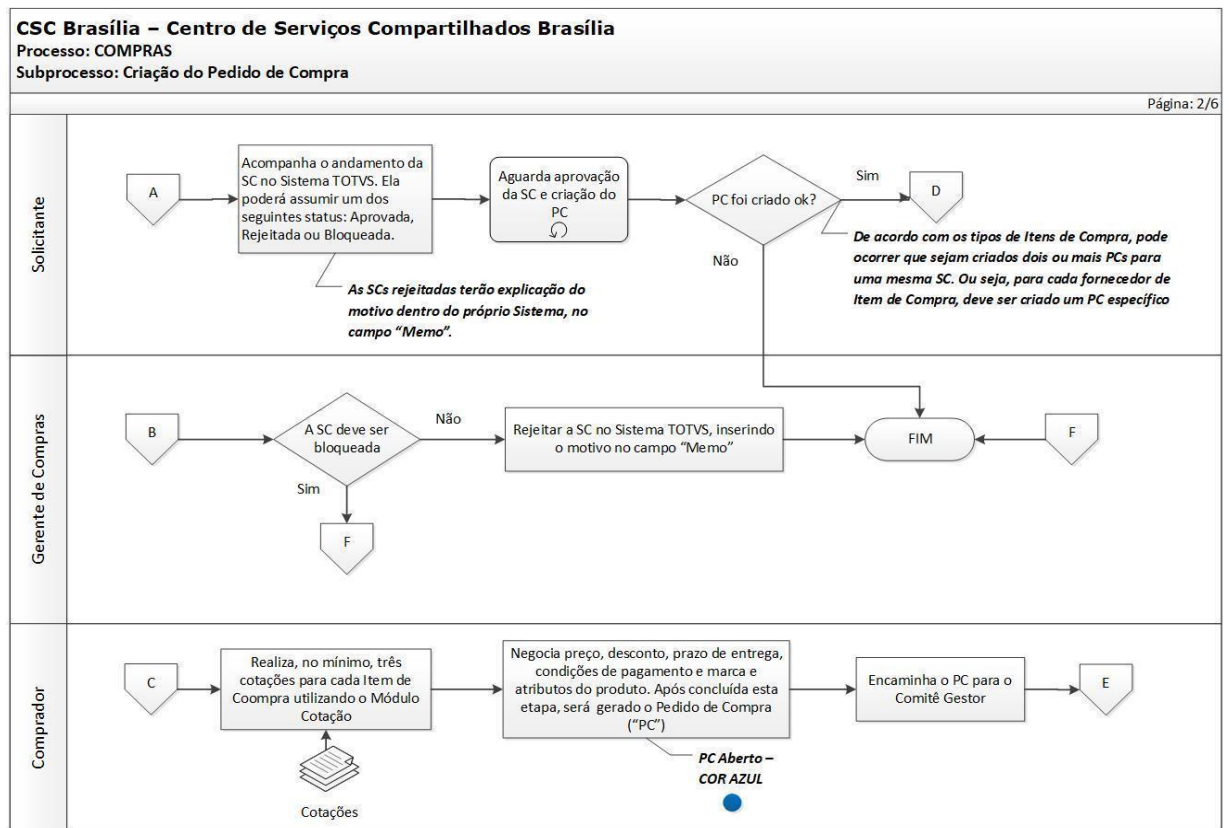
Os responsáveis para dar andamento neste fluxo são: Gestor do HU, Comprador do CSC, Comitê Gestor e Diretoria Financeira.

**Compras Emergenciais/Imprevistas:** são aquelas que não foram previstas ou programadas dentro do funcionamento regular da unidade educacional, o que, por alguma razão, escaparam do fluxo de compra mensal ou bimestral. Exemplo: aquisições de suprimentos, serviços e equipamentos para Convênios, compras devido a aumento inesperado na demanda de serviços do hospital, dentre outros.

