



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

The Leland Stanford Junior University

to all to whom these Letters shall come Greeting

The Trustees and Faculty of the University, by virtue of the authority vested in them, have conferred on

Osíago Soares Moreira de Moraes

who has satisfactorily pursued the Studies and passed the Examinations required therefor the Degree of

Master of Science
in
Management

with all the Rights, Privileges, Honors, and Responsibilities therunto appertaining. Given at Stanford University in the State of California on the Twenty-Fourth Day of September in the Year Two Thousand and Twenty, the Two Hundred Forty-Fourth Year of the Republic, and the One Hundred Twenty-Ninth Academic Year of the University.



W.S. Raik
Officer of the Board of Trustees

Maria Yumi Ferris
President of the University

Sandra D. Vein
Graduate School of Business

Thiago Soares Mendes Moreira de Moraes

FORMAÇÃO ACADÊMICA

STANFORD UNIVERSITY
Mestrado em Administração

Stanford, CA/EUA
Jul 2019 – Out 2020

FUNDAÇÃO DOM CABRAL
MBA Executivo

Belo Horizonte/MG
Set 2013 – Ago 2015

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO
Residência em Anestesiologia

Belo Horizonte/MG
Jan 2008 – Dec 2010

FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS
Graduação em Medicina

Petrópolis/RJ
Jan 2002 – De 2007

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

GALILEO MEDICAL RESEARCH
Diretor Executivo

Juiz de Fora/MG
Ago 2022 – Presente

CORA HEALTH
Diretor Executivo

Los Angeles CA/EUA
Out 2020 – Jun 2022

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Diretor Médico

Rio De Janeiro/RJ
Jun 2013 – Dez 2018

Diretor Geral Hospital Estadual da Mãe

May 2012 – Jun 2013

HOSPITAL MONTE SINAI
Anestesiologista

Juiz de Fora/MG
Fev 2016 – Dez 2018

HOSPITAL LIFE CENTER
Anestesiologista

Belo Horizonte/MG
Jan 2011 – Jun 2013

HOSPITAL VILA DA SERRA
Anestesiologista

Belo Horizonte/MG
Jan 2011 – Jun 2013

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÉ MARIA GUARNIERI GALILÍ, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelaionato de Notas. Provimto nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, **Thiago Soares Mendes Moreira de Moraes**, CPF nº 060.127.506-33, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 13 de julho de 2023.



Nome: **Thiago Soares Mendes Moreira de Moraes**

CPF: 060.127.506-33


PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORRETORIA GERAL DE JUSTIÇA

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA


Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé
Matias Barbosa/MG: 05/07/2023.

SELO CONSULTA: GWZ20990
CÓDIGO SEGURANÇA: 0426998750391316
Quantidade de atos autênticos: 1
- (Três) rubricado(s) por LUCAS OLIVEIRA TELES em: Tabelião de Notas Substituído

Emol.: R\$ 7,44 - TFJ: R\$ 2,31 - Valor final: R\$ 10,10 - ISS: R\$ 0,36
Consulte a validade deste selo no site: <https://selos.tjmg.jus.br/>



Nº DA ETIQUETA
AC0790811





10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

**Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais)
nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.**

POP INT 001 – ACIONAMENTO DO CÓDIGO AZUL

I. Objetivos

O Código Azul é um procedimento de emergência crítica. Ocorre quando um paciente internado sofre uma parada cardiorrespiratória (PCR) e tem como objetivo prestar atendimento imediato aos pacientes com suspeita de parada cardiorrespiratória (PCR) ou interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e/ou da circulação respiratória, visando tornarmos mais rápido e organizado o atendimento prestado, aumentando assim as chances de sucesso nas manobras de RCP, possibilitando melhorar a sobrevida e reduzir os danos ao cliente. Além disso, reduz o estresse e o desgaste dos profissionais encarregados desta função e estabelece um fluxo de comunicação rápida para equipe multiprofissional, com a finalidade de um atendimento imediato e de qualidade.

II. Materiais

- Carrinho de emergência;
- Desfibrilador;
- Monitor;
- Bolsa Válvula Máscara (Ambu) completo;
- Laringoscópio;
- Telefone;
- Sistema de aspiração;
- Sistema de oxigenoterapia;
- Tábua rígida de massagem.
- Luvas

III. Abrangência

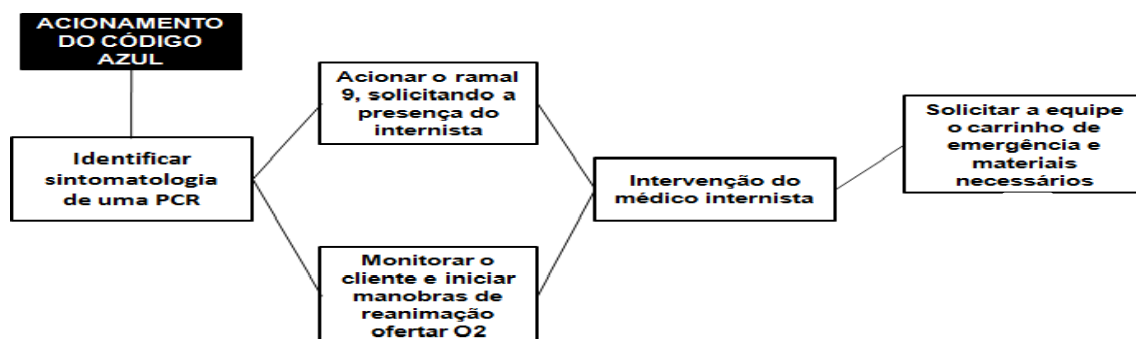
Setores Assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade **Atendimento com equipe multiprofissional:**

- Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. É imprescindível que seja iniciado prontamente as manobras de reanimação pela equipe multidisciplinar, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado melhorando a sobrevida e reduzindo

sequelas pós-PCR.

- Acionamento do "Código Azul", onde a recepção deverá comunicar o médico internista através dos meios de comunicação, a fim de informar o setor que acionou o código azul ou acionamento pelo celular do internista.
- Em casos de Acionamento de "Código Azul" pelos consultórios, a equipe do Pronto Atendimento que será responsável pelo atendimento imediato.



Para proporcionar melhor organização durante a PCR, o enfermeiro deverá proceder:

- Deverá identificar uma PCR;
- Observar acesso periférico;
- Planejar a assistência definindo e direcionando as tarefas da equipe de enfermagem;
- Colocar a vítima em decúbito dorsal horizontal, em uma superfície plana e dura;
- Manter a cabeça e o tórax no mesmo plano;
- Iniciar as compressões torácicas, de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto em adultos e crianças, com profundidade mínima de 5cm, porém evitando passar de 6 cm para adultos e crianças e 4 cm para bebês menores de 1 ano;
- Não se apoiar no tórax da vítima;
- Interromper o mínimo possível o ciclo;
- Iniciar compressão/ ventilação na proporção de 30:2, sendo no máximo 10 segundos para a realização da ventilação. Deve-se evitar ventilações excessivas;

- Alternar os colaboradores a cada 2 minutos;
- Determinar as ações de cada membro da equipe, estipulando quem será técnico de enfermagem 1 e 2;
- Calçar luvas de procedimento;
- Marcar hora do início da PCR;
- Ventilar o paciente, observando movimentos respiratórios;
- Supervisionar as ações dos membros da equipe;

Técnico de Enfermagem 1:

- Após detectada a PCR;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar travesseiros;
- Colocar tábua de massagem no dorso do paciente;
- Retirar qualquer tipo de prótese dentária;
- Ligar o ambú com o oxigênio
- Auxiliar o Enfermeiro na Massagem Cardíaca.

Técnico de Enfermagem 2:

- Levar carrinho de emergência e desfibrilador;
- Calçar luvas de procedimento;
- Certificar da monitorização do paciente;
- Providenciar acesso venoso calibroso com dupla via e torneirinha (instalar solução fisiológica 0,9% de 500ml).
- Providenciar sistema de aspiração;
- Preparar medicações solicitadas;
- Ministras medicações solicitadas, elevando o membro puncionado após a administração da mesma ou bolus de SF_{0,9%};
- Preparar material para intubação;
- Testar laringoscópio;

- Testar cuff do TOT;
- Inserir o fio guia no interior do TOT;
- Entregar ao médico: Laringoscópio preparado e TOT com fio guia;
- Aspirar sempre que necessário;
- Fixar o TOT.

Médico:

- Atuar de acordo com plano terapêutico;
- Atende intercorrências de PCR
- Solicitar materiais, equipamentos conforme necessidade;
- Após estabilização do paciente solicitar vaga nas UTI's;
- Acompanhar transporte do paciente até o local de destino (UTI's).
- Caso o paciente evolua a óbito, proceder de acordo com PRS ENF 009 - CUIDADOS COM CORPO PÓS MORTE;

Enfermeiro:

- O enfermeiro tem a responsabilidade de comunicar ao setor de UTI confirmando vaga para o paciente e passando as informações necessárias para a montagem do leito de acordo com as necessidades do paciente;
- O transporte deverá ser realizado em acompanhamento do enfermeiro, médico internista e ou responsável pelo paciente e técnico de enfermagem;
- Informar ao enfermeiro das UTI's o encaminhamento do paciente;
- Na UTI, o enfermeiro deve proceder na passagem de plantão com observações pertinentes ao quadro de agravamento do paciente, condutas tomadas (procedimentos, dispositivos, tempo de PCR) e ou pendências para estabelecer continuidade no cuidado;
- Após o término do atendimento, fazer os registros necessários;
- Conferir e repor o material do carrinho após o uso;
- Lacrar o carrinho;
- Anotar número do lacre, datar, assinar e carimbar na folha de controle do lacre.

V. Siglas e Definições

PCR: Parada Cardio Respiratória.

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar.

AHA: American Heart Association.

SF: Solução Fisiológica.

UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

TOT: Tubo Orotraqueal.

RCPSCT: Parada Cardio Respiratória Súbita Com Testemunha.

SME: Serviço Médico de Emergência.

DEA: Desfibrilador Externo Automático.

ACE: Atendimento Cardiovascular de Emergência.

VI. Anexos

Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2020: Figura 1. As cadeias de sobrevivência da AHA.

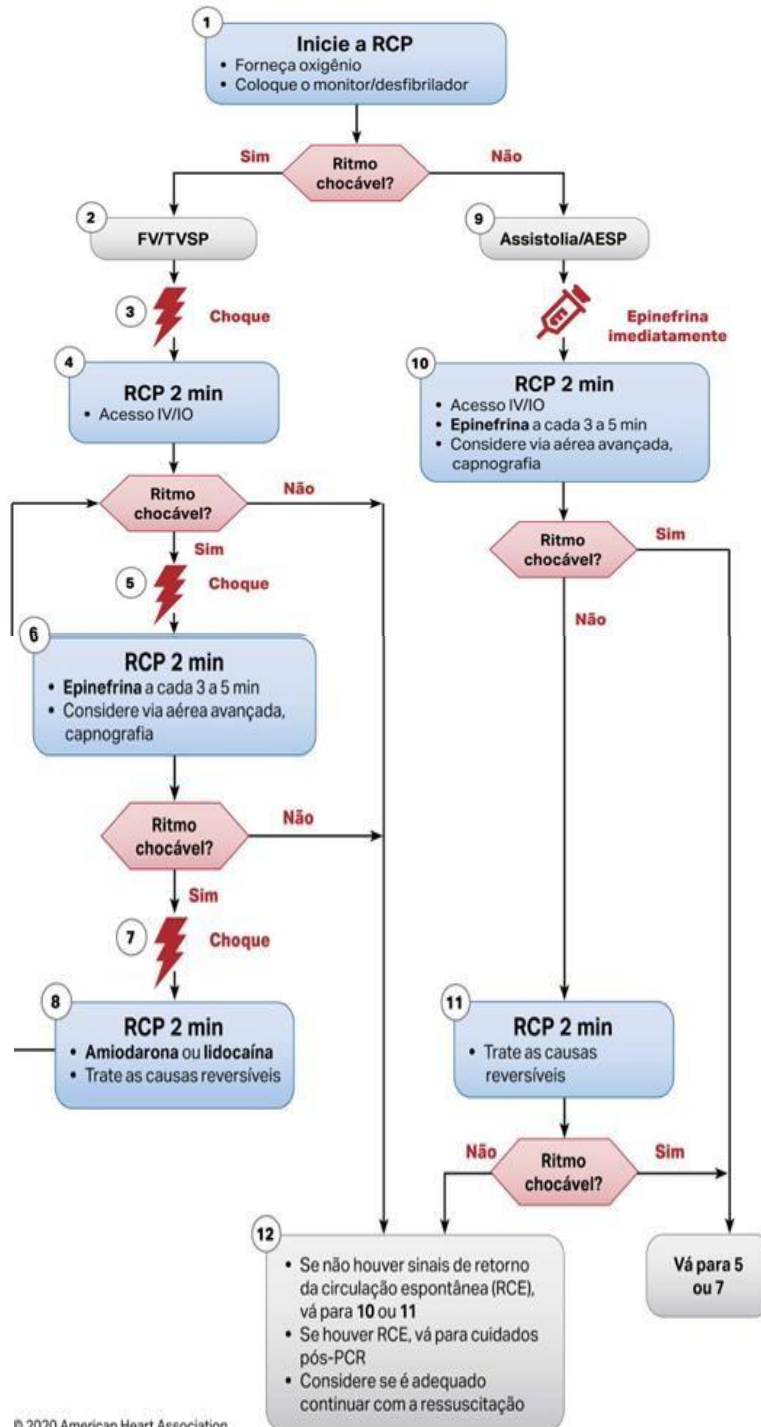


Aqui estão os pontos de destaque das novas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2020:

- Com base na evidência mais recente, o uso rotineiro de dupla desfibrilação sequencial não é recomendado.
 - O atendimento do paciente após o retorno da circulação espontânea (RCE) requer muita atenção à oxigenação, controle da pressão arterial.
 - O tratamento da PCR na gravidez é focado em ressuscitação maternal, com a preparação para uma cesariana de emergência, se necessário, para salvar o bebê e melhorar as chances de ressuscitação bem-sucedida da mãe.
 - Não houve alteração na recomendação referente à relação compressão-ventilação de 30:2 para um único socorrista de adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos).
 - Uma RCP de alta qualidade inclui:
 - ✓ Frequência de compressão mínima de 100 a 120 /minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto, como era antes).
 - ✓ Profundidade de compressão mínima de 5 cm em adultos.
 - ✓ Retorno total do tórax após cada compressão.
 - ✓ Minimização das interrupções nas compressões torácicas.
 - ✓ Evitar excesso de ventilação.
2. As novas diretrizes minimizam a importância de checar o pulso pelos profissionais de saúde treinados. A detecção do pulso pode ser difícil mesmo para provedores experientes, principalmente quando a pressão arterial está muito baixa. Quando for executada, a checagem do pulso não pode levar mais que 10 segundos.
3. As recomendações anteriores de se utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) o quanto antes, em caso de PCR extra-hospitalar presenciada, foi reforçada. Quando a PCR não for presenciada, a equipe do SME deve iniciar RCP (se já não estiver sendo realizada pelo leigo) enquanto o DEA verifica o ritmo. Nestes casos, pode-se considerar 1 a 3 minutos de RCP antes do primeiro choque de desfibrilação.
4. Foi estimulada a implementação de programas que estabeleçam DEA acessíveis em locais públicos nos quais exista uma probabilidade relativamente alta de PCR presenciada. A AHA recomenda que esses programas sejam acompanhados de planejamento, treinamento e integração com o SME para melhor eficácia.
5. O uso de tecnologia de telefones celulares pelos sistemas dos atendentes de emergência para alertar as pessoas dispostas presentes no local com relação a eventos próximos que

possam necessitar de RCP ou o uso de DEA é aconselhável.

Figura 4. Algoritmo de PCR para adultos.



© 2020 American Heart Association

| Qualidade da RCP |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax. • Minimizar interrupções nas compressões. • Evite ventilação excessiva. • Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço. • Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2. • Capnografia quantitativa com forma de onda <ul style="list-style-type: none"> – Se PETCO₂ estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP |
| Carga do Choque para Desfibrilação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bifásica: Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas. • Monofásica: 360 J |
| Tratamento medicamentoso |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dose IV/O de epinefrina: 1 mg a cada 3 a 5 minutos • Dose IV/O de amiodarona: Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg ou • Dose IV/O de lidocaína: Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg. |
| Via aérea avançada |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada • Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET • Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas |
| Retorno da Circulação Espontânea (RCE) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pulso e pressão arterial • Aumento abrupto prolongado na PETCO₂ (tipicamente, ≥40 mmHg) • Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial |
| Causas reversíveis |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipóxia • Hidrogênio (acidemia) • Hipo/hipercalcemia • Hipotermia • Tensão do tórax por pneumotórax • Tamponamento, cardíaco • Toxinas • Trombose coronária • Trombose pulmonar |

Guidelines– Resuscitation Investigators. Outcomes associated with amiodarone and lidocaine in the treatment of in-hospital pediatric cardiac arrest with pulseless ventricular tachycardia or ventricular fibrillation. *Resuscitation*. 2014;85:381-386.

Destques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. American Heart Association,2020. Acesso em: 24/11/2022. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf.

POP INT 002 – ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO

I. Objetivo

- Identificação e atendimento imediato aos pacientes internados graves ou com alguma instabilidade clínica.
- Redução do acionamento do Código Azul.
- A escala Mews possibilita identificar precocemente os sinais de deterioração clínica do paciente baseado em parâmetros vitais. De acordo, com o POP de Identificação de Deterioração Clínica, o escore entre 4-5 indica CÓDIGO AMARELO. Neste caso, deve-se:
 - Verificar se acesso está pérvio, oxigenioterapia, monitorização , encaminhar carrinho de emergência (CE) para próximo do leito;
 - Avaliação urgente do médico (até 30 minutos) - Após estabilização e ou conduta inicial (Prescrição de cuidados); Reavaliar de hora em hora até definição do novo Plano de Cuidado; Monitorar medidas iniciais;
 - Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo do mesmo);
 - Revisar Plano de Cuidado;
 - Reavaliar após 1h. Manter monitorização mínima a cada 3h;
 - Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA.

II. Materiais

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Oxímetro de pulso;
- Glicosímetro e material de glicemia capilar;
- Aparelho de ECG;
- Termômetro;
- Relógio com ponteiro de segundos;
- Prescrição médica.

III. Abrangência

Unidades de Internação e Recepção.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Quando um paciente apresentar sinais de instabilidade clínica com risco de rápida deterioração a Enfermagem deverá rapidamente verificar sinais vitais pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (T), dor e nível de consciência, juntamente a saturação de oxigênio, glicemia capilar se necessário, juntamente aos sinais e sintomas.
 - Instalar a monitorização cardíaca e oximetria de pulso e acionar o internista conforme a escala que se encontra fixada nos postos de enfermagem. O acionamento será através do telefone de contato do próprio profissional e/ou outros meios de comunicação preestabelecido na unidade.
 - A enfermagem deverá providenciar em caráter de urgência um acesso venoso periférico prévio o mais calibroso possível (jelco 20).
 - O médico acionado deverá deslocar-se até o setor de internação que acionou em período ≤ 5 minutos.
 - A Enfermagem deverá deixar prontuário e prescrição separado no posto de enfermagem a prescrição.
 - Seguir fluxograma de intercorrência na Enfermaria (Anexo 01) conforme os sinais de instabilidade (Anexo 02).
 - Deverá comunicar ao médico quando chegar ao setor as seguintes informações, seguindo metodologia SBAR:
 1. Situação: causa de acionamento do Código Amarelo;
 2. Background: diagnóstico de internação e antecedentes mórbidos do paciente;
 3. Avaliação: deverão ser verificados os seguintes dados:
 - SSVV;
 - Oximetria;
 - Glicemia capilar;
 - Nível de consciência: alerta, sonolento ou inconsciente (Escala de Coma de Glasgow)
 - ECG e monitorização cardíaca a critério do Enfermeiro ou Médico.
- Recomendação: solicitação da Enfermagem ao Médico de acordo com a intercorrência. Deverá ser preenchida Escala de Mews.