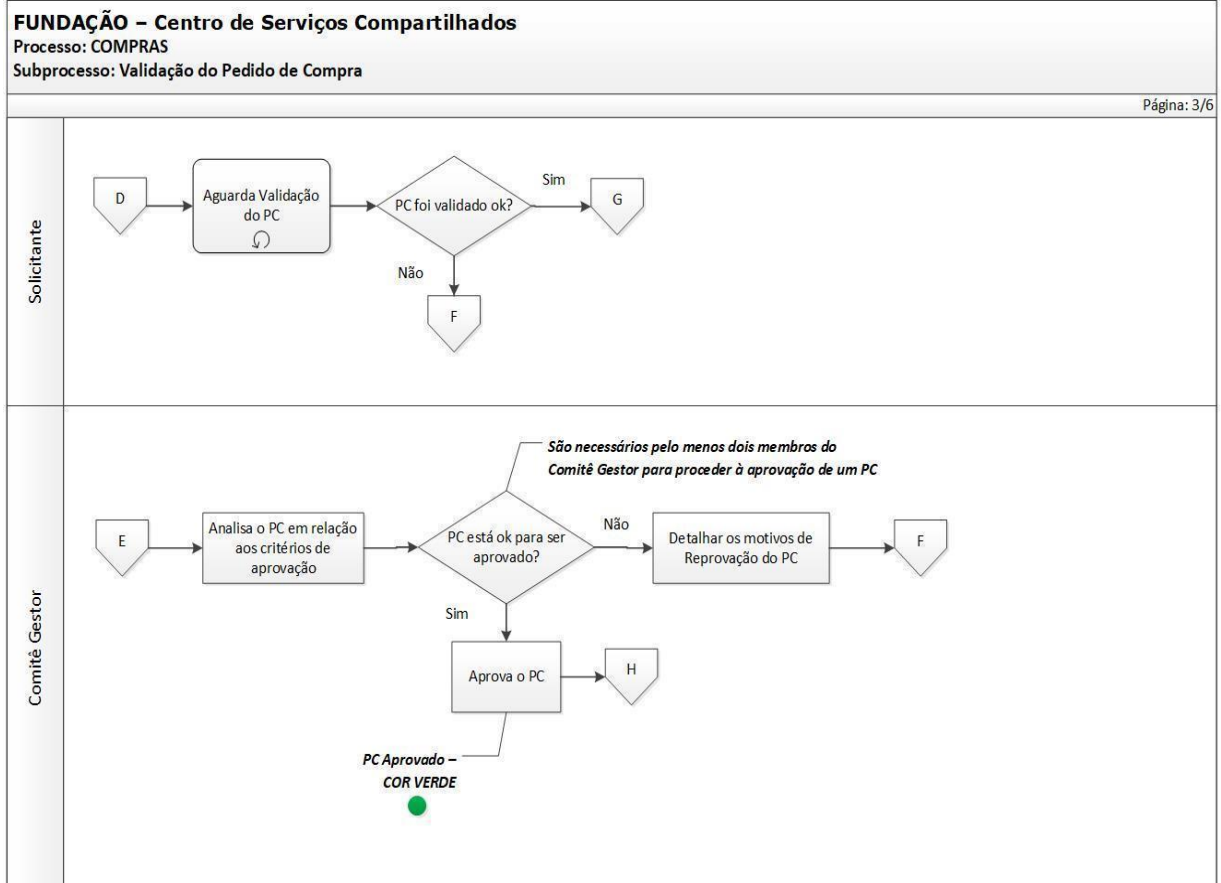
Essas compras poderão ocorrer em caráter excepcional, por decisão do gestor do HU. E a prestação de contas deverá ser submetida à Gerência Financeira do HU, que

avaliará os custos e necessidades, submetendo a aprovação do Comitê Gestor do HU. Portanto, os gestores deverão utilizar desse expediente, para realizarem compras realmente emergenciais e imprevistas.

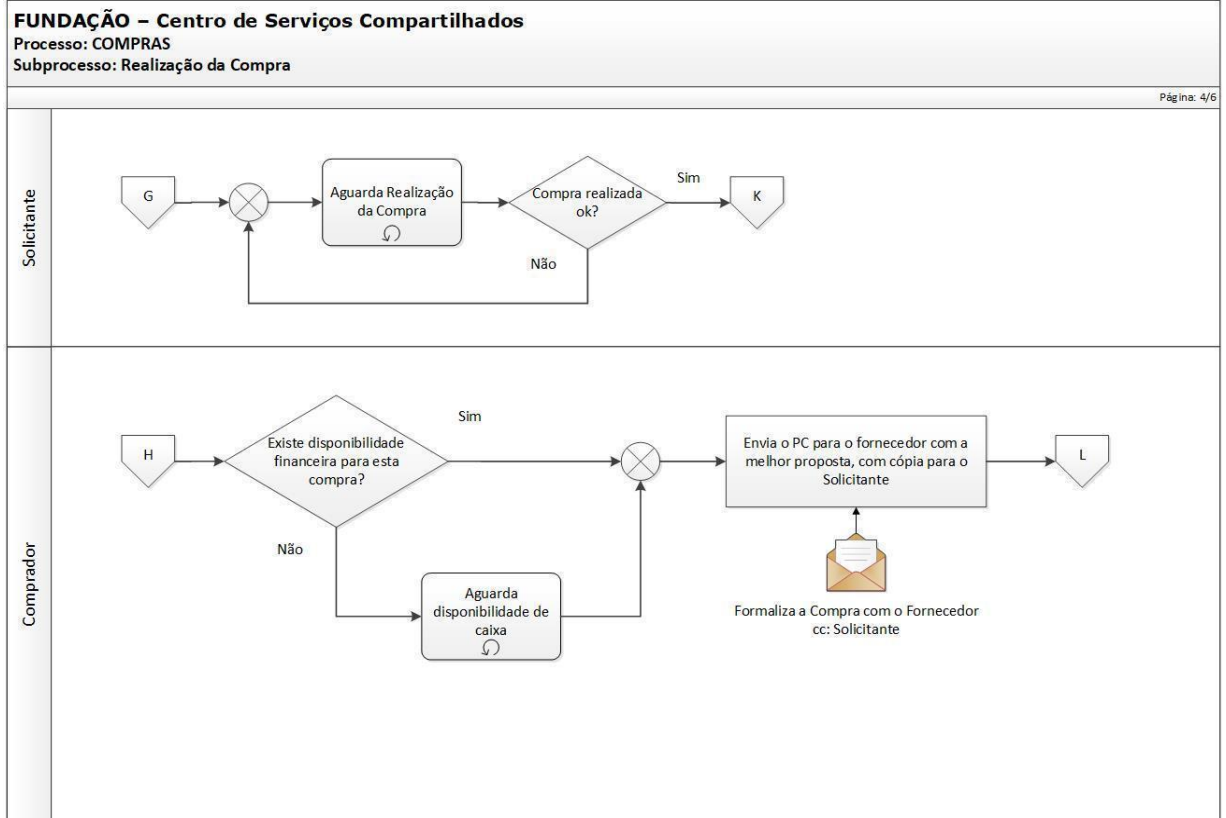
**Figura 10.2.3 – Criação do Pedido de Compra**