V. Siglas e Definições.

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

FR–Frequência Respiratória;

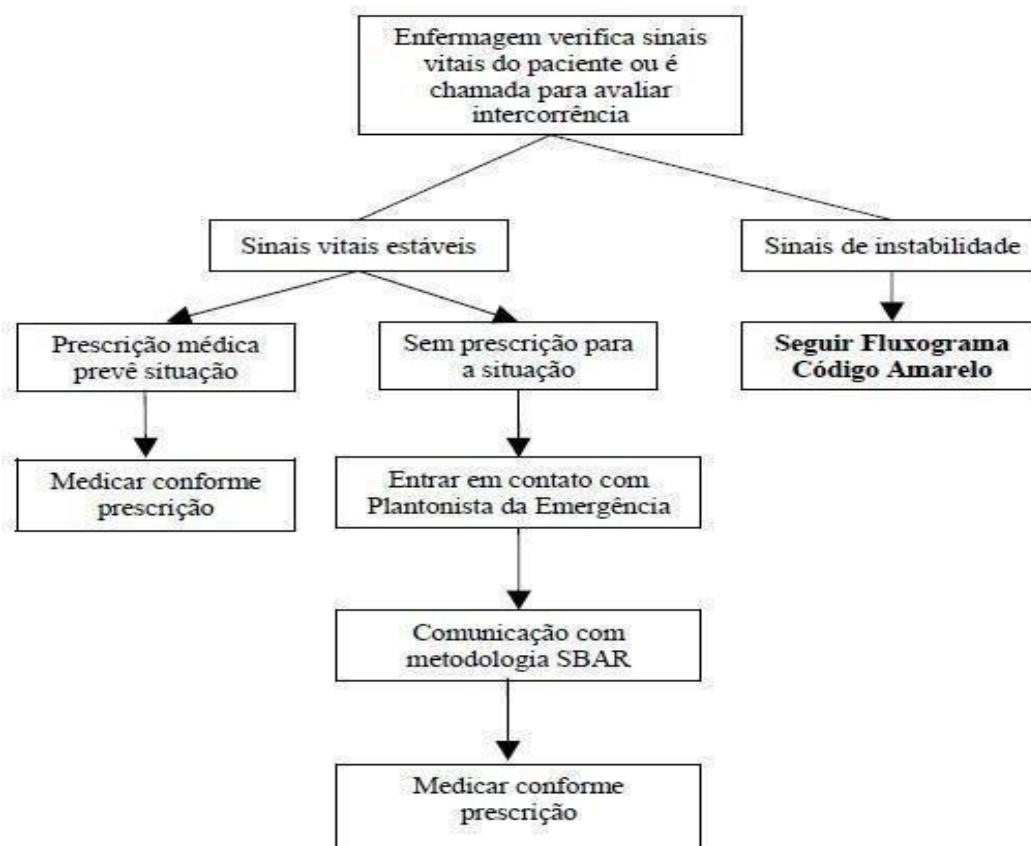
PAS – Pressão Arterial Sistólica;

ECG – Eletrocardiograma.

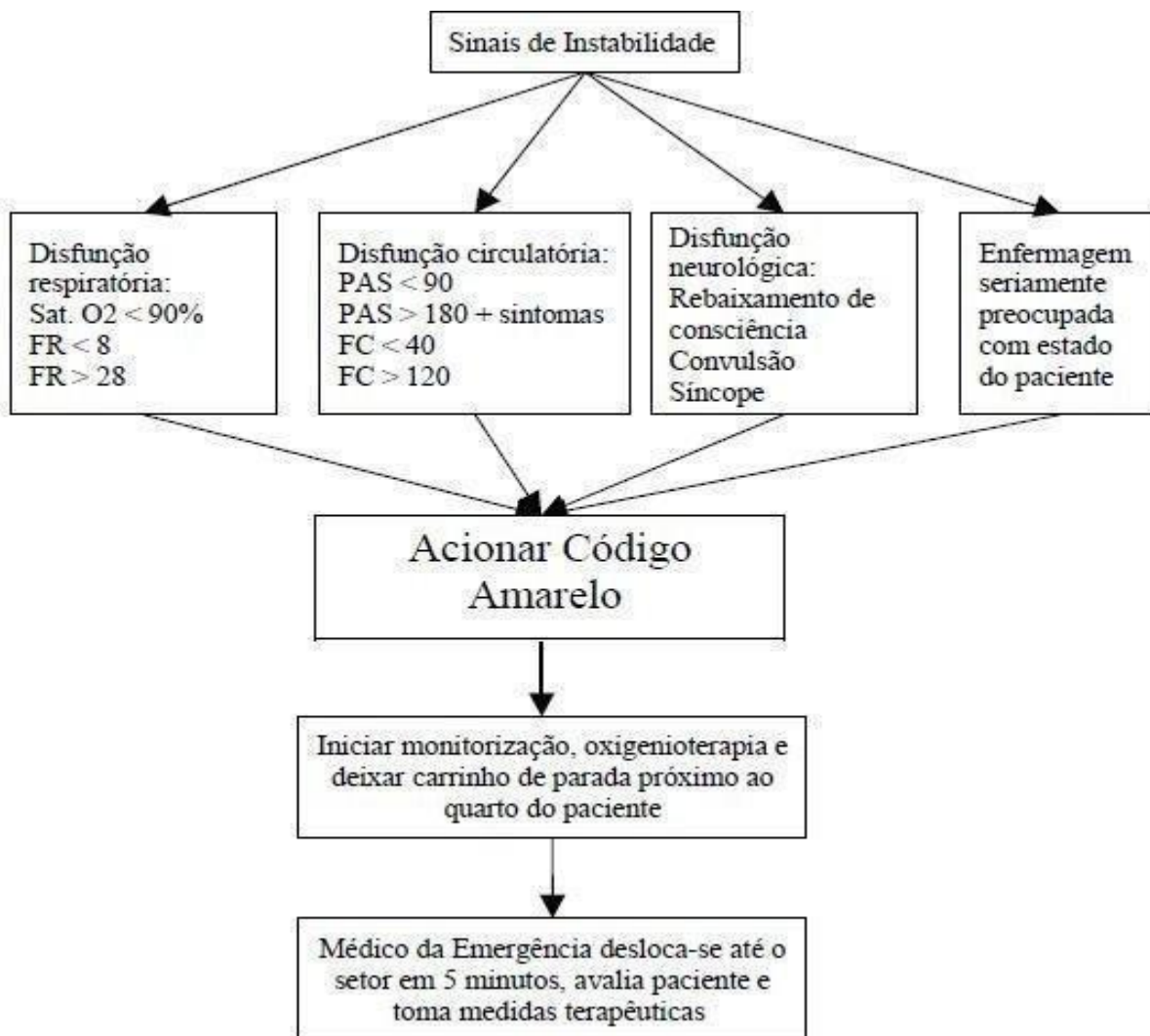
VI. Anexos

Anexo 01- Fluxograma de intercorrência na Enfermaria.

Fluxograma Intercorrência de Enfermaria



Anexo 02- Sinais de Instabilidade.



VII. Referências

Move Your Dot: Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rates – Institute of Healthcare Improvement 2003. Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2) – Institute of Healthcare Improvement 2005. Protocolos, Rotinas e Políticas Institucionais Hospital Albert Einstein.

POP INT 003 – CATETER VESICAL DE DEMORA E ALÍVIO – IMPLANTAÇÃO E CUIDADOS

I. Objetivo

- Tratar disfunções da bexiga (ex: retenção ou incontinência urinária, estenose uretral, etc);
Irrigação vesical em pacientes em pós-operatório de ressecção transuretral de próstata;
Controle do volume de diurese (hemodinâmico);
- Prevenir distensão da Bexiga (bexigoma);
- Coleta de amostras de urina para exames laboratoriais livre de contaminação.

II. Materiais

II.I. SONDA VESICAL DE ALÍVIO

- Bandeja de cateterismo vesical;
- Sonda uretral de calibre adequado (mulher: nº 10, 12, 14; homem: nº 14, 16; criança: nº 4 a 10);
- Gaze IV estéril;
- Gel anestésico (xilocaína a 2%);
- Luva cirúrgica estéril;
- Máscara cirúrgica, avental e gorro;
- Clorexidina degermante a 4%;
- Biombo S/N;
- Saco de lixo contaminante para descarte do material.

II.II. SONDA VESICAL DE DEMORA

- Bandeja de cateterismo vesical de demora;
- Sonda Foley de calibre adequada ao tamanho do paciente (mulher: nº 14, 16, 18; homem: nº 16, 18, 20; criança: nº 4 a 10); em caso de irrigação vesical, passar de três vias e com calibre de 20 à 24 Fr;
- Gaze estéril;
- Gel anestésico (xilocaína a 2%);

- Luvas de procedimento;
- Luva cirúrgica estéril;
- 02 Seringas de 20ml;
- 01 Agulha 40x12;
- Bolsa coletora de urina em sistema fechado;
- 02 ampola de Água destilada de 10ml;
- Máscara cirúrgica, avental e gorro;
- Clorexidina degermante a 4%;
- Micropore ou Esparadrapo;
- Biombo S/N.
- Saco de lixo contaminante para descarte do material.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. PROCEDIMENTOS GERAIS:

- Verificar prescrição médica;
- Reunir o material necessário;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Colocar biombos ao redor do leito;
- Lavar as mãos com sabão apropriado e se paramentar (avental, máscara, gorro e luva estéril);
- Abrir o material (cuba de sondagem vesical) sem contaminá-lo na mesa de procedimento ou sobre campo estéril;
- Colocar solução antisséptica (clorexidina degermante a 4%) na cuba redonda;
- A enfermeira iniciará a higiene íntima no paciente com gaze IV embebida em clorexidina. (Caso a paciente seja mulher, colocá-la em posição ginecológica posicionando os joelhos flexionados e afastados, unindo os pés na região plantar sem causar desconforto);

- Colocar campo estéril para a realização do procedimento. Abrir o invólucro da sonda vesical, mantendo-a dentro do mesmo, testar o balonete com a seringa de 20ml com ar, conectar a sonda ao coletor estéril segurando a sonda pela parte externa do invólucro; colocar uma quantidade de xilocaína estéril em gaze estéril e passar na extensão da sonda.
- Após visualização do meato uretral, introduzir o cateter lentamente até constatar a saída da urina no circuito, se foley introduzir até o final da sonda;
- Injetar a quantidade de água destilada indicada na sonda para insuflar o balão;
- Testar se o cateter foley está fixo, puxar delicadamente até apresentar resistência;
- Retirar o campo;
- Fixar com micropore a extensão do cateter (homem: região suprapúbica e mulher na lateral da coxa, sem tracionar a uretra) e posicionar a bolsa coletora adequadamente;
- Anotar na bolsa coletora a data do procedimento, nº da sonda foley, volume à água insuflada no balonete, o nome de quem realizou;
- Retirar os materiais utilizados, descartar em saco apropriado os materiais contaminados e os campos no hamper;
- Organizar o local e deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Encaminhar o material para o expurgo;
- Realizar evolução de enfermagem via sistema sobre o procedimento realizado e com todos os dados corretos (data, hora, número e tipo do cateter usado, volume e aspecto da urina drenada, volume da água destilada injetada no balão e intercorrências se houver).
- Checar prescrição médica;

OBSERVAÇÃO: No caso de resistência na introdução da sonda, interrompa o procedimento e comunique ao médico; O enfermeiro deve avaliar o uso de anticoagulantes e antecedentes urológicos como doenças da próstata, traumas uretrais e cirurgias prévias.

IV.II. CATETERISMO VESICAL MASCULINO:

- Segurar o pênis com gaze estéril, mantendo-o em posição perpendicular ao abdome;
- Afastar o prepúcio e expor a glândula, fazer antissepsia em movimento circular do meato para a glândula, com as gazes embebidas em clorexidina degermante 4%; retirar o excesso utilizando uma gaze seca;
- Injetar delicadamente no meato urinário 10 ml de xilocaína e ocluir o meato urinário por

2 a 3 minutos para não ocorrer retorno da solução;

- Observar o retorno da diurese, seu aspecto e coloração, insuflar o balonete com água destilada, tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência;
- Retirar o campo estéril;
- Fixar a sonda na região supra-púbica da coxa do paciente, de forma que não fique tracionada;
- Prender a bolsa coletora adequadamente na cama;
- Registrar na evolução do paciente via sistema RM o procedimento realizado.



Figura: Fixação de SVD em pacientes do sexo masculino

IV.III. CATETERISMO VESICAL FEMININO:

- Realizar antissepsia em meato urinário de forma circular, utilizando gazes embebidas em clorexidina degermante 4% por três vezes consecutivas, desprezando-as em seguida;
- Retirar o excesso com uma gaze IV seca;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato urinário, observar o retorno da diurese, seu aspecto e coloração;
- Insuflar o balonete com 20ml de água destilada, tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência;
- Retirar o campo estéril;
- Fixar a sonda na face interna da coxa da paciente, de forma que não fique tracionada;
- Prender a bolsa coletora adequadamente na cama;
- Registrar na evolução do paciente via sistema o procedimento realizado.

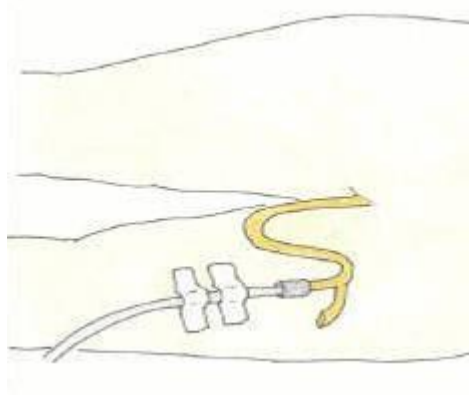
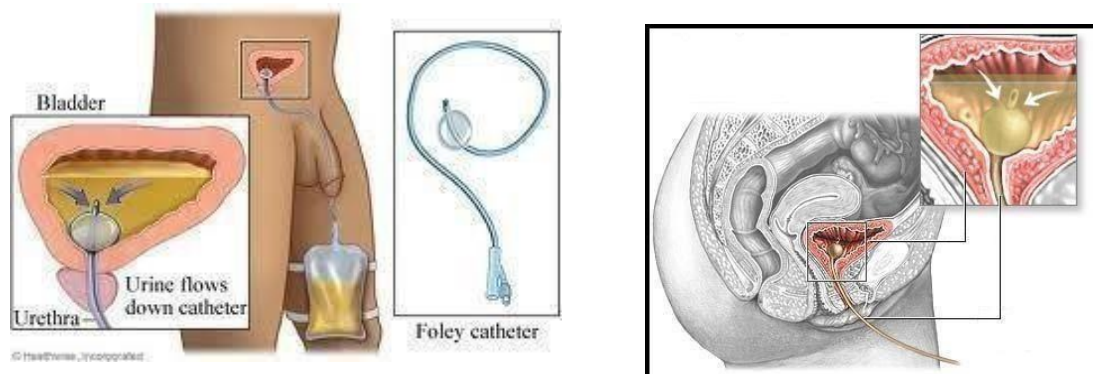


Figura: Fixação de SVD em pacientes do sexo feminino

Observações:

- A técnica de passagem do cateterismo vesical de alívio é a mesma do de demora;
- Desprezar a diurese do coletor sistema fechado quando a capacidade exceder 2/3 da capacidade do mesmo (volume $\geq 1000\text{ml}$);
- Desprezar o volume de diurese das bolsas coletoras em horário padronizado independentemente do volume existente, fazendo o registro do mesmo.
- A bolsa coletora deverá permanecer sempre abaixo do nível da bexiga;
- Não deixar a bolsa coletora tocar no chão;
- No caso de haver desconexão em qualquer parte do sistema fechado, a recomendação é para que todo material seja desprezado e outro procedimento de cateterismo seja realizado.



Em caso de obstrução, não é recomendado a realização de lavagem vesical, e sim a troca de todo o sistema fechado.

V. Siglas e Definições.

- **Cateterismo vesical:** consiste na introdução de um cateter estéril na bexiga, através da uretra com técnica asséptica, com a finalidade de drenar a urina. Tipos:
- **Cateterismo vesical de alívio:** não permanece no paciente. É usado para colher amostra estéril de urina destinada a exames, para esvaziar a bexiga do paciente antes e após cirurgias ou em casos de retenção urinária. Neste caso usa-se sonda uretral simples. Não é utilizado o coletor de sistema fechado. O cateter é retirado após o esvaziamento da bexiga.
- **Cateterismo vesical de Demora:** o cateter permanece mais tempo na bexiga para drenagem contínua ou intermitente de urina. Neste caso usa-se a sonda de folley. Os procedimentos invasivos à bexiga podem causar infecção e comprometimento dos ureteres e dos rins. Existe o cateter vesical de 3 vias para irrigação contínua com fins terapêuticos.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. KOCH, R. et al. Técnicas Básicas de Enfermagem. 2.ed. Curitiba: Século XXI, 2004.

POP INT 004 – CONTROLE DA DOR

I. Objetivo

A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde. O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes.

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Indicações e contra-indicações:

- **Indicações:** Admissão do paciente; Antes e depois de procedimentos cirúrgicos; Antes e depois de um procedimento diagnóstico invasivo; Alteração da condição física geral do paciente (como no aumento da intensidade da dor); Relato de sintomas inespecíficos, desconforto físico ou dor.
- **Contra-indicações:** Crianças menores que 5 anos; pacientes impossibilitados de interagir com o examinador (ex: coma, efeito anestésico, etc).

II. Materiais

- Impresso; (Controle de Sinais Vitais - Unidades de Internação).
- Caneta
- Escala da Dor.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. Fundamentação

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só o componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado à dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tissular, concreta ou

potencial. Constatase, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, frente a uma mesma estimulação dolorosa.

A Dor Aguda, a exemplos destas no período pós-operatório, pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo. Em contrapartida, a Dor Crônica, por exemplo: neuropática, oncológica e fibromialgia que são permanentes e de difícil controle, podendo ocasionar sequelas incapacitantes.

No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão sendo desenvolvidos e criados, por todo o país, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem desta sintomatologia.

Cabe mencionar que a Dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de algum tipo de dor (aguda ou crônica).

Nestes termos, considera-se como normas de boas práticas, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- O registo sistemático da intensidade da dor.
- A utilização para mensuração da intensidade da dor, através da aplicabilidade de uma das escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces".
- A inclusão da dor como o "quinto sinal vital" na folha de Balanço hídrico ou na folha de registo dos sinais e sintomas vitais é obrigatória, seu uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde em espaço próprio para registo da intensidade da Dor. A intensidade e o manejo da dor deverá ainda constar nas evoluções e anotações técnicas no sistema.
- A verificação da dor deverá ser feita utilizando a escala de dor, padronizada na instituição, em todos os clientes hospitalizados e, principalmente, os que apresentarem dor aguda de repetição ou dor crônica, sendo essa avaliação necessária antes e após a aplicação do analgésico prescrito ou realização de procedimentos que causem dor.
- No verso do impresso de sinais vitais a enfermagem deverá registrar os valores referidos após a avaliação da escala de Dor, obedecendo os horários de avaliação a cada 4hs, se o paciente não queixar dor, apenas colocar "0" e assinar, caso queixa dor: pesquisar score de dor seguindo a tabela de EVA ou Escala Numérica conforme avaliação do estado de consciência/cognição do paciente do formulário em anexo;
- A mensuração deverá ser feita através dos escores que vão de 3 a 10. Escore maior que 7 é considerado inaceitável.

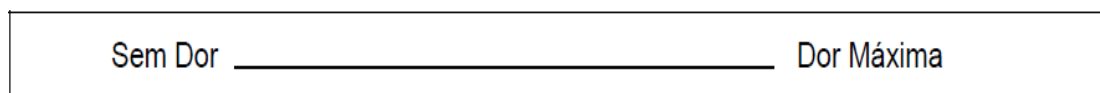
- Caso não tenha prescrição de medicamento conforme a dor mensurada, comunicar ao médico responsável.
- A anotação da dor referida deverá ser feita na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Escala para avaliação da dor em (Valor/Reav.)", com os valores numéricos referentes à intensidade.
- Quando se fizer necessária intervenção medicamentosa para o controle da dor, esta deverá ser mensurada novamente após uma hora e proceder anotação na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Conduta".
- A anotação na Folha de Sinais não substitui a anotação de Enfermagem no sistema que deverá conter os dados de início da dor, localização, intensidade, periodicidade dos episódios dolorosos e fatores de melhora ou piora, descrição da intervenção realizada e reavaliação.
- As medidas não-farmacológicas a serem utilizadas no controle da dor compreendem cuidados de enfermagem como: massagem e estimulação cutânea, terapias com gelo e calor, distração e relaxamento. Seu uso deverá ser concomitante com medidas farmacológicas, a fim de garantir sua eficácia e promover conforto ao cliente.
- A equipe de enfermagem ao realizar procedimentos que causem dor nos clientes, principalmente curativos, banho ou movimentação, deverá administrar analgesia prescrita pelo médico, com pelo menos 30 minutos de antecedência.
- Em caso de persistência da dor, deve-se adequar a intervenção ou solicitar avaliação médica.
- A analgesia administrada através de cateter peridural deverá ser realizada por médico anesthesiologista.
- Notificar as não conformidades relacionadas a demora na entrega de medicamentos analgésicos pelo serviço da farmácia, que possa dificultar o processo de recuperação da dor do paciente.

IV.II. Regras de aplicação das escalas de avaliação da dor

- A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas;
- A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;
- À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua coleta.
- As escalas propostas aplicam-se a pacientes conscientes e colaborativos, com idade ≥ 5 anos. A escala utilizada, em um determinado paciente, deve ser sempre a mesma. Para uma correta

avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o paciente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que o paciente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

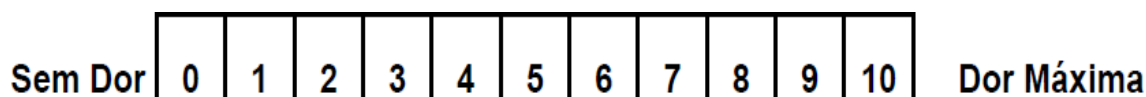
IV.III. Escala Visual Analógica



A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".

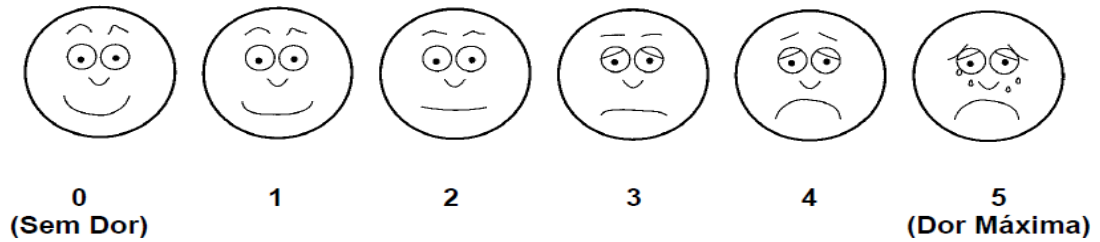
O paciente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

IV.IV. Escala Numérica



- A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao paciente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem dor" e a 10 a classificação "dor Máxima" (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

IV.V. Escala de faces



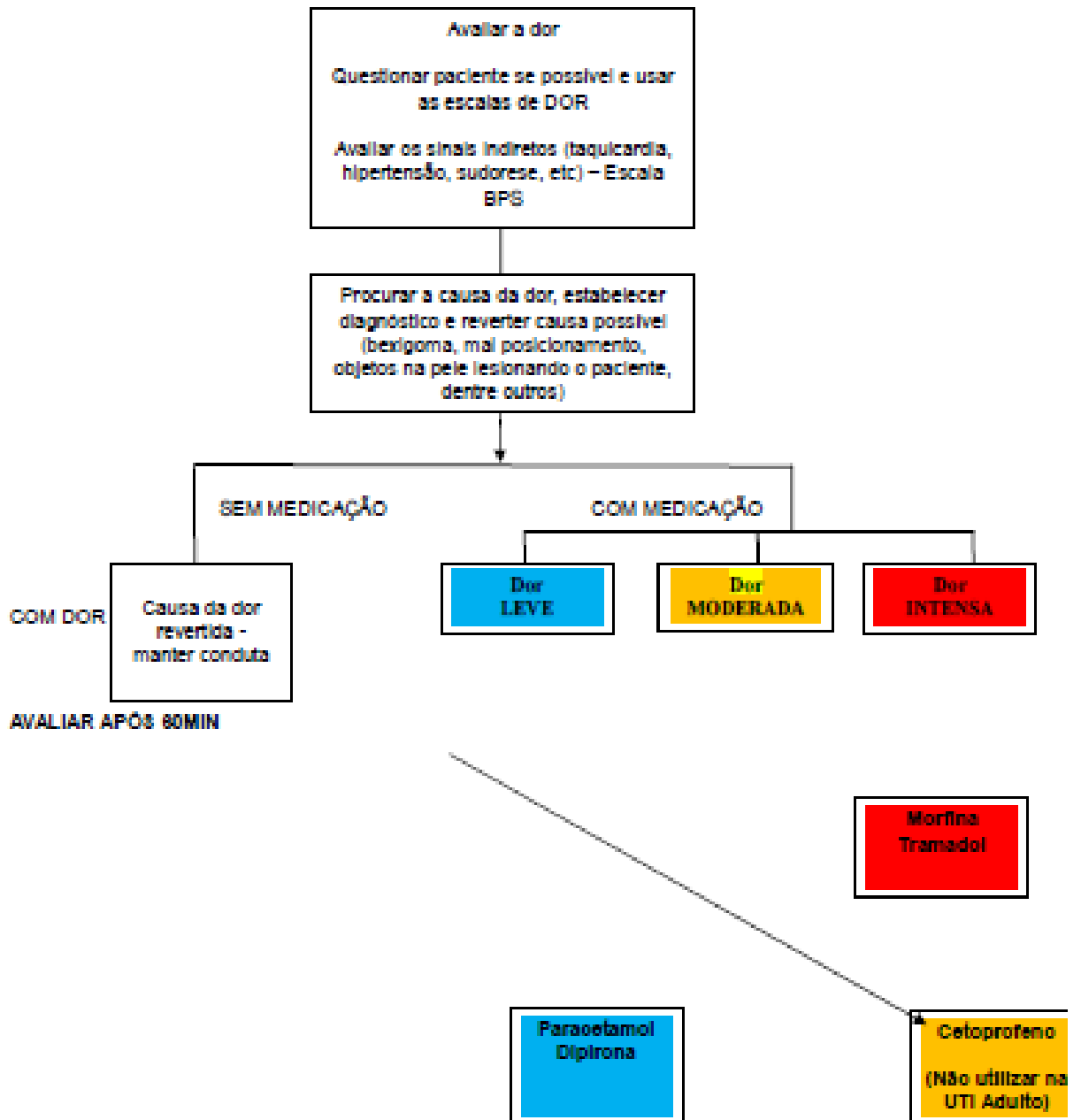
Na Escala de Faces é solicitado ao paciente que classifique a intensidade da "Dor" de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde à classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima". Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo paciente.

IV.VI. Planejamento da analgesia.

- Avaliar a intensidade da dor e a situação clínica (pós-operatório, queimadura, trauma);
- Determinar qual a melhor via de administração;
- Analgesia regional é possível? Métodos não farmacológicos? Tipo posicionamento;
- Método de administração (regular, demanda, venosa contínua, peridural intermitente, peridural contínua, controlada pelo paciente).

| TRATAMENTOS ANALGÉSICOS OPIOIDES UTILIZADOS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO | | | | | | |
|--|----------------|----------|-----------------|-----------------|----------------------|-----|
| OPIOIDE | INÍCIO DA AÇÃO | DILUIÇÃO | DURAÇÃO DA AÇÃO | DOSE (CONTÍNUA) | DOSE (ATAQUE) | VIA |
| MORFINA | 3 MIN | SF 0,9% | 3 A 6 HORAS | 1-10 MG/H | 2,5 A 15 MG | IV |
| TRAMADOL | 20 A 30 MIN | SF 0,9% | 3 A 7 HORAS | - | 100 MG ATÉ 400MG/DIA | IV |

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR



Avaliar a intensidade da dor e prescrever o medicamento que melhor se enquadra e evoluir no sistema.

Evolução da Dor no sistema:

Após a verificação do sinal vital da dor, o responsável por sua verificação deverá evoluir no sistema o início da dor colocando qual o valor encontrado na "Régua Controle

da dor” (vide Anexo 01 e 02) e após 60 minutos reavaliar a dor. Em caso de queixa excessiva do paciente, este tempo poderá ser reduzido de acordo com avaliação. Realizar a verificação a cada 4 horas.

V. Siglas e Definições.


- IV- Intra venoso;
- VO- Via oral;
- H-Hora
- SF- Solução Fisiológica;
- EVA- Escala Visual Analógica.
- UTI- Unidade de Terapia Intensiva.

VI. Anexos

Anexo 01



Anexo 02

| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | | | |  <small>HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small> | | | |
|---|-------|---------|-------------|---------|------|--|----------------|------------------|------|
| ENFERMAGEM | | | | | | Data: | | | |
| CONTROLE DE SINAIS VITAIS - UNIDADE DE INTERNAÇÃO | | | | | | ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR | | | |
| HORA | VALOR | CONDUTA | VALOR/REAV. | CONDUTA | ASS. | HORA | VALOR EM MG/DL | INSULINA R EM UI | ASS. |
| 07h | | | | | | 07h | | | |
| 08h | | | | | | 08h | | | |
| 09h | | | | | | 09h | | | |
| 10h | | | | | | 10h | | | |
| 11h | | | | | | 11h | | | |
| 12h | | | | | | 12h | | | |
| 13h | | | | | | 13h | | | |
| 14h | | | | | | 14h | | | |
| 15h | | | | | | 15h | | | |
| 16h | | | | | | 16h | | | |
| 17h | | | | | | 17h | | | |
| 18h | | | | | | 18h | | | |
| 19h | | | | | | 19h | | | |
| 20h | | | | | | | | | |
| 21h | | | | | | | | | |
| 22h | | | | | | | | | |
| 23h | | | | | | | | | |
| 24h | | | | | | | | | |
| 01h | | | | | | | | | |
| 02h | | | | | | | | | |
| 03h | | | | | | | | | |
| 04h | | | | | | | | | |
| 05h | | | | | | | | | |
| 06h | | | | | | | | | |

| GLUCEMIA CAPILAR | | | |
|------------------|----------------|------------------|------|
| HORA | VALOR EM MG/DL | INSULINA R EM UI | ASS. |
| 20h | | | |
| 21h | | | |
| 22h | | | |
| 23h | | | |
| 24h | | | |
| 01h | | | |
| 02h | | | |
| 03h | | | |
| 04h | | | |
| 05h | | | |
| 06h | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------|----------------|------------|----------------|-------------|-------------------|---|---|---|---|----|----------|
| SEM DOR | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | PIOR DOR |
| | | | | | | | | | | | | |
| | 0 SEM DOR | 1 DOR BEM LEVE | 2 DOR LEVE | 3 DOR MODERADA | 4 DOR FORTE | 5 DOR MUITO FORTE | | | | | | |

CARIMBO E ASSINATURA:

VII. Referências

<http://www.aped->

[dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF](http://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF) LEAO, E.R;

CHAVES, L.D. Dor 5º sinal vital. Curitiba: ed maio, 2004, 348p.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP INT 005 – CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

I. Objetivo

A realização dos sinais vitais (SSVV) faz parte do processo de avaliação do paciente para verificar a condição clínica do mesmo. As medidas avaliadas com maior frequência são : temperatura, pulso, pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR) e saturação de oxigênio (SatO2). Estas indicam a eficiência da função circulatória, respiratória, neural e endócrina do organismo. A dor, um sintoma subjetivo, é denominada o quinto sinal vital e avaliada junto com os demais. Uma alteração nessas medidas, portanto, indicam a necessidade de intervenção médica ou de enfermagem.

A verificação dos SSVV auxiliam na determinação do diagnóstico de enfermagem, prognóstico e tratamento dos pacientes internados; a instrumentalizar a equipe de saúde em intervenções específicas, adequadas às alterações vitais e sinais e sintomas apresentados e; controle do estado de saúde dos pacientes.

II. Materiais

- Caneta;
- Impresso de registro (controle de Enfermagem);
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Relógio com ponteiros de segundos;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Termômetro digital.

III. Abrangência

Unidades Assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. PRESSÃO ARTERIAL

- Conceitos associados:
- Pressão sanguínea arterial: traduz a força que o sangue exerce sobre as paredes das artérias.
- Pressão arterial sistólica (PAS) ou máxima: ocorre durante a contração do ventrículo esquerdo (VE) e reflete a integridade do coração, das artérias e arteríolas.

- Pressão arterial diastólica (PAD) ou mínima: ocorre durante o relaxamento do VE indicando diretamente a resistência dos vasos sanguíneos.
- Pressão de pulso: A diferença entre a PAS e PAD.
- Pressão arterial Média (PAM): $PAM = PAS + 2x (PAD) \div 3$.
- Medida em mmHg com esfigmomanômetro e estetoscópio nas artérias: braquiais, poplíteas e radiais.

VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

- Pegar todo material necessário para realização do procedimento;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Realizar higienização das mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o cliente confortavelmente com o braço apoiado mantendo-o na altura do coração;
- Expor o braço retirando roupas que possam causar compressão;
- Colocar o manguito no terço inferior do braço com 2,5cm acima da fossa antecubital;
- Localizar e palpar o pulso radial;
- Insuflar o manguito até que não se sinta mais o pulso radial observando simultaneamente no esfigmomanômetro o valor em que o pulso parou e manter insuflado;
- Ajustar o estetoscópio aos ouvidos com as olivas voltadas para frente;
- Testar a membrana do diafragma do estetoscópio;
- Localizar a artéria braquial na fossa cubital e colocar o diafragma do estetoscópio sobre a mesma;
- Insuflar o manguito de 20 a 30 mmHg acima do valor em que o pulso radial parou de ser sentido;
- Abrir lentamente a válvula da pêra atentando-se para o surgimento dos primeiros sons (pressão sistólica) e para o abafamento do som ou o seu desaparecimento (pressão diastólica);
- Abrir totalmente a válvula esvaziando o manguito até que o ponteiro do manômetro atinja o zero;
- Retirar o manguito;
- Deixar o cliente confortável;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Comunicar ao enfermeiro alterações conforme tabela de referência;
- Fazer os registros do prontuário e folha de registro.

Tabela: Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

| Classificação | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Ótima | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Limítrofe | 130 - 139 | 85 - 89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140 - 159 | 90 - 99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160 - 179 | 100 - 109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |

IV.II. TEMPERATURA CORPORAL:

Conceito: é o reflexo entre o balanceamento entre o calor produzido e o calor perdido pelo corpo.

Para realizar a temperatura oral:

- Pegar todo material necessário para realização do procedimento;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Fazer desinfecção do bulbo (região termossensível) para o corpo do termômetro por 30 segundos com álcool 70%;
- Colocar o bulbo do termômetro sob a língua da vítima, na bolsa sublingual posterior. Fazer com que o paciente mantenha o termômetro no local por 5 minutos com lábios fechados. O método oferece temperatura central e é indicado para aqueles que respiram pela boca com suspeita de infecção grave.
- Aguardar alarme sonoro;
- Retirar termômetro;
- Fazer leitura e anotar no registro de enfermagem;
- Variação normal esperada: 37 °C;

- Fazer desinfecção do termômetro;
- Recolher o material.

Para realizar a temperatura axilar:

- Pegar todo material necessário para realização do procedimento;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Fazer desinfecção do bulbo (região termossensível) para o corpo do termômetro por 30 segundos com álcool 70%;
- Enxugar a axila do paciente;
- Colocar o termômetro na axila do paciente, de modo que o bulbo fique em contato direto com a pele;
- Dobrar o braço do paciente sobre o peito, colocando a mão sobre o ombro oposto pedindo ao paciente que comprima o braço de encontro com o corpo;
- Aguardar alarme sonoro;
- Retirar termômetro;
- Fazer leitura e anotar no registro de enfermagem;
- Variação normal esperada: 36 a 36,5°C;
- Fazer desinfecção do termômetro e recolher o material.

Para realizar a temperatura retal:

- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
- Introduzir o termômetro lentamente mais ou menos 3 cm com ânus lubrificado;
- Variação normal esperada: 37 a 37,5 °C;
- Se apresentar resistência ao introduzir, comunicar ao médico e registrar no prontuário.
- Fazer leitura e anotar no registro de enfermagem;
- Fazer desinfecção do termômetro;
- Recolher o material.

OBS: Comunicar alterações conforme valores de referência.

Terminologia básica:

- Normotermia: temperatura corporal normal 36,1°C a 37,4°C;
- Afebril: ausência de febre;
- Febrícula ou estado febril: 37,5°C até 37,8°C;
- Febre moderada: 37,9°C até 38,9°C;
- Febre alta ou hipertermia: 39°C até 40°C
- Hiperpirexia: a partir de 40,1°C;
- Hipotermia: temperatura abaixo do normal;
- Leve: 34°C até 36°C;
- Moderada: 30°C até 33,9°C;
- Acentuada: menor que 30°C.

Padões de febre:

- Sustentada: temperatura corporal constante acima de 38°C, com pouca flutuação;
- Intermitente: picos de febres intercalados com temperaturas normais (o valor atinge a normalidade pelo menos 1 vez em 24 horas);
- Remitente: picos e quedas da temperatura sem retorno à normalidade;
- Recidivante: períodos de febre com períodos de normalidade com duração maior que 24 horas.

IV.III. VERIFICAÇÃO DE PULSO

Conceito: Pulso é a onda provocada pela pressão do sangue contra a parede arterial cada vez que o ventrículo esquerdo se contrai.

PROCEDIMENTO:

- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Manter o braço do paciente apoiado na cama;
- Colocar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, fazendo pressão, o suficiente para sentir apulsão (locais em figura ilustrativa);
- Contar o nº de pulsação durante 1min. atentar alterações: força, volume, ritmo e

frequência; respectivamente;

- Contar os batimentos durante um minuto;
- Repetir a contagem se necessário;
- Anotar valor no registro de enfermagem.



Pulso da Artéria Carótida



Pulso da Artéria Radial



Pulso da Artéria Pediosa



Pulso Artéria Femoral



Pulso da Artéria Braquial



Pulso Artéria Poplítea

Nomenclaturas e Índices de referência:

- Normocárdico: frequência normal (60 a 100bpm);
- Taquicárdico: frequência acima de 100bpm (Taqisfígmico - pulso acelerado);
- Bradicárdico: frequência está abaixo de 60bpm (Bradisfígmico - FC abaixo do normal).
- Pulso rítmico: intervalos entre os batimentos são iguais;
- Pulso arrítmico: intervalos entre os batimentos são diferentes;
- Pulso dicrótico: dá a impressões de que são 2 batimentos;
- Pulso filiforme: (fraco, débil) indicam redução da força e do volume.

IV.IV. VERIFICAÇÃO DA RESPIRAÇÃO:

Conceito: é o processo através do qual ocorre troca gasosa entre a atmosfera e as células do organismo.

PROCEDIMENTO:

- Explicar o procedimento ao paciente como se fosse mensurar frequência cardíaca;
- Higienizar as mãos conforme as orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Colocar os dedos sobre o pulso, como se fosse contar a fim de disfarçar a observação;

- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Contar durante um minuto;
- Comunicar alterações ao enfermeiro quanto a frequência, profundidade e sons respiratórios, conforme valores etabela de referência;
- Anotar no registro de enfermagem.

A frequência respiratória pode variar com a idade:

- Adulto: 12 a 20 irpm;
- Adolescente: varia entre 16 a 20 irpm;
- Criança: varia entre 20 a 30 irpm;
- Lactente: varia entre 30 a 60 irpm.

| Tipo | Característica | Causas Possíveis |
|-------------------------------|---|---|
| Apnéia ou Biot | Ausência periódica de respiração, que interrompem a sequência de incursões respiratórias. | Obstrução mecânica das vias aéreas ou condições que afetem o centro respiratório (região lateral do bulbo). |
| Apnéustica | Respiração lenta e regular de igual profundidade (pausa na inspiração). | Lesões no centro respiratório. |
| Bradipnéia | Respiração lenta e regular de igual profundidade. Abaixo de 15 Irpm. | Padrão normal durante o sono. Condições afetando o centro respiratório: tumores, desordens metabólicas, descompensação respiratória: utilização de opióides e álcool. |
| Cheyne-Stokes | Respirações rápidas e profundas de 30 a 170 segundos, pontuados por períodos de apnéia durando 20 a 60 segundos. | Elevação da PIC, ICC grave, IR, meningite, dose excessiva de drogas ou remédios, anóxia cerebral. |
| Eupnéia | Ritmo e frequências normais. | Respiração normal. |
| Kussmaul | Respiração rápida (acima de 20 Irpm), profunda (suspiros) e trabalhosa sem pausa; interrompidas por curtos períodos de apnéia | IR ou acidose metabólica, em particular cetoacidose diabética. |
| Taquipnéia / Polipnéia | Respirações rápidas (acima de 20 Irpm), FR aumenta com a temperatura do corpo ao redor de 2 Irpm para cada 2°C acima do normal. | PNM, alcalose respiratória compensatória, insuficiência respiratória, lesões do centro respiratório e intoxicações (ou envenenamento) por salicilatos. |
| Dispneia | Desconforto ao respirar, queixa de falta de ar. | Asma, bronquite, doenças abdominais, insuficiência cardíaca. |

V. Siglas e Definições.

SSVV: Sinais Vitais

PRS: Procedimento Sistemico.

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

VE :Ventrículo Esquerdo

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf

PERRY, A.G.; POTTER, P.A.; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Elsevier Health Sciences, 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier Brasil, 2013.

SOUZA, VHS.; MOZACHI.; N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP INT 006 – DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS

I. Objetivo

Padronizar processo de realização da limpeza e desinfecção de almotolias para sua reutilização.

II. Materiais

- Luvas de Procedimento;
- Água;
- Sabão;
- Compressas;
- Saco plástico para transporte ou Contêiner;
- Kit termodesinfecção na Central de Material Esterilizado (CME).