**Figura 10.2.4 – Validação do Pedido de Compra**



**Figura 10.2.5 – Realização da Compra**



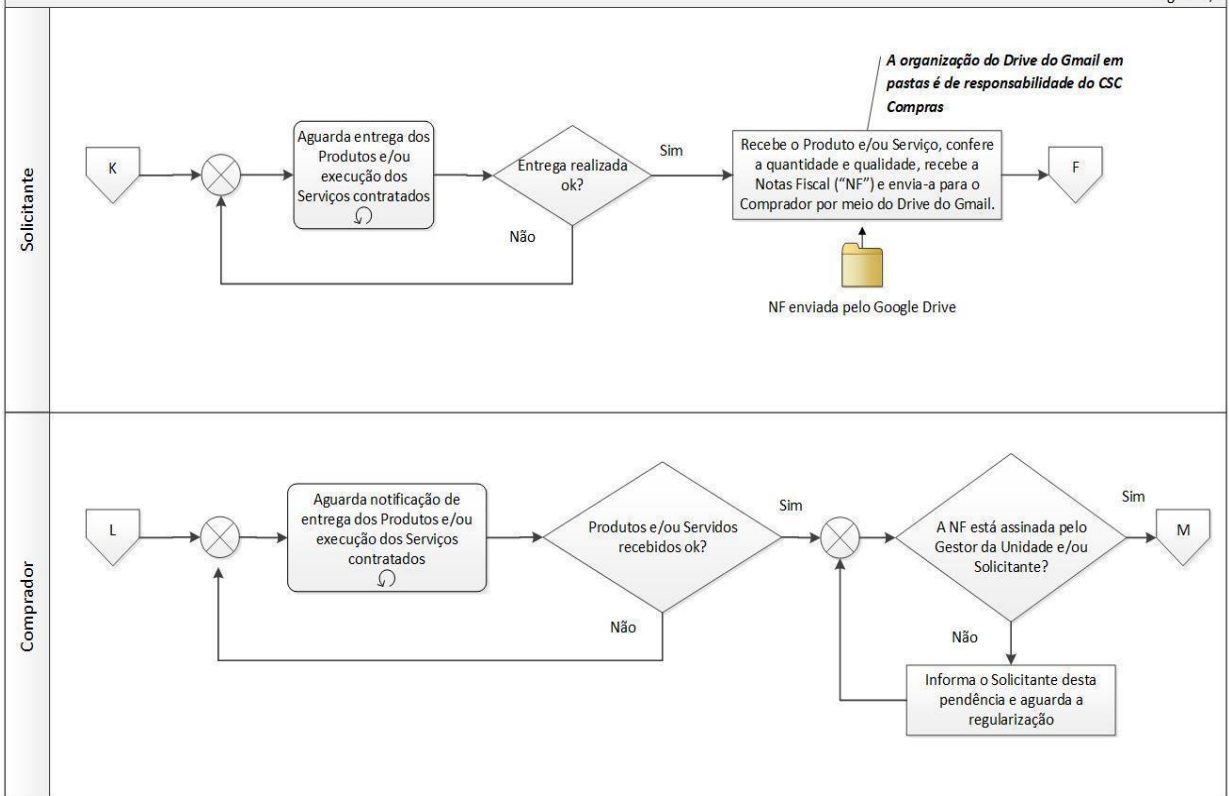
**Figura 10.2.6 – Pagamento da Compra**

**CSC Brasília – Centro de Serviços Compartilhados Brasília**

Processo: COMPRAS

Subprocesso: Recebimento dos Produtos e Serviços

Página: 5/6





**Figura 10.2.7 – Recebimento de Produtos e Serviços**