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Receber almotolias em saco plástico/contêiner devidamente identificados;
- Abrir saco plástico e retirar as almotolias;
- Se existente, desprezar o conteúdo residual;
- Lavar almotolia com água e sabão;
- Enxaguar abundantemente com água limpa;
- Retirar luvas e lavar mãos;
- Secar almotolias com compressas limpas exteriormente;
- O interior das almotolias deixar secar de forma espontânea;
- Enviar para área limpa;
- Encaminhar as almotolias para a termodesinfecção;
- Após procedimento encaminhar as almotolias processadas para os setores.

OBS: Todos os setores da unidade utilizam materiais processados e reprocessados pela Central de Material Esterilizado (CME) para o desenvolvimento de diversos procedimentos que necessitem de artigos estéreis, contando com a estrutura, profissionais e recursos desta unidade para tal. As almotolias processadas pela CME tem prazo de validade de 7 dias, depois

da abertura e início de sua utilização.

V. Siglas e Definições.

PRS: Procedimento Sistêmico;

CME: Central de Material Esterilizado.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirurgico, Recupe-ração Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

POP INT 007 – DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

I. Objetivo

Padronizar o procedimento de limpeza e/ou desinfecção dos equipamentos, reduzindo o índice de contaminação cruzada e prevenir colonização de bactérias multirresistentes, promovendo a segurança do profissional e do cliente.

II. Materiais

- Água;
- Sabão líquido;
- Químico OXIVIR
- Álcool 70%

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

Quadro descritivo sobre o procedimento e a frequência de realização do processo de limpeza e/ou desinfecção dos equipamentos.

| Equipamento | Procedimento | Frequência |
|--|---|--|
| Respirador e Aparelho de Fototerapia | Realizar a desinfecção terminal do aparelho. Primeiramente, o serviço de higiene e limpeza é responsável pela limpeza em volta e nos pés do aparelho seguindo tais etapas: 1) realizar limpeza com compressa úmida com sabão líquido; 2) realizar limpeza utilizando apenas compressa úmida em água; 3) realizar a desinfecção com compressa e álcool a 70%. Posteriormente, o técnico de enfermagem deve realizar desinfecção da tela do aparelho com compressa seca e álcool 70%. | Após alta ou óbito do paciente; Sempre que necessário. |
| Monitor, cabos, Válvulas de ar comprimido/oxigênio | Realizar desinfecção do aparelho com compressa e álcool 70%. | Após alta ou óbito do paciente; Diariamente. |

| | | |
|--|--|---|
| Suporte de Soro | Realizar a limpeza e desinfecção com compressa úmida com sabão líquido e após com compressa umedecida com álcool 70%. | Após alta ou óbito do paciente; Sempre quenecessário. |
| Bomba de Infusão Contínua (BIC) | Realizar desinfecção com uma compressa umedecida com álcool 70%; Etiquetar com rótulo específico, identificando quem realizou o procedimento e a data de validade da desinfecção. Responsabilidade: técnicos de enfermagem | Após alta ou óbito do paciente; A cada 24hs (a noite). |
| Frasco de aspiração | Encaminhar os frascos para que a Central de Material e Esterilização (CME) realize o processo de desinfecção. | Após alta ou óbito do paciente; As Quartas-feiras (01 vez por semana) |
| Máscara total face e Ventilação não invasiva (VNI) | As máscaras deverão ser encaminhadas à CME com protocolo de entrega e devolução; | Após alta ou óbito do paciente; Após finalização do procedimento. |
| Braçadeiras | Friccionar com álcool 70% com uma compressa úmida. Em caso de alta ou óbito, utilizar compressa úmida com água e sabão, friccionar álcool 70% e retornar ao leito. | Diariamente; Após alta ou óbito do paciente |
| Geladeira | Conforme POP do setor. | A cada 7 dias, padronizado Aos domingos. |
| Vacuômetro | O frasco do vacuômetro é enviado para a CME para desinfecção. | Após alta ou óbito do paciente; A cada 7 dias |

| | | |
|-------------|---|---|
| Incubadoras | <p>Reunir o material necessário para a limpeza e encaminhar a incubadora ao expurgo;</p> <p>Retirar todas as partes removíveis da incubadora e realizar a limpeza com água e sabão;</p> <p>Proceder à limpeza das partes móveis de borracha e da estrutura de metal com compressa embebida em água e sabão, em movimento único;</p> <p>Após a limpeza da incubadora por completo, fazer asecagem com compressa limpa e remontar a incubadora; Utilizar conforme orientação em anexo a solução de OXIVIR;</p> <p>Identificar em etiqueta própria a data de realização da desinfecção, o prazo de validade e assinatura de quem realizou o procedimento.</p> <p>OBS: O RN é colocado em berço até que a limpeza seja efetivada. Cabe ao Enfermeiro supervisionar a limpeza; Disponibilizar a incubadora para uso no leito ou encaminhar a sala de equipamentos;</p> <p>Desprezar o material no expurgo; Organizar o expurgo e material; Retirar o avental impermeável e as luvas de procedimento; Lavar as mãos; Quebra de alguma peça da incubadora: comunicar a chefia e acionar o Setor de Engenharia Clínica.</p> | <p>O prazo de validade é de 7/7 dias. Mesmo estando em uso é realizada a desinfecção;</p> <p>O filtro da incubadora deverá ser trocado de 3/3 meses;</p> <p>Se houver alta ou óbito, a desinfecção é realizada mesmo antes do prazo de vencimento de desinfecção.</p> |
|-------------|---|---|

V. Siglas e Definições.

CME: Central de Material e Esterilização

SCIH: Serviço de controle de infecção Hospitalar

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Desinfecção de Equipamentos hospitalares. Brasil; 2012. [Acesso em 2012 jul 23]. Disponível em: [http://www.resol.com.br/cartilha9/pdf/manual do funcionario.pdf](http://www.resol.com.br/cartilha9/pdf/manual_do_funcionario.pdf).

POP INT 008 – FIXAÇÃO DE SONDAS E DRENOS

I. Objetivo

Padronizar os tipos de fixações utilizadas nos setores.

II. Materiais

- Gaze IV;
- Álcool 70%;
- Esparadrapo;
- Micropore;
- Luva de procedimento.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

.I. Fixação de Sonda Nasoentérica e Nasogástrica:

- Após o banho secá-la e trocar a fixação da face;
- A fixação deve estar sempre limpa e seca, evitando o desconforto para o paciente e odores desagradáveis;
- Higienizar as narinas do paciente com álcool à 70% nos casos de pele íntegra, e soro fisiológico em peles lesionadas, caso pele muito oleosa ou difícil fixação, utilizar benjoim e tomar cuidado para não tracionar a narina ao fixar a sonda, podendo causar lesões;
- Se necessário, restringir as mãos do paciente, para impedi-lo de retirar a sonda, como pode ocorrer com doentes com demências, agitação psicomotora, quadros de confusão mental, etc., ver - Contenções – instalação e cuidados;
- Utilizar o micropore diretamente na pele íntegra, por ser menos agressivo que o esparadrapo;
- Datar a fixação da sonda e identificar o nome do profissional de enfermagem que realizou.



Figura 1: Fixação de CNE

IV. II. Fixação dos drenos:

- O curativo de drenos deve ser mantido limpo e seco. Isto significa que o número de trocas está diretamente relacionado com a quantidade de drenagem;
- Se a incisão estiver limpa e fechada, o curativo deve ser mantido oclusivo por 24 horas e após este período poderá permanecer exposta e lavada com água e sabão;
- Sistema de drenagem aberta (ex: penrose ou tubulares), devem ser mantidos ocluídos com bolsa estéril ou com gaze estéril por 24 horas. Após este período, a manutenção da bolsa estéril fica a critério médico;
- Drenos de sistema aberto devem ser protegidos durante o banho;
- A fixação e o curativo do dreno deverão ser feitos com gaze estéril, micropore e/ou esparadrapo, colocando a data e identificando o nome do técnico de enfermagem que realizou.



Figura 2: Fixação de dreno

IV. III. Fixação de Sonda Foley de demora:

- Fixar a sonda com uma tira de micropore na coxa da paciente e outra tira por cima da sonda, a data do curativo deverá ser escrita em esparadrapo e sobreposta à fixação, trocar

após o banho, ou antes, S/N;

- No homem, fixar a sonda na região hipogástrica (profilaxia de fístulas uretrais). A finalidade de se colocar a sonda nesta posição é prevenir lesões, por dispositivo uretral, provocadas pela foley (tração).



Figura 3: Fixação de SVD em pacientes do sexo feminino e masculino.

V. Siglas e Definições

SVD: Sonda vesical de demora

CNE: cateterismo nasoentérico

Sonda: tubo flexível ou rígido introduzido em um canal, natural ou não, com a finalidade de extrair ou introduzir algum tipo de matéria (urina, alimentos, medicamentos);

Dreno: São materiais de plástico, metal ou borracha que tem por função permitir a saída ou retirar o excesso de fluidos, coleções ou gases que estão contidos dentro de um espaço ou cavidade através da pele ou de mucosas.

Cateter: instrumento tubular introduzido no organismo com fins de monitorização de funções vitais, remoção de líquidos, introdução de medicamentos e sangue, soros, etc.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. OLIVEIRA, R.G; PEDROSO, E.R.P. Blackbook-Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

SMELTZER, SC; BARE, BG. Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vol 2. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2014.

NETTINA, M.S. Prática de Enfermagem. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SOUZA, V.H.S.; MOZACHI, N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP INT 009 – FLUXO DE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO

I. Objetivos

Definir o fluxo de doação de leite e de seu destino.

II. Materiais

Formulário, luvas, touca, máscara, avental, pote de vidro estéril, compressa, caneta e fita adesiva, livro de registro.

III. Abrangência

CPN, Posto de Coleta de Leite Materno, Unidades de Internação, Unidade Neonatal, Lactário e Doadoras Externas.

IV. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Receber no Posto de Coleta de Leite Humano as doadoras provenientes do CPN, Unidades de Internação, Unidade Neonatal (onde seus filhos estão internados) e doadoras externas atendidas no Pronto Atendimento Obstétrico;
- ✓ Encaminhá-la para local da coleta;
- ✓ Preencher o formulário de cadastro de doadora;
- ✓ Solicitar a lavagem das mãos da doadora;
- ✓ Paramentar a doadora para coleta com touca, máscara e luvas;
- ✓ Utilizar recipiente de vidro (com tampa) estéril;
- ✓ Após coleta, identificar o frasco com nome da doadora, data e horário de coleta;
- ✓ Registrar no livro, o nome da doadora, data e hora da coleta, assinatura da doadora e do profissional que acompanhou a ordenha do leite;
- ✓ Armazenar o leite na geladeira, destinada exclusivamente para tal, no posto de coleta;
- ✓ A colaboradora do lactário recolhe o leite junto ao formulário;
- ✓ Lactário faz a separação do leite doado para pacientes (Recém-nascidos) internados na Unidade Neonatal e encaminha para esta unidade de acordo com a dieta estabelecida por prescrição médica em mapa próprio;
- ✓ Acionar o Banco de Leite Humano para encaminhar o leite doado que não serão utilizados pela Unidade Neonatal, para posterior pasteurização de Parto Normal.

V. Anexos

| Peso na Gestação (Kg) | | Altura (m) | Idade Gestacional | | Data do Parto / / |
|--------------------------|--------|------------|-------------------|-------|----------------------|
| Inicial: | Final: | | Semanas: | Dias: | |
| Exames Realizados | | | | | |

JUIZ DE FORA
PREFEITURA

BANCO DE LEITE HUMANO
Cadastro de Doadora

DADOS CADASTRAIS

Nome: _____ Data Nascimento: _____
Cartão SUS: _____ Nº Prontuário: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Município/Estado: _____ CEP: _____
Ponto de Referência: _____
Contato(s): _____
Domiciliar? () Sim () Não Exclusiva? () Sim () Não Receptor: _____
País de Origem: _____ Resp. Pela Informação: _____

HISTÓRIA PREGRESSA

Local do Pré-Natal

| | | |
|-------------------|--------------|----------|
| () Rede Pública | Instituição: | Telefone |
| () Rede Privada | Médico: | Telefone |
| () Não realizado | | |

Recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal? () Sim () Não

I. Referências

www.saude.gov.br/doacaodeleite

www.redeblh.fiocruz.br

POP INT 010 – GLICEMIA CAPILAR – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Glicemia capilar é a coleta de sangue de capilares sanguíneos, através da perfuração cutânea por uma lanceta/agulha e a dosagem de glicose é verificada através de glicosímetros, que tem por objetivos proporcionar um resultado imediato da concentração de glicose nos capilares. É realizada em diferentes momentos do dia, para acompanhar e avaliar a eficiência do plano alimentar, dos hipoglicemiantes orais e insulino terapia, assim como orientar as mudanças no tratamento. Outro objetivo é a garantia da eficácia e fidelidade dos valores apresentados pelos glicosímetros e sua correta calibração.

Para realização do procedimento a maioria dos glicosímetros requer punção, normalmente obtida de uma polpa digital, para obtenção de amostra de sangue capilar. Essa amostra é colocada em uma tira reagente de teste e o monitor apresenta o nível de glicose.

Devem ser monitorados: pacientes sabidamente diabéticos, gestantes, pacientes em jejum por tempo

≥4h, instabilidade hemodinâmica, pós-operatórios de grandes cirurgias e pacientes em uso de terapia nutricional enteral ou parenteral.

II. Materiais

- Agulha de calibre 10x12, 13x4, 13x4,5 ou lanceta para glicemia;
- Glicosímetro;
- Chip para adequação de código do glicosímetro ao da caixa de fitas reagentes;
- Fita reagente (tira teste), específica ao modelo de glicosímetro utilizado;
- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Bandeja.



III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

CUIDADOS COM O GLICOSÍMETRO E FITAS REAGENTES:

- Manter a limpeza e acondicionamento adequados do glicosímetro;
- Manter fitas reagentes na embalagem original, em lugar fresco, longe da exposição ao sol ou calor;
- Não usar fitas fora da validade e usar glicosímetro e fitas do mesmo fabricante;
- Inserir o chip que vem dentro da embalagem das fitas no glicosímetro: o visor do aparelho deverá mostrar o mesmo código impresso do lado de fora da caixa de fitas;
- Ao término de uma embalagem de fitas, deve-se retirar o chip do aparelho, desprezá-lo e inserir o novo chip da nova caixa de fitas.

REALIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR:

- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Separar, organizar e preparar o material na bandeja, no posto de enfermagem;
- Conferir a calibração do glicosímetro e o lote da fita;
- Dirigir-se ao paciente;
- Informar ao paciente e/ou acompanhante a respeito do procedimento a ser realizado;
- Realizar higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Anexo 01: Passos do procedimento e materiais necessários.
- Segurar a mão do paciente, pressionar o dedo escolhido para que proporcione o preenchimento capilar;
- Realizar a limpeza com gaze da área a ser puncionada (preferencialmente as bordas laterais da polpa digital, devido à menor sensibilidade a dor);
- Proceder a perfuração nas laterais da polpa do dedo com a agulha escolhida ou lanceta;
- Realizar uma pressão sobre a área perfurada para a formação da gota de sangue;
- Depositar a gota de sangue sobre a área reagente da fita;
- Colocar a fita reagente no glicosímetro e aguardar o tempo necessário para mensuração do resultado (geralmente ≤ 15 segundos);

- Pressionar o local com **gaze** para estancar o sangramento;
- Atenção para o esquema de correção conforme prescrição médica (Esquema representativo - ANEXO 02);
- Desprezar o material;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos, realizar a anotação de enfermagem e checar a prescrição médica;
- Comunicar ao enfermeiro resultados alterados e proceder com correção conforme prescrição médica.

V. Siglas e Definições.

N.A

VI. Anexos

Anexo 01: Passos do procedimento e materiais necessários:



Anexo 02: Valores de referência e correções glicêmicas:

| Valores de referência Hipoglicemia | Valores de referência Normal | Valores de referência Hiperglicemia |
|---|--|---|
| 50 a 69 mg/dL | Jejum (≥8h): 70 a 110 mg/dL | Jejum (≥8h): ≥111 mg/dL |
| Urgente: ≤ 49 mg/dL | Valores intermediários (jejum ≥ 8h): 110-126 mg/dl – avaliar risco diabético | Pós-prandial: ≥141mg/dL |
| LO: ≤ 20 mg/dL (emergência) | Pós-prandial: 70 à 140mg/dL | Correção com insulina: ≥180mg/dL |
| Correção com glicose em bôlus conforme prescrição | | HI: ≥ 500mg/dL (emergência) |
| | | Correção com insulina regular conforme prescrição |

Anexo 03: Tipos de insulina:

| | Início da ação | Pico da ação | Duração | Características da Insulina | Quanto tomar | Exemplos de insulina |
|------------------------|----------------|--------------|---------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Ação Rápida | 15 a 30 min | 2 a 3 horas | 3 a 6 horas | Transparente | Antes das refeições | Humulin R, Novolin R |
| Ação Intermédia | 2 a 4 horas | 4 a 12 horas | 12 a 18 horas | Leitosa e turva | Geralmente 2 vezes ao dia | Humulin NPH, Novolin NPH |
| Ação Lenta | 1 a 2 horas | não tem | 24 horas | Transparente | Geralmente 1 vez ao dia | Levemir, Lantus |

VII. Referências

PERRY, A.G.; POTTER, P.A.; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Elsevier HealthSciences, 2013.

BRASIL. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica-Diabetes Mellitus. 2013. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

<http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia>

POP INT 011 – IDENTIFICAÇÃO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA

I. Objetivos

- Realizar o atendimento precoce através da identificação dos sinais de deterioração;
- Reduzir a incidência de Paradas Cardiorrespiratórias;
- Utilizar as escalas de alerta para melhorar a comunicação interprofissional;
- Promover segurança e eficácia nos cuidados com o paciente.

II. Materiais

- Caneta;
- Computador;
- Formulário impresso;
- Carimbo;
- Equipamento de proteção individual (EPI) – luvas de procedimento, máscara, capote e óculos;
- Termômetro;
- Esfigmomanômetro portátil ou com rodas;
- Oxímetro de pulso

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos das atividades

INTRODUÇÃO

Para identificação de deterioração clínica do paciente, deve-se utilizar uma escala de alerta que possui a finalidade de identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente, baseado em um sistema de atribuição de pontos (escores) aos parâmetros vitais. Sendo que, quanto mais distante dos parâmetros de normalidade maior será a pontuação.

Conhecer os resultados do protocolo de identificação de deterioração clínica, baseado no MEWS, PEWS e MEOWS se faz necessário para conhecer a realidade do setor, identificar as fragilidades e propor melhorias na assistência.

DESCRIÇÃO

O Pews é baseado em um sistema simples de pontuação agregada, no qual uma pontuação é atribuída aos parâmetros fisiológicos avaliados durante aferição dos dados vitais, além de sinais clínicos e critérios pré- estabelecidos. Na criança, os sinais de alerta para deterioração clínica podem já estar presentes ou surgirem de forma súbita. A identificação destes sinais e o atendimento precoce podem evitar a evolução para piora do quadro clínico vigente, o formulário esta no Anexo 2.

Formam a base do sistema de avaliação:

- Comportamento;
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratório

Além desses, uma pontuação de 2 pontos deve ser adicionada para qualquer paciente que necessite de uso de nebulizador/espaçador com frequência a cada 15 minutos ou vômitos persistentes em pacientes pós- cirúrgicos.

Além dos parâmetros acima, devem ser avaliados: perfusão capilar, cor do leito da unha e esforço respiratório. A escala está parametrizada na tela de sinais vitais e deve ser aplicada junto com a aferição dos sinais vitais, que devem ser preenchidos em campo próprio. Para finalizar a aplicação da escala, clicar no ícone Pews, selecionar a faixa etária do paciente em avaliação, onde irão aparecer os outros parâmetros que ainda não foram verificados. Ao terminar de preencher todos os campos, a soma do resultado do escore é automática. De acordo com a pontuação encontrada, as ações devem seguir o fluxo de atendimento estabelecido para cada escore.

O Meows (Anexo 3) é o sistema de avaliação modificado para pacientes obstétricas que pode ser utilizado até a 6^o semana pós-parto, período em que a maioria das doenças relacionadas à gestação estão resolvidas. Avaliação consiste em: Frequência respiratória; Saturação de O₂; Temperatura (°C); Pressão arterial sistólica; Frequência cardíaca; Nível de consciência; Dor; Débito urinário; Lóquios.

A Escala de MEWS, PEWS e MEOWS permite uma melhor comunicação, oferece autonomia profissional aos enfermeiros e equipe multiprofissional proporcionando direcionamento de condutas conforme os valores obtidos (Scores), referentes a necessidade de acompanhamento e frequência de realização de controles de sinais vitais e ou acionamento de profissional médico para reavaliação e planejamento de assistência ou mudança de conduta. O registro no prontuário eletrônico deverá ser realizado imediatamente após a aferição dos sinais vitais.

O MEWS é baseado nos cinco parâmetros vitais ou fisiológicos:

- Nível de consciência (SNC);
- Frequência cardíaca (FC);
- Pressão arterial sistólica (PAS);
- Frequência respiratória (FR);
- Temperatura (temp.).

| ESCORE | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------------|-----|-------|--------|---------|---------------|---------------|----------------|
| Respiração | | <9 | | 9-14 | 15-20 | 21-29 | >29 |
| Pulso | | <40 | 41-50 | 51-100 | 101-110 | 111-129 | >129 |
| Pressão Sistólica | <70 | 71-80 | 81-100 | 101-199 | | >199 | |
| Temperatura | | <35 | | 35-38,4 | | >38,4 | |
| Nível de Consciência | | | | Alerta | Reativo a voz | Reativo a dor | Não Responsivo |

CONDUTAS:

Score: 0: (CÓDIGO BRANCO)

- Reavaliar de 6/6 horas;

Score: 1 - 3: (CÓDIGO VERDE)

- Avaliação do enfermeiro;
- Considerar acionamento do do Médico Internista , após avaliação da equipe de enfermagem;
- Revisar Plano de Cuidado (Verificar dispositivos e utilização de O2 suplementar);
- Reavaliar após 1H. Manter monitorização mínima a cada 6h/6h;
- Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA.

Score: 4-5: (CÓDIGO AMARELO)

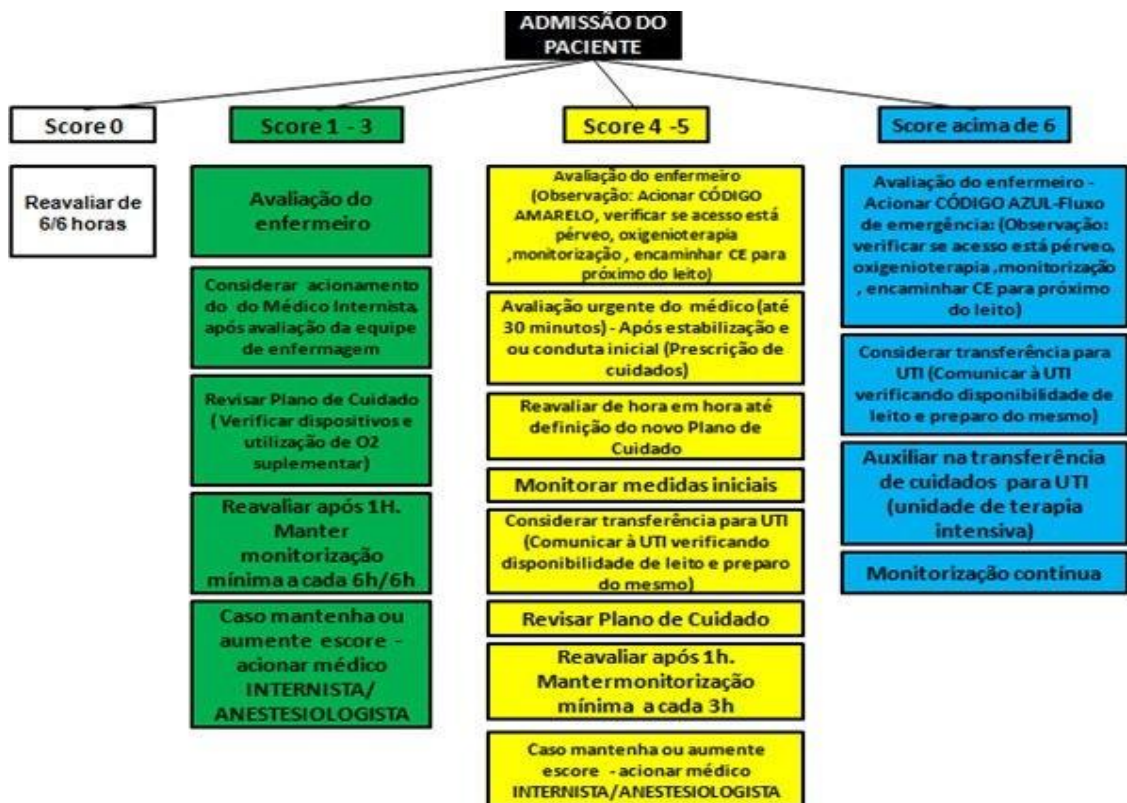
- Avaliação do enfermeiro (Observação: Acionar CÓDIGO AMARELO, verificar se acesso está pérvio,oxigenioterapia ,monitorização , encaminhar CE para próximo do leito);
- Avaliação urgente do médico (até 30 minutos)-Após estabilização e ou conduta inicial (Prescrição decuidados);
- Reavaliar de hora em hora até definição do novo Plano de Cuidado;
- Monitorar medidas iniciais;
- Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo domesmo);

- Revisar Plano de Cuidado;
- Reavaliar após 1h. Manter monitorização mínima a cada 3h;
- Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA;

Score: Acima de 6: CÓDIGO AZUL

- Avaliação do enfermeiro - Acionar CÓDIGO AZUL-Fluxo de emergência: (Observação: verificar se acesso está pérvio, oxigenioterapia, monitorização, encaminhar CE para próximo do leito);
- Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo do mesmo);
- Auxiliar na transferência de cuidados para UTI (unidade de terapia intensiva);
- Monitorização contínua.

FLUXOGRAMA:



O enfermeiro poderá acionar o código amarelo conforme mudanças agudas no estado geral do paciente: Comprometimento respiratório:

Diminuição aguda da Saturação de O2 para < 90%;

Mudança da Frequência Respiratória para < 8 rpm ou > 28 rpm.

Comprometimento circulatório:

Diminuição da pressão arterial sistólica para < 90 mmHg;

Aumento da pressão arterial sistólica para > 180 mmHg associado a sintomas;

Mudança da Frequência cardíaca para < 40 bpm ou > 130 bpm.

Comprometimento neurológico:

Rebaixamento do nível de consciência

Convulsão

Sinais Focais súbitos

Seramente preocupado com o estado geral do paciente:

Paciente refere "não estar bem" ou sentir "algo errado".

Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas).

Situação que envolva distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações que acarrete risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.

Queda com (ou potencial) de dano **moderado ou grave**. (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja consequência da queda colocar em risco a segurança do paciente.

Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental).

Observação: nos casos de queda com dano ausente ou leve o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda; na impossibilidade deste proceder a avaliação, a enfermeira comunicará o médico internista, através da recepção ou celular próprio de acordo com escala disponibilizada no setor, sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda, conforme descrito no documento "Protocolo de prevenção de queda".

Critérios de Acionamento do Código Amarelo na SRPA:

Pacientes que atenderem aos critérios acima citados devem ser avaliados pelo anestesista responsável, na ausência do mesmo a enfermagem local deve acionar o Código Amarelo direto, sem avaliação prévia do médico. Na presença do anestesista este deverá acionar o Código Amarelo se em 20 minutos não estabilizar o paciente.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO:

- Aplicar a escala de Mews em todo paciente que for admitido no setor por transferência interna/externa, admissão eletiva e pacientes em pós-operatório;
- Realizar a avaliação utilizando técnica de avaliação física: Inspeção, palpação, percussão e auscultado cliente/usuário;
- Identificar uma possível alteração e registrar no sistema;
- Anotar na escala de MEWS os valores dos sinais vitais correspondentes ao cálculo dos scores indicando as condutas a serem tomadas;
- Prover materiais necessários para serem adotadas as condutas subsequentes à avaliação;

Considerar reavaliação e orientação da equipe quanto a esta frequência;

- Encaminhar carrinho de urgência e acionamento de médico internista/anestesiologista e auxiliá-la assistência ao paciente junto à equipe multiprofissional;
- Realizar os registros de assistência e condutas necessárias, assinar e carimbar.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Realizar e registrar os sinais vitais no momento da admissão do paciente/cliente no setor;
- Comunicar ao enfermeiro o quadro clínico em que o paciente se encontra;
- Providenciar materiais necessários para prestar a assistência em prontidão ao paciente;
- Verificar perviabilidade de acesso venoso periférico e suporte ventilatório;
- Auxiliar no atendimento às necessidades do paciente durante as intercorrências ;
- Realizar condutas estabelecidas pelos Score conforme frequência orientada de verificação de sinais vitais;
- Registrar assistência prestada.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SRPA:

- Realizar, registrar os sinais vitais no momento da admissão do paciente/cliente pós operatório imediato na SRPA no sistema;
- Gerar relatório do formulário de Mews, transcrever sinais vitais , assinar e carimbar;
- Comunicar ao enfermeiro alterações e valor de da escala aplicada de MEWS;
- Providenciar materiais necessários para prestar a assistência em prontidão ao paciente;

- Verificar perviabilidade de acesso venoso periférico e suporte ventilatório;
- Auxiliar no atendimento às necessidades do paciente durante as intercorrências ;
- Realizar condutas estabelecidas pelos Score conforme frequência orientada de verificação de sinais vitais;
- Manter observação rigorosa de acordo com Score.

FERRAMENTA QUE AUXILIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DOS PACIENTES: MÉTODO: SBAR

O SBAR é uma ferramenta utilizada para melhorar as trocas de informações a partir da estruturação da comunicação entre a equipe multidisciplinar. Possui o objetivo de garantir que as informações sejam eficientemente comunicadas entre as equipes de assistência durante as transferências internas.

Visando atingir uma comunicação precisa, clara, concisa, completa e uniforme, a ferramenta SBAR será padronizada para essa comunicação, baseando-se:

Situação

Background

Avaliação

Recomendação

Sendo que:

Situação: Um relato conciso da situação atual. Sinais vitais do paciente. Preocupação do Staff.

Base do Cenário (Background): Informações pertinentes do caso do paciente. História prévia. Hipótese Diagnóstica. Estado mental. Suporte ventilatório.

Avaliação: Análise e estratificação do caso. Fornece dados reais para o suporte da tomada de decisão.

Riscos. Alergias. Últimas medicações administradas. Utilização de dispositivos invasivos.

Recomendação: Recomenda ações. Sugestão de equipe responsável pela transferência em relações as providências iniciais ao receber o paciente.

A Enfermagem deverá deixar prontuário e prescrição separadas no posto de enfermagem. Deverá comunicar ao médico quando chegar ao setor as seguintes

informações, seguindo metodologia SBAR:

- **Situação:** causa de acionamento do profissional médico;
- **Background:** diagnóstico de internação e antecedentes mórbidos do paciente;
- **Avaliação:** deverão ser verificados os seguintes sinais vitais:
 - PA;
 - FC;
 - FR;
 - Oximetria;
 - Glicemia capilar;
 - Nível de consciência: alerta, sonolento ou inconsciente;
 - ECG e monitorização cardíaca a critério do Enfermeiro ou Médico.

Recomendação: solicitação da Enfermagem ao Médico de acordo com a intercorrência e orientações de condutas.

Deverá ser preenchida o formulário de MEWS/Código Amarelo (Anexo 1), que deverá ser anexada ao prontuário. Uma cópia da ficha deverá ser encaminhada a Sala da Coordenação de enfermagem para elaboração de indicadores.

V. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual;

MEWS: Modified Early Warning Score;

MEOWS: Modified Early Obstetrics Warning Score;

PEWS: Pediatric Early Warning Score;

UTI: Unidade de Terapia intensiva;

CE: Carrinho de emergência;

PA: Pressão Arterial;

FC: Frequência Cardíaca;

FR: Frequência respiratória;

ECG: Eletrocardiograma;

SRPA: Sala de Recuperação Anestésica;


TCE: Traumatismo Crânio Encefálico;

RPM: Respiração Por Minuto;

BPM: Batimento por minuto.

VI. Anexos

Anexo 1: Formulário Escala de Mews

| | |
|------------------------|--|
| |  ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERIDADE TEREZINHA DE JESUS |
| TÍTULO: Escala de MEWS | |

CÓDIGO: AMARELO

| | | | |
|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente: TESTE 3 | | | |
| Prontuário: 15 | Cod. atend.: 17 | Data Nasc.: 01/01/2000 | Idade: 19 anos |
| Data Ent.: 08/02/2019 | Hora Entr.: 1014 | Leito: zTESTE | Tipo atend.: INTERNO |

| Avaliação de Risco | | Registro de Sinais Vitais |
|----------------------------------|-------------|---------------------------|
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) | 14 a 50 | bpm |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (irpm) | 10 - 14 | irpm |
| PRESSÃO ATERIAL SISTÓLICA (mmHg) | 71 - 80 | mmHg |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | CONFUSO | |
| TEMPERATURA (° C) | 35,1 - 37,8 | ° C |

REAVALIAR EM: Reavaliar de 1/1 horas


ORIENTAÇÕES: Avaliação do enfermeiro (Observação: Acionar CÓDIGO AMARELO, verificar se acesso está pèveo, oxigenioterapia ,monitorização , encaminhar CE para próximo do leito);
Avaliação urgente do médico (até 30 minutos)-Após estabilização e ou conduta inicial(Prescrição de cuidados);
Reavaliar de hora em hora até definição do novo Plano de Cuidado;
Monitorar medidas iniciais;
Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo do mesmo);
Revisar Plano de Cuidado;
Reavaliar após 1h. Manter monitorização mínima a cada 3h;
Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA;

Data/Hora: 08/10/2019 11:52

TOTAL: **4**

Ass: _____
TESTE MÉDICOS

Anexo 2: Formulário Escala de Pews


| ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE | | | | |  | |
|---|---|--|---|---|---|-------|
| PEDIATRIA | | | | | | |
| Título: Protocolo de PEWS (Pediatric Early Warning Score) | | | | | | |
| Paciente: | | | | | Data: | Hora: |
| COMPONENTES | 0 | 1 | 2 | 3 | ESCORE PARCIAL | |
| NEUROLÓGICO | Ativo | Sonolento/hipoativo | Irritado | Letárgico/Obnubilado ou resposta reduzida à dor | | |
| CARDIOVASCULAR | Corado ou tempo de enchimento capilar (TEC) 1-2 seg | Pálido ou TEC de 3 seg ou FC acima do limite superior para a idade | Moteado (semelhante a mármore) ou TEC 4 seg ou FC \geq 20 bpm acima do limite superior para a idade | Acinzentado/Cianótico ou TEC \geq 5 seg ou FC \geq 30 bpm acima do limite superior para a idade ou bradicardia para a idade | | |
| RESPIRATÓRIO | FR normal para a idade, sem retração | FR acima do limite superior para a idade, uso de musculatura acessória | FR \geq 20 irpm acima do limite superior para a idade | FR \leq irpm abaixo do limite inferior da idade, retrações subcostais e intercostais | | |
| Adicionar 02 pontos extras se recebeu nebulização há 15 min ou vômitos persistentes após a cirurgia | | | | | | |
| | | | | | ESCORE FINAL | |

Avaliação dos resultados:

- 0-2 (verde) – sem urgência
- 3 (amarelo) – necessita de avaliação médica
- 5 (laranja) – atendimento médico o mais rápido possível
- >5 (vermelho) - atendimento médico imediato

Enfermeira: _____

Anexo 3: Formulário Escala de Meows

| | | |
|---|-------|--|
| ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE | |  <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE PEDIÁTRICA DE JESUS</small> |
| CENTRO DE PARTO NORMAL | | |
| Título: Protocolo de MEOWS (Modified Early Warning Score) | | |
| Paciente: | Data: | Hora: |

| | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | ESCORE PARCIAL |
|--------------------------------|-----|-------|---------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------|---------------------|
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | ≤10 | | | 11-19 | 20-24 | 25-29 | ≥30 | |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | | <40 | 40-49 | 50-99 | 100-109 | 110-129 | ≥130 | |
| DÉBITO URINÁRIO ML/H | <10 | <30 | | NÃO MENSURADO | | | | |
| TEMPERATURA | | <35,0 | 35-35,9 | 36-37,4 | 37,5-37,9 | 38-38,9 | ≥39 | |
| PRESSÃO SISTÓLICA | ≤69 | 70-79 | 80-89 | 90-139 | 140-149 | 150-159 | ≥160 | |
| PRESSÃO DIASTÓLICA | | | ≤49 | 50-89 | 90-99 | 100-109 | ≥110 | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | ALERTA | RESPONDE ESTÍMULO VERBAL | RESPONDE ESTÍMULO DE DOR | INCONSCIENTE | |
| | | | | | | | | ESCORE TOTAL |

Resultado/avaliação:

1-3 - Avaliação médica de 30-60 min.

≥4 - Avaliação médica a cada 30 min, registrar saturação, iniciar monitoração fetal.

≥6 - Comunicar imediatamente o médico obstetra e anestesista para avaliação da gestante, considerar encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Paciente piorar/deterioração clínica/não responde ao tratamento - solicitar urgente obstetra, anestesista e pediatra.

Assinatura do Enfermeiro: _____

| | | |
|---------------------|-------------|----------------|
| Proibido Reproduzir | Referência: | Página 1 de 01 |
|---------------------|-------------|----------------|

VII. Referências

Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute- illness severity in NHS. Report of working party. London: RCP.

Moon A, Cosgrove JF, Lea D, Fairs A, Cressey DM. An eight year audit before and after the introduction of modified early warning score (NEWS) charts, of patients admitted to tertiary referral intensive care unit after CPR. *Resuscitation* 2011; 82: 150-4.

Lam TS, Mak PSK, Siu WS, Lam MY, Cheung TF, Rainer TH. Validation of Modified Early Warning Score (MEWS) in emergency department observation ward patients. *Hong Kong J. emerg. Med.* 2006; 13: 24- 30.

Hammond NE, Spooner AJ, Barnett AG, Corley A, Brown P, Fraser J. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on adequacy of sign documentation. *Australian Critical Care* 2013; 26: 18-22.

Alam N, Hobbelink EL, van Tienhoven AJ, van de Ven PM, Jansma EP, Nanayakkara PWB. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation* 2014; 85: 587- 594.

Fullerton JN, Price CL, Silvey NE, Brace SJ, Perkins GD. Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgment in detecting critical illness in the pre-hospital environment? *Resuscitation* 2012; 83:557-562.

POP INT 012 – IRRIGAÇÃO VESICAL – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Irrigação vesical é a lavagem da mucosa que reveste a bexiga, com o objetivo de remover sedimentos, coágulos, urina em decomposição e para fins terapêuticos.

II. Materiais

- Cateter vesical de demora com Foley (03 vias) já instalada;
- Equipo de soro para a irrigação;
- SF 0,9% 1000ml;
- Tree Way;
- Suporte para soro;
- Luva de procedimento;
- Impresso padronizado.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Reunir o material;
- Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento;
- Lavar as mãos e calçar as luvas;
- Preparar a solução;
- Pendurá-la no suporte de soro a uma altura superior a 50cm do paciente;
- Verificar a sonda foley de três vias;
- Conectar o equipo de irrigação ao SF 0,9% e a outra extremidade ao Tree Way e terceira via da foley de três vias;
- Controlar o gotejamento conforme prescrição médica;
- Controlar a quantidade de líquido infundido com odrenado;
- Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos;

- Anotar no impresso padronizado (Anexo 01) a quantidade do líquido infundido e drenado na bolsa coletora;
- Evoluir no sistema RM o procedimento realizado e a quantidade de líquido infundido e drenado na bolsa coletora.

OBSERVAÇÕES:

- O procedimento de irrigação vesical é o mesmo para o cateterismo vesical (PRS ENF 016 - CATETER VESICAL DE ALIVIO E DEMORA - IMPLANTAÇÃO E CUIDADOS);
- Pedir o paciente que ajude a observar quando acabar a água ou o soro;
- A troca do frasco de SF0,9% deve ser feita antes do término do frasco anterior, para evitar obstrução da sonda.
- A diurese deve ser desprezada da bolsa coletora, quando o volume estiver com 2/3 da capacidade total e ao término de frasco de SF0,9%, considerando a necessidade de fazer o balanço entre o volume infundido e drenado.
- O preenchimento da planilha de Controle de Irrigação Vesical inclui o volume infundido, o volume drenado.
- Deve-se atentar para sinais de obstrução como distensão abdominal, dor, e não drenagem na bolsa coletora. Comunicar ao médico, realizar medidas para desobstrução e registrar o ocorrido.
- Prescrito para retirar a irrigação vesical, o procedimento deve ser estéril, e após a assepsia da conexão deve ser colocado uma tampa para oclusão da terceira via da sonda.
- O equipo de soro deve ser trocado de acordo com as recomendações do CCIH, a cada 72 horas.
- Solicitar que o paciente e seus familiares avise a equipe de enfermagem quando o frasco de soro acabar, para que seja realizado a reposição.
- Esvaziar a bolsa coletora sempre que a mesma estiver cheia, do contrário, o paciente terá muita cólica.

V. Siglas e Definições.

IRRIGAÇÃO VESICAL - É a irrigação contínua da bexiga com a finalidade de lavá-la e limitar a multiplicação de microrganismos. Para isso, é necessário que o paciente esteja cateterizado com uma sonda de 3 vias, onde: 1ª via - insuflação do balão com água destilada; 2ª via - conectar bolsa coletora; 3ª via - irrigação contínua.



SONDA FOLEY (3 VIAS)

VI. Anexos

Anexo 01 - Planilha de Controle de Irrigação Vesical.

VII. Referências

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

KOCH, R. et al. Técnicas Básicas de Enfermagem. 2.ed. Curitiba: Século XXI, 2004. LECH, J. (org). Manual de Procedimentos de Enfermagem. São Paulo: Martinari, 2007.

NETTINA, M. S. Prática de Enfermagem. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. Técnicas Básicas de Enfermagem. 3.ed. São Paulo: Martinari, 2009. p.193-197.

POP INT 013 – LINHA DE CUIDADO MULTIDICCIPLINAR

I. Objetivos

Avaliação multiprofissional de pacientes que preenchem critérios para hospitalização de longa permanência ou alta para domicílio, permitindo, assim, um planejamento para alta hospitalar segura. Tais critérios se dão através da avaliação do grau de dependência do paciente (Fugulin) acima do score de 21 pontos, tempo de internação maior que 20 dias. E através da avaliação da coordenadora do grupo de clínica médica.

II. Materiais

Impressos, caneta, computador.

III. Abrangência

Unidade de Internação

IV. Descrição dos passos da atividade

As reuniões ocorrem semanalmente as terças -feiras, às 13:30horas, na sala 116, nas dependências do HMTJ.

Participantes:

- Médico(a) coordenador(a) da Clínica Médica ;
- Médico(a) Residente envolvido no atendimento do paciente;
- Enfermeiro(a) coordenador do setor
- Enfermeiros(as) dos setores;
- Comissão de Curativos
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Farmacêutico;

- Assistente social;
- Fonoaudióloga:

A discussão dos casos elegíveis para a linha de cuidado será conduzida pelo coordenador(a) médico.

É elaborado um plano de ação multiprofissional que permite determinar o período, o destino e as necessidades para a alta hospitalar segura. As discussões e as deliberações são evoluídos por cada profissional no prontuário do cliente, utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

Os agentes envolvidos no plano multiprofissional, de acordo com suas competências irão operacionalizar aquilo que ficou determinado.

Descrição de Responsabilidades

MÉDICO (A) COORDENADOR:

- Confirmar as realizações das reuniões;

ENFERMEIRO (A) COORDENADOR:

- Selecionar os casos a serem apresentados;
- Substituir, quando necessário o Médico (a) Coordenador.
- Apresentar os pacientes elegíveis e conduzir estimulando a discussão multiprofissional.

MÉDICO (A) RESIDENTE:

- Prestar esclarecimentos adicionais sobre as condições clínicas do paciente.
- Evolução no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

ASSISTENTE SOCIAL:

Relatar a equipe multidisciplinar sobre as condições sociais do paciente, pontuar situações de vulnerabilidade social como vínculos fragilizados, situação de rua, violação de direitos, dentre outros. Colocar para a equipe o trabalho que vem sendo desenvolvido ao paciente e familiares no seu fortalecimento de vínculos, informando a atuação que vem sendo feita com a rede do município de origem do paciente para uma desospitalização segura. No momento, o serviço social também acolhe as demandas trazidas pela equipe para investigação social e articulação com a REDE.

Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem

tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

FARMACÊUTICA:

➤ Discutir sobre os medicamentos prescritos para intervenções em relação ao tempo de antibiótico, presença de alergias, dosagem e posologia dos medicamentos em geral. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

NUTRICIONISTA:

➤ Relatar necessidade calórica do paciente, tipo de dieta prescrita, aceitação, jejum prolongado, etc, sendo discutido manutenção ou não do tipo de dieta, volume a ser infundido e pausa noturna ou não (quando o paciente fizer uso de dieta enteral). Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

FISIOTERAPEUTA:

➤ Relatar sobre terapêutica instituída, evolução do quadro, resultado de gasometria, parâmetros ventilatórios e possibilidade de desmame ventilatórios. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

ENFERMAGEM:

Atualizar sobre a pendência de algum exame, alguma orientação do médico da paciente, evolução dos dados vitais, acontecimento de algum evento (LPP, Broncoaspiração...), questiona sobre a possibilidade de retirada de algum dispositivo invasivo (CVD, CVC...), informa sobre o autocuidado do paciente. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

FONOAUDIÓLOGIA:

➤ Relatar sobre a deglutição do paciente, risco de broncoaspiração e conduta definida. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

V. Critérios de inclusão no DID e para UCP

- A avaliação para DID e UCP são distintas. Cliente elegíveis para o DID são aqueles residentes em Juiz de Fora que possuem condições de alta para domicílio e necessitam de algum

acompanhamento. Já na UCP, são clientes em situação clínica estável e que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrente de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

DID:

Durante a avaliação do DID ao cliente é necessário estar acompanhado, de preferência pelo cuidador responsável.

Aqueles que necessitarem de oxigenoterapia deverá solicitar gasometria e preencher o formulário. E assistente social deverá visitar domicílio e avaliar se há condições de instalação do mesmo.

E clientes com SNE, deverão de ir de alta com uma declaração feita pelo o médico ou fonoaudióloga constatando que o mesmo terá condições de evoluir para via oral. Caso contrário, deverá ser feito gastrostomia antes da alta hospitalar.

UCP:

O cliente deverá possuir característica que se enquadram nos seguintes critérios:

Recuperação de processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico; Dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total;

Além disso, deve apresentar um dos critérios abaixo para ser elegível:

- Clientes em suporte respiratórios, como ventilação mecânica não invasiva e oxigenoterapia;
- Clientes em uso antibioticoterapia venosa prolongada, terapia antifúngica, dieta enteral ou nasogástrica e portadores de outras sonda ou drenos;
- Cliente em reabilitação motora por Acidente Vascular Encefálico (AVE), neuropatia, traumatismo crânio encefálico (TCE), hematomas sub-aracnóides traumático (HSAT) e traumatismo raquimedular (TRM).
- Cliente traqueostomizado em fase de decanulação.
- Cliente com lesão por pressão estágio III e IV.
- Pacientes em uso de BIPAP não serão elegíveis para UCP.

I. Siglas e Definições

CVD: cateter vesical de demora.

CVC: acesso venoso central.

SNE: Sonda nasoentérica.

TCE: Traumatismo crânio encefálico.

AVE: Acidente vascular encefálico.

DID: Departamento de internação domiciliar

UCP: Unidade de cuidados prolongados

II. Anexos

N/A

III. Referências

N/A

POP INT 014 – ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR

I. Objetivo

Com o plano de alta espera-se uma relação de acolhimento feita pelo enfermeiro ao usuário/familiar com o objetivo de educar/orientar o responsável pelo cuidado ao paciente. Para tanto, o plano de alta deve constar informações necessárias para que ocorra a continuidade da assistência do usuário após sua alta hospitalar. Deve-se considerar a importância do envolvimento da família em todas as etapas do plano, devendo para isso, ser orientada compreendendo o estado de saúde e necessidades do usuário e essa abordagem atender as dúvidas e linguagem para entendimento efetivo.

II. Materiais

- Computador;
- Impressora;
- Papel A4;
- Caneta;
- Formulário;
- Carimbo.

III. Abrangência

Unidades de Internação.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- O processo de informação como "estratégia do cuidar trata da especificidade de cada cliente na própria realidade do dia-a-dia, no sentido de que o cuidado é imprescindível em diferentes situações de vida do ser humano, podendo ser adaptado e ajustado conforme a necessidade".

- No momento da alta hospitalar é importante que o enfermeiro avalie a disposição do usuário, além de identificar o interesse do mesmo a seguir a terapêutica para seu autocuidado;
- As orientações deverão ser realizadas de forma individualizada ao paciente/responsável/familiar, pelo profissional enfermeiro levando em conta algumas considerações: as perspectivas do mesmo quanto à alta hospitalar, a idade do paciente;
- Paciente, o conhecimento prévio sobre sua doença e tratamento, sua cultura e condições socioeconômicas;

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES DO ENFERMEIRO:

Lavagem das Mãos:

A lavagem das mãos é essencial antes de realizar assistência ao paciente/usuários e deverá ser realizada no cuidado no domicílio, no preparo da alimentação, na oferta das dietas, nas trocas, nas higiênes íntimas, troca de curativos, aspiração traqueal, esvaziamento de bolsas de colostomia, e diurese, entre outras ocasiões que julgar necessária para manter uma assistência limpa, e segura, evitando contaminação e infecção.



Higiene Corporal:

Cuidados no domicílio para pessoas acamadas ou com limitações físicas. A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem-estar, sendo um fator importante para recuperação da saúde. O banho deve ser diário, no chuveiro, banheira ou na cama. Procure fazer do horário do banho um momento de relaxamento.

Banho no Chuveiro:

- Separe antecipadamente as roupas pessoais.
- Prepare o banheiro e coloque num lugar de fácil acesso os objetos necessários para o banho.
- Regule a temperatura da água.
- Mantenha fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar.
- Retire a roupa da pessoa ainda no quarto e a proteja com um roupão ou toalha.
- Evite olhar para o corpo despido da pessoa a fim de não constrangê-la.
- Coloque a pessoa no banho e não a deixe sozinha porque ela pode escorregar e cair.
- Estimule, oriente, supervisione e auxilie a pessoa cuidada a fazer sua higiene. Só faça aquilo que ela não é capaz de fazer.
- Após o banho, ajude a pessoa a se enxugar. Seque bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.
- A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo três vezes por semana. Diariamente inspecione o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de quedas de cabelo.
- Os cabelos curtos facilitam a higiene, mas lembre-se de consultar a pessoa antes de cortar seus cabelos, pois ela pode não concordar por questão religiosa ou por outro motivo.
- O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos.
- Fique Atento: algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes, se recusar a tomar banho. É preciso que o cuidador identifique as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para locomover-se, tenha medo da água ou de cair, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. É preciso que o cuidador tenha muita

sensibilidade para lidar com essas questões. Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito.

Banho no Leito:

- Quando a pessoa não consegue se locomover até o chuveiro o banho pode ser feito na cama.
- Caso a pessoa seja muito pesada ou sinta dor ao mudar de posição, é importante que o cuidador seja ajudado por outra pessoa no momento de dar o banho no leito, pois proporciona maior segurança à pessoa cuidada e evita danos à saúde do cuidador. Antes de iniciar o banho na cama, prepare todo o material que vai usar: papagaio, comadre, bacia, água morna, sabonete, toalha, escova de dentes, lençóis, forro plástico e roupas. É conveniente que o cuidador proteja as mãos com luvas de borracha. Existe no comércio materiais próprios para banhos, no entanto o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.
- Antes de iniciar o banho cubra o colchão com plástico.
- Inicie a higiene corporal pela cabeça.
- Com um pano molhado e pouco sabonete, faça a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e nopescoço. Enxágue o pano em água limpa e passe na pele até retirar toda a espuma, secar bem.
- Lavagem dos cabelos:
- Cubra com plástico um travesseiro e coloque a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama.
- Ponha, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia ou balde para receber a água.
- Molhe a cabeça da pessoa e passe pouco shampoo.
- Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até que retire toda a espuma.
- Seque os cabelos.
- Lave com uma pano umedecido e sabonete os braços, não se esquecendo das axilas, as mãos, tórax e a barriga. Secar bem, passe desodorante, creme hidratante e cubra o corpo da pessoa com lençol ou toalha. Nas mulheres e pessoas obesas é preciso secar muito bem a região em baixo das mamas, para evitar assaduras e micoses.
- Faça da mesma forma a higiene das pernas, secando-as e cobrindo-as. Coloque os pés da pessoa numa bacia com água morna e sabonete, lave bem entre os dedos. Seque bem os pés e entre os dedos, passe creme hidratante.
- Ajude a pessoa a deitar de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Seque e massageie as costas com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação.
- Deite novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Na mulher é importante lavar a vagina da frente para trás, assim se evita que a

água escorra do ânus para a vulva. No homem é importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem.

- A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, assim se evita umidade, assaduras e feridas (escaras).
- É importante usar um pano macio para fazer a higiene e lembrar que as partes do corpo que ficam em contato com o colchão estão mais finas e sensíveis e qualquer esfregada mais forte pode provocar o rompimento da pele e a formação de feridas (escaras).

Assaduras:

- As assaduras são lesões na pele das dobras do corpo e das nádegas, provocadas pela umidade e calor ou pelo contato com fezes e urina. A pele se torna avermelhada e se rompe como um esfolado. As assaduras são portas abertas para outras infecções. Os cuidados importantes para evitar as assaduras são:
- Aparar os pêlos pubianos com tesoura para facilitar a higiene íntima e manter a área mais seca.
- Fazer a higiene íntima a cada vez que a pessoa evacuar ou urinar e secar bem a região.
- Se for possível exponha a área com assadura ao sol, isso ajuda na cicatrização da pele.
- Se mesmo com esses cuidados a pessoa apresentar assadura é importante comunicar o fato à equipe de saúde e solicitar orientação.
- Fique Atento: Se durante a higiene você observar alteração na cor e na temperatura da pele, inchaço, manchas, feridas, principalmente das regiões mais quentes e úmidas e daquelas expostas a fezes e urina, assim como alteração na cor, consistência e cheiro das fezes e da urina, comunique esses fatos à equipe de saúde.

Cuidados com a boca:

- É muito importante fazer a higiene da boca das pessoas acamadas para evitar cáries, dor de dente e inflamação da gengiva. Se a pessoa consegue escovar os dentes sozinha, deve ser encorajada a fazê-lo.
- O cuidador deve providenciar o material necessário e ajudá-la no que for preciso deve ser feita após cada uma das refeições e após o uso de remédios pela boca.
- Se a pessoa cuidada consegue fazer a higiene bucal, o cuidador deve estimulá-la e providenciar os materiais necessários, orientando, dando apoio e acompanhando a atividade.
- Se a pessoa não consegue fazer sua higiene bucal sozinha, o cuidador deve ajudá-la da

seguinte maneira:

- Colocar a pessoa sentada em frente à pia ou na cama, com uma bacia.
- Usar escova de cerdas macias e sempre que possível usar também o fio dental.
- Colocar pequena porção de pasta de dente para evitar que a pessoa engasgue.

Técnica de Curativos:

- Explicar para o familiar qual o tipo e etiologia da lesão que está sendo tratada e porque deverá seguir os passos de cuidado.
 - A importância higienizar as mãos conforme figura 1.
 - Posicionar o paciente para a realização do procedimento;
 - Retirar esparadrapos e gazes e depois desprezá-los;
 - Higienizar as mãos conforme figura 1.
 - Calçar as luvas caso seja necessário;
 - Lavar a ferida com soro fisiológico em jato, sempre com movimentos de fora para dentro;
- OBS: Não realizar fricção com gaze no leito da lesão.
- A ferida não deverá ser secada, apenas o lado de fora.
 - Em caso de feridas operatórias, lavar com água abundante e sabão líquido.
 - Aplicar a medicação ou produto prescrito pelo médico ou enfermeiro (se houver).
 - Cobrir a ferida com gaze e prender com fita microporosa.
 - Desprezar material no lixo adequado;
 - Lavar as mãos novamente, conforme figura 1.

Cuidados com Dieta Enteral:

- Antes de dar a dieta coloque a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas, e a deite nessa posição por 30 minutos após o término da alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que em caso de vômitos ou regurgitação, restos alimentares entrem nos pulmões.
- Pendure o frasco de alimentação enteral num gancho, prego ou suporte de vaso em posição bem mais alta que a pessoa, para facilitar a descida da dieta.
- Injete a dieta na sonda lentamente gota a gota. Esse cuidado é importante para evitar diarreia, formação de gases, estufamento do abdome, vômitos e também para que o organismo aproveite melhor o alimento e absorva seus nutrientes.
- A quantidade de alimentação administrada de cada vez deve ser de no máximo 350ml, várias vezes ao dia; ou de acordo com a orientação da equipe de saúde.
- Ao terminar a alimentação enteral injete na sonda 20ml de água fria, filtrada ou

fervida, para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda;

- A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso;
- Para as pessoas que não podem tomar água pela boca ofereça água filtrada ou fervida entre as refeições, em temperatura ambiente, por meio de seringa ou colocada no frasco descartável. A quantidade de água deve ser definida pela equipe de saúde.
- A dieta enteral de preparo caseiro deve ser guardada na geladeira e retirada 30 minutos antes do uso, somente a porção a ser dada.
- A dieta deve ser dada em temperatura ambiente, não há necessidade de aquecer a dieta em banho- maria ou em micro-ondas;
- Para o preparo e administração de dieta enteral alguns cuidados de higiene são muito importantes:
- Lave o local de preparo da alimentação com água e sabão.
- Lave bem as mãos com água e sabão antes de preparar a dieta.
- Pese e meça todos os ingredientes da dieta, seguindo as instruções da equipe de saúde.
- Utilize sempre água filtrada ou fervida.
- Lave todos os utensílios com água corrente e sabão.
- Lave com água e sabão o equipo, a seringa e o frasco e enxágue com água fervendo.
- Uma maneira simples de verificar se a nutrição enteral está ajudando na recuperação da pessoa é observar frequentemente se ela está mais disposta, se o aperto de mão é mais firme e se consegue caminhar um pouquinho a cada dia. Caso a pessoa esteja inconsciente, o cuidador pode verificar se a pele está mais rosada, e menos flácida, se os músculos estão ficando mais fortes. Sempre que for possível é bom pesar a pessoa.
- Fique Atento: se a sonda se deslocar ou tiver sido retirada acidentalmente, não tente recolocá-la, chame a equipe de saúde.
- Fique Atento: A diarreia pode ser uma ocorrência comum em pessoas que recebem alimentação enteral. Por isso, é preciso ter muita higiene no preparo e administração da dieta.

Ostomias:

Trata-se de uma abertura cirúrgica realizada para devidos fins de eliminação, alimentação ou trajeto de ar. Existem três tipos de derivações, sendo estas para eliminação (de fezes ou urina que são as colostomias/iliostomias e urostomias) ou para administrar alimentação (gastrectomias que mantêm sonda para via de acesso) e traqueostomias para passagem respiratórias.

- Dependendo do lugar onde foi realizada a abertura a ostomia recebe um nome:
- Gastrostomia ou jejunostomia liga o estômago ou o jejuno à parede do abdome e serve para alimentar a pessoa por meio da sonda.
- Ileostomia ou colostomia liga uma parte do intestino à parede do abdome e serve para eliminar fezes.
- Urostomia - liga a bexiga à parede do abdome e serve para eliminar urina.
- Traqueostomia abertura na traqueia que inicialmente é introduzida uma cânula para manutenção da abertura.
- Ambas devem manter a pele ao redor sem vermelhidão.
- Comunicar ao paciente ou familiar que habita nesta cidade que há um serviço específico de cuidado com estomas

Cuidados com Gastrostomia:

- Limpe com água filtrada sem esfregar a pele em volta da ostomia, retirando secreção ou sujeira.
- Lave a sonda com uma seringa de 20 ml com água, em um único jato.
- Antes de alimentar a pessoa pela sonda, teste a temperatura do alimento no dorso da mão.
- Injete o alimento lentamente na sonda.
- Observe se a pessoa apresenta barriga estufada, sensação de barriga cheia, ou diarreia.
- A diarreia pode ser causada pela composição do alimento ou pela administração muito rápida do alimento. Essas ocorrências devem ser comunicadas à equipe de saúde.
- Atentar para não injetar líquidos, alimentos ou água na via da sonda que serve para manter o balonete de fixação inflado.
- Caso a sonda saia, não tente reposicioná-la. Entre em contato com a equipe de saúde e feche o orifício.
- Comunique também à equipe de saúde caso observe saída de secreção ou da dieta pelo local de inserção da sonda.
- Após a injeção de alimento deve-se lavar a sonda com uma seringa de 20 ml com água filtrada, a fim de mantê-la sem obstrução.

Mantendo sua traqueostomia limpa:

- Para manter limpa e livre de infecções a pele e o tubo traqueal, você precisa seguir as

orientações:

- Retire a subcânula (cânula metálica ou tipo Shiley);
- Lave com água e detergente líquido, escovando-a por dentro para retirar toda secreção acumulada;
- Recoloque a subcânula dentro da cânula que estará em seu pescoço;
- Troque as gazes que estão entre a sua pele e o tubo traqueal;
- Coloque duas gazes dobradas entre o tubo traqueal e a pele de seu pescoço;
- Faça a limpeza no seu pescoço e ao redor do tubo traqueal, utilizando uma gaze umedecida com água potável ou soro fisiológico 0,9%;
- Realize este cuidado quatro vezes ao dia ou sempre que necessário.
- Sua gravata traqueal:
 - Recomendamos o uso da gravata traqueal, presa ao redor do seu pescoço, para manter o tubo traqueal coberto quando você for para rua ou em lugares empoeirados. A gravata não deverá ficar apertada nem frouxa: deve haver um espaço entre ela e seu pescoço suficiente para passar dois dedos.

Tosse e nebulizações:

- É comum ter tosse após a traqueostomia. Isto se deve à quantidade de partículas de poeira que entram pelo orifício da traqueostomia e que serão eliminados pela tosse.

Muitas vezes a subcânula pode sair durante acessos de tosse. Caso isso aconteça, lave-a com água e sabão e recoloque-a dentro da cânula. Procure fazer nebulizações para evitar ressecamento nas vias respiratórias. As nebulizações deverão ser realizadas somente com soro fisiológico. Faça-as três vezes ao dia e sempre que necessário. Durante a nebulização, coloque a máscara do nebulizador no pescoço em direção ao tubo traqueal.

- Manter paciente com cabeceira elevada para evitar: broncoaspiração de secreção, aspiração de dieta, engasgo, dificuldade respiratória e pneumonia (infecção por acúmulos de secreção).

Sonda Vesical de Demora:

- A sonda vesical de demora, ou sonda de Folley, é utilizada quando a pessoa não é capaz de urinar espontaneamente ou de controlar a saída da urina. Essa sonda possui um

pequeno balão interno que depois de cheio prende a sonda dentro da bexiga. A parte externa da sonda deve ficar presa na coxa da pessoa de forma a manter a sonda no lugar, permitindo a movimentação. Para fixar a sonda e evitar ferir a pele ou as alergias é melhor utilizar esparadrapo antialérgico, mudando constantemente o local de fixação.

- Fora do corpo a sonda liga-se a uma bolsa que armazena a urina e pode ser fixada na lateral da cama, na cadeira de rodas ou na perna da pessoa. Este tipo de sonda só pode ser colocado e retirado pela equipe de saúde.
- A sonda de demora faz com que a pessoa urine continuamente e, como essa sonda fica por um tempo dentro da bexiga, é preciso cuidados para se prevenir infecções, sangramentos e feridas:
 - Lave as mãos antes de mexer na sonda.
 - Limpe a pele ao redor da sonda com água e sabão pelo menos duas vezes ao dia para evitar o acúmulo de secreção.
 - Lave a bolsa ou frasco coletor de urina uma vez ao dia, com água e sabão e enxágue com água clorada. Mantenha o frasco ou bolsa coletora abaixo do nível da cama ou do assento da cadeira, e não deixe que ela fique muito cheia. Esses cuidados são necessários para evitar que a urina retorne do frasco para dentro da bexiga.
 - Tome cuidado para não puxar a sonda, pois isso pode causar ferimentos na uretra.
- A sonda tem que ficar livre para que a urina saia continuamente da bexiga, por isso, cuide para que a perna da pessoa ou outro objeto não comprima a sonda.
- Se durante algum tempo não houver urina na bolsa coletora, verifique se a sonda está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa. Caso a pessoa não urine num espaço de 4 horas, mesmo ingerindo líquido, procure falar urgentemente com a equipe de saúde.
- Uma pessoa produz e elimina, em média, 1.200 a 1.500 ml de urina em 24 horas.
- Essa quantidade é modificada pela ingestão de líquido, suor, temperatura externa, vômitos ou diarreia.

Para esvaziamento da bolsa:

- Higienize as mãos e utilize luvas;
- Retire o tubo de drenagem do seu protetor posicionando-o para o recipiente que irá receber a urina, evitando o contato entre as superfícies durante todo o procedimento;
- Abra o clamp do tubo de drenagem;
- Feche o clamp do tubo de drenagem;

- Coloque o tubo de drenagem no seu protetor;
- Despreze a urina no vaso sanitário;
- Lave o recipiente com água e sabão;
- Retire e despreze a luva de procedimentos no lixo;
- Higienize as mãos conforme figura 1.
- Fique Atento: Lembre-se que a sonda de demora só pode ser colocada e retirada pela Equipe de saúde.

V. Siglas e Definições.

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

CARMAGNANI, Maria I., FAKIH, Trevisani, CANTERAS, Lígia Mara Silva, TERERAN, N. **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**, 2ª edição. Guanabara Koogan, 2017.

DUTRA, C.M.P.; COELHO, M.J. Implante de valva mitral mecânica: reflexões para cuidar e os cuidados de clientes após a alta hospitalar. **Esc. Anna Nery [online]**. 2006, vol.10, n.2, pp. 309-315. ISSN 1414-8145.

H, CHEEVER, K., BRUNNER, Sholtis, SUDDARTH, Smith. Brunner & Suddarth | **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 13ª edição. Guanabara Koogan, 2015.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.Melo. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma p.o posta. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2011, vol.45, n.2, pp. 527-532. ISSN 0080-6234.

POP INT 015 – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (SAE)

I. Objetivo

Planejar e organizar a assistência de enfermagem a fim de proporcionar um cuidado individualizado, terapêutico e seguro. Privativo ao enfermeiro a avaliação e prescrição de cuidados, cabendo o mesmo a reavaliação, abordagem da família e equipe com foco na contribuição de melhoria da saúde, promoção, prevenção e reabilitação.

II. Materiais

- Histórico de enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem/Gerenciamento de risco;
- Avaliação de enfermagem/Classificação;
- Prescrição de enfermagem;
- Evolução de enfermagem;
- Reavaliação e planejamento de metas;
- Orientação /Educação;
- Planejamento de alta.

III. Abrangência

Setores assistenciais

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. Conceitos

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica utilizada pelo enfermeiro para sustentar a gestão do cuidado de enfermagem. A SAE é composta por várias fases para fortalecer o julgamento e tomada de decisão clínica assistencial do enfermeiro quanto à priorização, delegação, gestão do tempo e contextualização do ambiente cultural do cuidado prestado. O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

- 1) **Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem):** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

2) **Diagnóstico de Enfermagem:** processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

3) **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

4) **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5) **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

IV.II. Planejamento de cuidados de enfermagem do HMTJ - Rotinas do Enfermeiro:

- Admitir o usuário/cliente no setor, realizando entrevista individual coletando dados necessários para melhor planejamento de seus cuidados e orientação da equipe;
- Realizar o levantamento de Diagnósticos de enfermagem e gerenciamento de riscos seguindo os protocolos clínicos e assistências;
- Sinalizar riscos e proporcionar ao usuário/cliente/familiar orientações e esclarecimentos adequados procurando melhor envolvimento e entendimento dos

cuidados prestados;

- Aplicar a Escala de Fugulin para proporcionar classificação quanto ao grau de dependência e orientação de cuidados individualizados conforme Sistema de classificação do paciente (SCP) – Escala de Fugulin PRS ENF 071.
- Aplicação das escalas: Braden, Morse, Risco para TEV, Avaliação da integridade cutânea e Escala de Mews.
- Orientar usuário/familiar/responsável e equipe conforme scores das escalas descritas nos documentos institucionais: Prevenção de Lesão por Pressão -PRS ENF 032 ,PRS HMTJ 104 - RISCO DE QUEDAS ,PTC.
- CLM 016 - PROFILAXIA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA DE TEV, PRS HMTJ 200 ,PRS HMTJ 138 - GERENCIAMENTO DE RISCO E e PRS ENF 071(Sistema de classificação do paciente (SCP) – Escala de Fugulin)
- Realizar a transcrição dos dados do cliente/usuário no passante de enfermagem contendo todas informações importantes e necessárias para a transição dos cuidados ;
- A Evolução de enfermagem é realizada no prontuário eletrônico, devendo ser registrada toda a assistência prestada ao usuário/paciente nas 24hs, separando os plantões diurnos e noturnos , que proporcione a quem está recebendo ou passando o plantão a continuidade da assistência condizente com o quadro clínico do paciente e sua programação de cuidados, pendências e ou criticidade;
- O plano de alta deve ser direcionado para atendimento às necessidades individuais do paciente, e com orientações específicas, contrarreferência e acolhimento do familiar/responsável assegurando a continuidade dos cuidados com objetivo de reabilitação do paciente/cliente.

V. Siglas e Definições.

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

COFEN. RESOLUÇÃO nº 358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

LEI N.º 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

POP INT 016 – FOLHA DE REGISTRO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS

I. Objetivo

A folha de controle dos sinais vitais tem como objetivo o controle ou monitorização de líquidos ingeridos, infundidos e eliminados nas 24 horas e o controle dos sinais vitais. Permite mensurar e avaliar as condições vitais do paciente; o funcionamento do sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema termorregulador e hemodinâmico do paciente. Nos proporciona resultados que nos direciona o planejamento e execução de uma assistência integral e multiprofissional ao paciente.

II. Materiais

- Caneta;
- Impresso Folha de Sinais Vitais Unidade de Internação;
- Frasco graduado para mensuração e descarte de secreções;
- Equipamento de proteção individual (EPI) – luvas de procedimento, máscara, capote e óculos;
- Calculadora;
- Termômetro;
- Esfigmomanômetro portátil ou com rodas;
- Oxímetro de pulso.

III. Abrangência

Unidades de Internação.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. Cabe ao Enfermeiro

- Supervisionar as anotações realizadas em impresso próprio, nas 12 horas do plantão;
- Lançar em folha de balanço hemotransfusões e administração de Nutrição Parenteral Total (NPT);
- Fechar o balanço hídrico ao término de 24 horas (às 06h);
- Comunicar alterações dos valores obtidos ao Médico Plantonista;
- Conferir os dados da folha de sinais vitais e o campo de tempo de permanência e local;
- Conferir e supervisionar os dias dos dispositivos invasivos e antibióticos;

II. Cabe ao Técnico de Enfermagem

- Abrir a folha dos sinais vitais no momento da admissão, registrando no impresso próprio: nome, data, prontuário, data de nascimento, tipo de isolamento caso haja, alergia medicamentosa e leito (assinando e carimbando o impresso).

- Parâmetros fisiológicos e hemodinâmicos: será avaliado de 06/06h, ou conforme prescrição médica e de enfermagem, de acordo com a gravidade do paciente.
- Os pacientes em "cuidados paliativos" definidos pela equipe multidisciplinar podem ser registrados a cada 6h.
- Medir e registrar conforme rotina de registros: SSVV: temperatura axilar (T.ax); Frequência Cardíaca (FC); Frequência Respiratória (FR); Pressão Arterial (PA), Saturação de O2 (Sat O2); Glicemia (HGT).
- Calcular e anotar o escore de Mews de 06/06 horas ou sempre que necessário, sendo que quando o valor for superior a dois o enfermeiro deverá ser informado;
- As glicemias de horário deverão ser lançadas no impresso contendo a correção de insulina quando necessário, além da checagem nas prescrições;
- Todo o líquido oferecido ao paciente deverá ter seu volume medido e registrado no impresso do controle hídrico, na coluna correspondente a líquidos administrados;
- Lançar no BH todos os líquidos parenterais com volume $\geq 50\text{ml}$;
- As infusões parenterais entrarão na coluna de líquidos administrados e as enterais recebidas pelo paciente devem ser anotadas na coluna corresponde à nutrição;
- Toda alimentação oferecida via oral, deverá ser anotada na coluna referente à nutrição – dieta e líquidos. Estimativas de volume correspondentes à dieta: almoço e jantar: 400 gramas; líquida: cada copo :200ml.
- Todo líquido eliminado pelo paciente deve ser medido e anotado na coluna corresponde às perdas
- - Líquidos drenados (diurese, vômito, secreções, filtrado de diálise e fezes) durante os plantões diurnos e noturnos a cada 12h;
- Obs: vômitos/ urina em fraldas / fezes: 200ml por episódio, ou seja, cada cruz equivale a cerca de 50ml.
- O registro da secreção proveniente do dreno de tórax será lançado a cada 24h e a troca do selo d'água será feito a cada 12h (às 18h e às 06h);
- Os fluidos que não puderem ser medidos poderão ser avaliados utilizando-se símbolos como: Pequena quantidade: +/4; Média quantidade: ++/4 ou +++/4; Grande quantidade: ++++/4 (onde cada + equivale a 50ml);
- Fechar o balanço hídrico no horário determinado (06h e 18h). Somam-se todos os

líquidos administrados (água, dieta enteral, soro, drogas) e subtrai-se o valor total eliminado (diurese, fezes, vômito, débito de cateter nasogástrica ou nasoenteral). O valor poderá ser positivo ou negativo;

- Quando o valor for positivo, significa que o paciente está eliminando menos do que está recebendo de líquidos;
- Quando o valor for negativo, significa que o paciente está eliminando mais do que está recebendo de líquidos;
- Ao término de cada plantão de 12 horas fazer o transporte dos valores das infusões para a nova folha de balanço hídrico;
- Admissão do paciente inicia como D1;
- Todo antibiótico inicia como D0;
- Tempo de permanência de acessos, sondas, drenos deverão ser iniciados como D0. Em caso de troca de TOT, TQT, SNE, SNG manter a contagem do tempo. Se for CVD, AVC, AVP, drenos, iniciar a contagem de D0;
- Parâmetros da oxigenoterapia: colocar via: cânula nasal, máscara facial com reservatório, macrovaporização ou tubo T e suporte de O2 em número de litros;
- A verificação da dor deverá ser feita utilizando a escala de dor, padronizada na instituição, em todos os clientes hospitalizados e, principalmente, os que apresentarem dor aguda de repetição ou dor crônica, sendo essa avaliação necessária antes e após a aplicação do analgésico prescrito ou realização de procedimentos que causem dor.
- No verso do impresso de sinais vitais a enfermagem deverá registrar os valores referidos após a avaliação da escala de Dor, obedecendo os horários de avaliação a cada 4hs, se o paciente não queixar dor apenas colocar "0" e assinar, caso queixa dor: pesquisar score de dor seguindo a tabela de EVA ou Escala Numérica conforme avaliação do estado de consciência/cognição do paciente do formulário em anexo;
- A mensuração deverá ser feita através dos escores que vão de 3 a 10. Escore maior que 7 é considerado inaceitável.
- Caso não tenha prescrição de medicamento conforme a dor mensurada, comunicar ao médico responsável.
- A anotação da dor referida deverá ser feita na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Escala para avaliação da dor em (Valor/Reav.)", com os valores

numéricos referentes à intensidade.

- Quando se fizer necessária intervenção medicamentosa para o controle da dor, esta deverá ser mensurada novamente após uma hora e proceder anotação na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Conduta".
- A anotação na Folha de Sinais não substitui a anotação de Enfermagem no sistema TOTVs que deverá conter os dados de início da dor, localização, intensidade, periodicidade dos episódios dolorosos e fatores de melhora ou piora, descrição da intervenção realizada e reavaliação.
- As medidas não-farmacológicas a serem utilizadas no controle da dor compreendem cuidados de enfermagem como: massagem e estimulação cutânea, terapias com gelo e calor, distração e relaxamento. Seu uso deverá ser concomitante com medidas farmacológicas, a fim de garantir sua eficácia e promover conforto ao cliente.
- A equipe de enfermagem ao realizar procedimentos que causem dor nos clientes, principalmente curativos, banho ou movimentação, deverá administrar analgesia prescrita pelo médico, com pelo menos 30 minutos de antecedência.
- Em caso de persistência da dor, deve-se adequar a intervenção ou solicitar avaliação médica.
- A analgesia administrada através de cateter peridural deverá ser realizada por médico anestesiológico.
- Notificar as não conformidades relacionadas a demora na entrega de medicamentos analgésicos pelo serviço da farmácia, que possa dificultar o processo de recuperação da dor do paciente.
- O horário padrão para verificação dos sinais vitais serão:
 - **2/2h** - 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4, 6.
 - **4/4h** - 10, 14, 18, 22, 06.
 - **6/6h** - 12, 18, 24, 06.
 - **8/8h** - 14, 22, 06.
- Observações de enfermagem deverão ser lançadas no Sistema RM contendo todas as intercorrências ocorridas durante o plantão;
- Toda a assinatura contida na folha de sinais vitais deverá ter o nome de forma legível, e carimbar nos rodapés impresso;
- Em caso de rasura: passar o impresso a limpo.

V. Siglas e Definições.

BH: Balanço Hídrico.

Tº: Temperatura Axilar.

FC: Frequência Cardíaca.

FR: Frequência Respiratória.

PA: Pressão Arterial.

SAT: Saturação.

TOT: Tubo Orotraqueal.

TQT: Traqueostomia


SSVV: Sinais Vitais;


EVA: Escala Visual Analógica

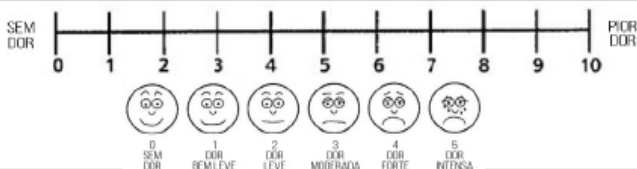
HGT: Glicemia

VI. Anexos

Folha de Controle de Sinais Vitais – Unidades de Internação

| Alérgico a: | | ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|---|----|-----------------------------|----|-----------------|----|--------------------------|------------------------|-----------|-------|-------------|-------|-------------|----------|--------|---------|--|-------------------|-------|--------|-------|--------------------|--------|------|
| | | ENFERMAGEM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Título: CONTROLE DE SINAIS VITAIS - UNIDADE DE INTERNAÇÃO | | Data Nascimento: | | | | Data Entrada: | | | | Prontuário: | | | | Setor: | | Data: | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parâmetros Hemodinâmicos | | | | | | SCORE DE MEWS | Líquidos Administrados | | | | | | Nutrição | | | | Líquidos Drenados | | | | | | |
| hora | Fc | Tº | PA | SAT | Fr | | TIPO | Q.IND | Q.ADM | TIPO | Q.IND | Q.ADM | DIETA | | LÍQUIDO | | DIURESE | FEZES | VÔMITO | DRENO | DRENO ¹ | OUTROS | ASS. |
| 7H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL: 12 HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL: 12 HORAS | | PESO | | ACESSO PROFUNDO | | | | DRENO (1) | | | | ANTIBIÓTICO | | | | | | | | | | | |
| ISOLAMENTO: | | VENÓCLISE | | | | DRENO (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SONDA ENTERAL | | | | TROCA EQUIPO/TORNEIRINHA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SONDA VESICAL | | | | SISTEMA DE ASPIRAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL: | | TRAQUEOSTOMIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE ENFERMAGEM | | | | | |  <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE TERAPIA INTENSIVA DE SAÚDE</small> | | | |
|---|-------|---------|-------------|---------|------------------|---|----------------|------------------|------|
| CONTROLE DE SINAIS VITAIS - UNIDADE DE INTERNAÇÃO | | | | | | Data: | | | |
| ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR | | | | | GLUCEMIA CAPILAR | | | | |
| HORA | VALOR | CONDUTA | VALOR/REAV. | CONDUTA | ASS. | HORA | VALOR EM MG/DL | INSULINA R EM UI | ASS. |
| 07h | | | | | | 07h | | | |
| 08h | | | | | | 08h | | | |
| 09h | | | | | | 09h | | | |
| 10h | | | | | | 10h | | | |
| 11h | | | | | | 11h | | | |
| 12h | | | | | | 12h | | | |
| 13h | | | | | | 13h | | | |
| 14h | | | | | | 14h | | | |
| 15h | | | | | | 15h | | | |
| 16h | | | | | | 16h | | | |
| 17h | | | | | | 17h | | | |
| 18h | | | | | | 18h | | | |
| 19h | | | | | | 19h | | | |
| 20h | | | | | | GLUCEMIA CAPILAR | | | |
| 21h | | | | | | | | | |
| HORA | VALOR | CONDUTA | VALOR/REAV. | CONDUTA | ASS. | HORA | VALOR EM MG/DL | INSULINA R EM UI | ASS. |
| 22h | | | | | | 20h | | | |
| 23h | | | | | | 21h | | | |
| 24h | | | | | | 22h | | | |
| 01h | | | | | | 23h | | | |
| 02h | | | | | | 24h | | | |
| 03h | | | | | | 01h | | | |
| 04h | | | | | | 02h | | | |
| 05h | | | | | | 03h | | | |
| 06h | | | | | | 04h | | | |
| | | | | | | 05h | | | |
| | | | | | | 06h | | | |



CARIMBO E ASSINATURA:

VII. Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

<http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/entenda-os-principais-aspectos-do-equilibrio-hidroeletrolitico/> <https://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/08/balanco-hidrico-e-os-cuidados-de.html>

POP INT 017 – ROTINA DIÁRIA UNIDADES DE INTERNAÇÃO

I. Objetivos

Padronizar as rotinas diárias do corpo clínico com auxílio da equipe multidisciplinar, esclarecendo as dúvidas e implementando os processos assistenciais.

II. Materiais

- ✓ Papel A4.
- ✓ Caneta.

III. Abrangência

Unidades de Internação.

IV. Descrição dos passos da atividade

Pacientes procedentes de outra instituição:

Ler atentamente a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) direcionada à unidade de internação e avaliar critérios de aceitação com médico especialista e coordenação do serviço. Após aceitação comunicar o enfermeiro assistencial a liberação da vaga.

Critérios de aceitação:

Pacientes com diagnóstico clínico em cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, infectologia, nefrologia, clínica Médica, neurologia clínica, endocrinologia.

Pacientes que não devem ser aceitos, somente com autorização da alta direção:

Trauma crânio facial com comprometimento neurológico, neurologia cirúrgica, neoplasia estabelecida, pacientes com indicação de CPRE.

Pacientes procedentes de outras especialidades:

A transferência é solicitada por algum médico do Corpo Clínico ou da especialidade mediante avaliação do mesmo e solicitação de parecer. O paciente só será transferido para outro serviço somente após resposta do parecer solicitado, assumindo então o referido paciente.

Admissão pelo corpo clínico:

- Tentar esclarecer toda história clínica pertinente ao caso. Verificando informações

com familiares e/ou acompanhantes. Portanto, admita o paciente com descrição em prontuário

médico de todas as informações pertinentes e disponíveis.

- Elaborar anamnese de acordo com Propedêutica Médica.
- Realizar exame físico completo e descrevê-lo no prontuário eletrônico.
- Elaborar hipóteses diagnósticas e sumarizar as comorbidades existentes.
- Elaborar as condutas iniciais conforme quadro clínico.
- A evolução médica deve conter: dias de internação, dias do uso de ATB, procedimentos relacionados ao tratamento, condutas discutidas com staff.
- Preencher ficha de internação escrever o Diagnóstico Provisório.
- Elaborar prescrição médica;

Exames e Pareceres médicos urgente e não urgente:

- Toda solicitação de exame/ parecer deverá conter: Nome completo do paciente, prontuário, leito e data, além da indicação médica do mesmo. Em caso de urgência escrever em cima do pedido e comunicar enfermeira plantonista.
- Todo pedido deve ser entregue ao enfermeiro de plantão, para que o mesmo seja encaminhado/solicitado.
- Discutir a necessidade de solicitar pareceres médicos com o staff responsável do dia. Pareceres de urgência devem ser solicitados imediatamente. Os pareceres não urgentes, discutir com o diarista do dia.

OBSERVAÇÕES:

- Manter evolução organizada.
- Checar exames laboratoriais e culturas solicitadas diariamente e transcrevê-los na evolução clínica diária.

Prescrição médica:

- A prescrição médica é um documento médico e, como tal, ela deve ser clara, objetiva, sem rasuras e ORGANIZADA.
- Prescrições desorganizadas, pouco claras e não objetivas geram mais erros e falha de comunicação com possível comprometimento do quadro do paciente.
- Só serão aceitas modificações nas prescrições de caneta feitas ou orientadas pela coordenação médica ou diante intercorrências no setor, escritas sem rasura,

com letra legível, carimbadas e assinadas. As demais alterações devem ser feitas no sistema a

fim de evitar erros e/ou falhas em sua administração.

- Não serão aceitos acréscimo manual no rodapé da prescrição médica.
- As alterações realizadas na prescrição vigente devem ser consideradas na elaboração da próxima prescrição, mantendo a organização e clareza da informação. Estas alterações devem estar carimbadas e assinadas.
- As solicitações de medicações prescritas como sendo ACM devem ser carimbadas e assinadas na prescrição diante solicitação de administração.
- TODAS as prescrições de rotina médicas realizadas pelo diarista deverão ser impressas até as 12hs.
- A solicitação do antimicrobiano deverá ser feita via Sistema com preenchimento correto de todos os dados.
- As solicitações de Não Padrão deve ser feita em formulário específico com preenchimento completo de todos os campos, contendo assinatura do Staff.

Estabelece-se, portanto, uma ordem de prescrição:

- Dieta (zero, enteral ou parenteral) – em caso de dieta oral, prescrever o tipo: livre, branda, pastosa.
- Hidratação venosa.
- Antimicrobianos.
- Medicações de uso endovenoso de horário.
- Medicações de uso intramuscular de horário.
- Medicações de uso subcutâneo de horário.
- Medicações de uso oral/enteral de horário.
- Medicações de uso inalatório de horário.
- Medicações de uso de uso tópico de horário.
- Controle glicêmico (inclui esquema de insulina regular para correção e glicose hipertônica para correção de hipoglicemia).
- Medicações de uso ACM E SN (inclui sedação contínua, drogas vasoativas, antieméticos, analgésicos, cristaloides, diuréticos, medicações endovenosa/intramuscular/subcutânea/oral/enteral quando ACM ou SN).
- Contenção mecânica no leito, não poderá estar prescrito SN ou ACM, deverá

estar prescrito contenção química e aprazado pelo enfermeiro.

- Oxigenoterapia, SN.
- Cuidados e controles de enfermagem.

Visita familiar:

- Apresentar-se aos familiares como médico assistente orientado por staff da especialidade;
- Acolher o paciente e a família;
- A visita deve ser feita pela equipe multidisciplinar quando possível;
- Promover boa comunicação;
- Relatar de forma clara a evolução clínica do paciente até o momento;
- Comunicar má notícia sempre que necessário, de forma empática e objetiva;
- Contornar as situações de stress;
- Evitar falar dados científicos para a família, quando possível;
- Deixar bem claro, quando necessário, que o ambiente hospitalar é um ambiente de risco para qualquer paciente, principalmente o risco de infecções, que por mais que utilizamos técnicas assépticas, os pacientes correm risco de adquirir infecções, uma vez que estão debilitados;
- Orientar familiares sobre precaução relacionadas.

Intercorrências:

Toda intercorrência deve ser informada ao médico assistente e/ou internista pela equipe multidisciplinar e, o mesmo, deve procurar solucioná-la a tempo e a hora. No turno noturno o acionamento deverá ocorrer ao médico plantonista conforme escala.

- Os médicos plantonistas devem se apresentar junto com o residente, a fim de evitar transtornos em caso de alguma intercorrência,
- Os médicos não deverão se ausentar do plantão sem que o próximo plantonista assumo o mesmo,
- Toda intercorrência ou conduta que interfere no curso terapêutico do paciente DEVE ser relatada em prontuário, a exemplo de troca de esquema antimicrobiano, pedido de pareceres e troca de dispositivos invasivos.
- Fazem parte desse processo a equipe de enfermagem que está responsável

pelo paciente e o médico internista.

- Nos casos de atendimento a SEPSE a farmácia e o laboratório deverão otimizar seus processos para o cumprimento da hora ou no atendimento.

Alta:

- Ela poderá ser estabelecida pelo médico assistente. A alta deve ser preferencialmente discutida no Round com a equipe multidisciplinar.
- Após a decisão da alta o enfermeiro deve ser comunicado, para que este providencie a liberação do paciente.
- A alta hospitalar é realizada através do preenchimento do sumário de alta que inclui o diagnóstico da patologia com CID além do resumo da evolução e orientação pós alta. Deverá também ser preenchida alta hospitalar na evolução médica e evolução de enfermagem. Por fim, é preenchido o diagnóstico definitivo e assinado a folha de admissão.
- Nos casos de alta a pedido pelo paciente deverá ser assinada no verso da ficha de internação, assim como todas as informações desta preenchida. A equipe deverá evoluir no sistema e comunicar a recepção.

Óbito do paciente:

- Evoluir no sistema a intercorrência e o horário do óbito.
- Solicitar ao enfermeiro plantonista para ligar para a família para que o médico assistente ou plantonista comunique o óbito. Após isto evoluir no sistema a hora avisada, grau de parentesco e nome.
- Preencher a Ficha de internação do prontuário, imprimir o Sumário de alta e imprimir a última evolução e assinar.
- Preencher a Declaração de óbito e/ou encaminhamento do corpo ao IML.
- Abrir formulário especiais especiais no sistema TOTVS (comissão de óbito).

Transferência do paciente para outra instituição:

- O médico determina o tipo de transporte necessário para a transferência.
- A equipe de enfermagem deve comunicar o médico assistente ou plantonista para evoluir paciente no sistema que será transferido para outra instituição.
- Evoluir no sistema local e horário da transferência.
- Avaliar o paciente antes da transferência.
- Preencher a Ficha de internação do prontuário, imprimir o Sumário de alta e imprimir a última evolução e assinar.
- O enfermeiro deverá fazer o xérox da última prescrição, controle de enfermagem e Exames complementares.
- O enfermeiro deverá acionar o transporte.

Rotina diária do técnico de enfermagem:

- Recebimento do plantão contendo todas as informações necessárias para manter a continuidade da assistência
- Avaliar o seu paciente e o leito que foi recebido como um todo no período das 12 horas
- Trocar e datar equipos
- Administrar dieta enteral dentro do prazo de validade (24hs) e volume infundido conferido pelo prescrição nutricionista.
- Realizar registros e controles de enfermagem
- Etiquetar medicações em uso (pomadas, gotas, etc) com etiqueta preenchida constando: "Data de abertura" e "Validade após abertura"
- Checar prescrições e carimbar nos rodapés com assinatura legível.

Rotina durante a realização das trocas e banho:

- Higiene oral realizada
- Fixador de TQT centralizado, limpo.
- Curativos realizados com micropore datados e trocados de 24/24hs e/ou SN
- Mudança de decúbito realizada
- Trocar fixação de SNE

- Uso dos travesseiros e coxins para posicionamento do paciente - não utilizar lençol
- Elevação dos calcâneos sem estar encostando na cama

Ao término do plantão:

- Diurese desprezada no final do plantão, frasco de transporte limpo.
- Leito devidamente limpo, organizado e com materiais necessários para realização das atividades do próximo plantão.

Rotina diária do Enfermeiro:

- Passagem de plantão
- Conferência dos glicosímetros do setor
- Passagem de pendências e intercorrências deixadas no setor
- Verificação dos funcionários de acordo com a escala, e remanejamento dos mesmos conforme necessidade
- Verificar dimensionamento de pessoal/atribuições
- Após a abertura do Carrinho de emergência a responsabilidade da conferência TOTAL (medicações e materiais) e o levantamento dos mat/med com os lotes para solicitação é do enfermeiro. O mesmo deverá guardar no CE e lacrá-lo anotando o novo lacre na Planilha "Mapa de Utilização do Carrinho de Emergência".
- Supervisionar e cobrar as pendências da equipe de enfermagem;
- Gerenciar equipe;
- Verificar escala, organizar horários de almoço/horário de descanso e divisão de pacientes para obanho e cuidados integral.
- Inserir e manter na equipe o comprometimento com a vida e a excelência da qualidade de atendimento ao cliente;
- Acompanhar o médico em cuidados e técnicas especiais;
- Admitir pacientes em tratamento clínico, cirúrgico e em pós-operatório, iniciando Sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes indicados com Fugulin acima de 21.
- Realizar check list de conferência dos CE, Bala de O2, temperatura da geladeira e laringoscópio
- Supervisionar e orientar preparo de exames;
- Avaliar os registros dos técnicos de enfermagem;
- Estar a par de todos os acontecimentos do plantão relacionados aos colaboradores, pacientes,

aparelhagem e materiais e registrar no livro de ocorrências

- Realizar visita e avaliar os pacientes de acordo com o perfil de complexidade
- Evoluir no sistema.
- Atender intercorrências
- Levar pacientes para exames acompanhado pelo médico conforme a gravidade, preencher Check-List de movimentação segura.
- Realizar Fugulin, Braden, Mews, Escala de Morse, LPP e protocolo de TEV na admissão em todos os pacientes através do sistema.
- Atualizar protocolo de TEV em pacientes cirúrgicos após 48h e imediatamente após realização de cirurgia. Realizar nos pacientes clínicos sempre que houver mudanças clínicas.
- Realizar a prescrição de enfermagem de acordo com o diagnóstico de enfermagem estabelecido e Fugulin acima de 21.
- Definir a realização de mudança de decúbito de acordo com a Escala de Braden
- Realizar aprazamento das prescrições médicas.
- Verificar os exames a serem colhidos e encaminhados para agendamento.
- Realizar curativos especiais e supervisionar curativos simples a cargo dos técnicos em enfermagem.
- Evoluir as intercorrências no sistema
- Atender intercorrências
- Levar pacientes para exames acompanhado pelo médico conforme a gravidade
- Acompanhar o médico durante a visita familiar de leito a leito quando necessário
- Participar do Round multidisciplinar às Terças feiras, 13:30 horas e relatar no prontuário as informações discutidas com o Título: Round multidisciplinar.
- Relato e registro de intercorrências dos pacientes conhecidos, admissões de pacientes não conhecidos.
- Verificar os exames a serem colhidos e encaminhados para agendamento
- Realizar curativos especiais e supervisionar curativos simples a cargo dos técnicos em enfermagem.

V. Siglas e Definições

ACM: A critério médico.

SNE: Sonda Nasoentérica.

PA: Pressão arterial.

CPRE: Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

ATB: Antibiótico.

SN: Se necessário.

CME: Central de material esterelizado.

CE: Carrinho de Emergência.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

POP INT 018 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE (SCP) – ESCALA DE FUGULIN

I. Objetivo

O Sistema de classificação do paciente (SCP) – Escala de Fugulin tem por objetivo identificar o perfil dos clientes, em relação à complexidade assistencial e de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem, através do SCP Fugulin, para realizar a gerência/dimensionamento dos recursos humanos da enfermagem.

Para tanto, o instrumento de Fugulin estabelece uma relação direta entre a complexidade assistencial do paciente e as horas de assistência de enfermagem para as categorias profissionais. Essa relação serve como parâmetro para o dimensionamento de pessoal estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem, atualmente por meio da Resolução COFEN Nº 293/2004, que determina os parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. A Classificação de clientes possibilita estimar a demanda de cuidados de enfermagem, sendo essencial para dimensionar pessoal, planejar custos e garantir o padrão de qualidade da assistência. O quadro a seguir conceitua e descreve a classificação da complexidade assistencial do paciente conforme a pontuação da escala Fugulin.

Quadro 1: Conceituação e descrição da classificação da complexidade assistencial do paciente conforme a pontuação da escala Fugulin.

| Complexidade assistencial | Pontuação | Conceito |
|---------------------------|-----------|--|
| Cuidados Intensivos | > 31 | Pacientes recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada. |
| Cuidados Semi-Intensivos | 27 - 31 | Pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada. |
| Alta Dependência | 21 - 26 | Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. |
| Cuidados Intermediários | 15 - 20 | Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas. |
| Cuidados Mínimos | 9 - 14 | Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. |

II. Materiais

- Computador;
- Impressora;
- Folha A4;
- Sistema RM TOTV´s (Prontuário eletrônico);
- Caneta;
- Carimbo.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- O SCP Fugulin et al. (1994), deverá ser aplicado pelo enfermeiro(a) a todos os clientes adultos admitidos ou que já estejam internados nas enfermarias, uma vez ao dia e repetir a cada 24 horas;
- As unidades de internação que possuem uma rotatividade alta de pacientes como a Unidade 2 (obstetrícia e CPN), o enfermeiro deverá utilizar os SCP Fugulin et al. (1994) somente nos clientes que permanecerão internados por períodos superiores a 24 horas.
- A classificação dos clientes deverá ser dividida pelos enfermeiros dos turnos: diurno e noturno em plantões pare ímpar.
- Na unidade de Alojamento Conjunto (AC) as puérperas deverão ser classificadas como cuidado intermediário (embora apresentem perfil para cuidado mínimo), uma vez que, a assistência de enfermagem contempla também o recém-nascido (RN).
- O enfermeiro assistencial poderá utilizar o consolidado para dimensionar o quantitativo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para cobertura assistencial, elaborando escalas e atribuições de acordo com a classificação do grau de dependência do paciente.
- Os registros deverão ser realizados na evolução de enfermagem;
- Juntamente à aplicação da escala, o enfermeiro das unidades avaliam também os riscos assistenciais e protocolos institucionais com foco em prestar uma assistência segura ao paciente, durante a admissão do paciente e diariamente pelos

enfermeiros plantonistas através da “Evolução de Enfermagem” no sistema RM TOTVS, além da realização “Prescrição da Assistência de

- Enfermagem” para paciente com pontuação no score de Fugulin >21 e que após definição dos riscos este são identificados em placas específicas fixadas em cada leito.

V. Siglas e Definições.

- SCP: Sistema de classificação do paciente
- CPN : Centro de Parto Normal
- AC: Alojamento Conjunto

VI. Anexos

| ÁREA DE CUIDADO | GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL | | | |
|------------------|---|---|--|--|
| | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Estado Mental | Inconsciente | Períodos de inconsciência | Períodos de desorientação no tempo e no espaço | Orientação no tempo e no espaço |
| Oxigenação | Ventilação mecânica (uso do ventilador a pressão ou a volume) | Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio | Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio | Não depende de oxigênio |
| Sinais Vitais | Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas | Controle em intervalos de 4 horas | Controle em intervalos de 6 horas | Controle de rotina (8 horas) |
| Motilidade | Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem | Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem | Limitação de movimentos | Movimenta todos os segmentos corporais |
| Deambulação | Restrito ao leito | Locomoção através de cadeira de rodas | Necessita de auxílio para deambular | Ambulante |
| Alimentação | Através de cateter central | Através de sonda nasogástrica | Por boca com auxílio | Auto-suficiente |
| Cuidado corporal | Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem | Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem | Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral | Auto-suficiente |
| Eliminação | Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese | Uso de comadre ou eliminações no leito | Uso de vaso sanitário com auxílio | Auto-suficiente |
| Terapêutica | Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A. | E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica | E.V. intermitente | I.M. ou V.O. |

III. Referências

Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994.

Groot HA. Patient classification system evaluation. Part 2: System selection implementation. *J Nurs Adm* 1989 July-August; 19(7): 24-30.

Fugulin MFT, Silva SH, Shimizo HE, Campos FPF. Implantação do Sistema de Classificação de Pacientes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitária de São Paulo. **Rev. Med HU-USP**. 1994; 4 (1/2):63-8.

Fugulin FMT, Gaidzinski R, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005; 13(1):72-8.

Conselho Regional de Enfermagem [Página na internet]. São Paulo: Conselho Federal de Enfermagem; [Acesso em 2004 novembro 14]. Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucao293.html>.

POP UTI 001- ADMISSÃO DOS PACIENTES NA UTI ADULTO

I. Objetivos

Padronizar as indicações e o recebimento do paciente na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI- A), com o objetivo de efetuar um tratamento humanizado e integral durante sua estadia no setor, facilitando assim sua adaptação e gerenciando os riscos.

A função da Terapia Intensiva é ser um serviço para internação de pacientes com condições potencialmente recuperáveis que irão se beneficiar de observação e tratamento intensivo e ainda pacientes doadores que necessitem da manutenção de órgãos, os quais não podem ser providos em outras áreas do hospital.

II. Materiais

- Impressos padronizados no setor (Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição: médica e de enfermagem; Evolução: médica e de enfermagem; Laudo SUS, Balanço Hídrico, Ficha de Admissão Fisioterapêutica, Ficha de avaliação de Lesão por Pressão, Escala de Braden, Protocolo de TVP;

- Carimbo;

- Caneta;

- Box preparado contendo: 01 monitor multiparâmetros completo com (cabos de ECG, oximetria de pulso e monitorização eletrocardiográfica), estetoscópio, termômetro, 05 eletrodos, almotolias (01 Álcool 70% e 01 Sabonete líquido), sistema de gases (ar comprimido, oxigênio), sistema de aspiração (válvula de vácuo, sondas aspiração e luvas de ginotoque), cama elétrica com enxoval, suporte ventilatório

(Respirador mecânico, copo umidificador, AMBÚ) e cinco bombas de infusão contínua (BIC) para administração de dieta;

- Impresso "Check List do Leito UTI Adulto".

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I. - Antes de decidir pela internação no Setor de UTI Adulto, o médico deverá ponderar:

- Bom prognóstico x prognóstico ruim;

- Probabilidade de benefício;

- Expectativa de vida devido à doença;
- Qualidade de vida prévia;
- Desejos do paciente;
- Compromisso com o atual paciente supera novos pacientes.

IV.II. - A decisão de internação em UTI

- Como a demanda de pacientes com indicação de UTI supera o número de vagas disponíveis, o médico enfrenta diariamente a necessidade de escolher qual paciente terá mais benefício com o tratamento intensivo. Esta escolha passa por algumas variáveis a serem consideradas:
 - Gravidade do paciente, o que inclui prognóstico de sua doença e comorbidades.
 - Qualidade de vida prévia à internação.
 - Possibilidade de recuperação.

Ao examinar o paciente avalie 03 possibilidades:

1.PACIENTE COM INDICAÇÃO DE UTI – PROCEDA A SOLICITAÇÃO DA VAGA IMEDIATA.

Tem indicação de internação em UTI todo paciente com instabilidade hemodinâmica, respiratória, neurológica ou infecciosa ou com grande potencial de evolução para instabilidade que necessite cuidados intensivos com potencial a recuperação e pacientes possíveis doadores de órgãos.

Critérios de admissão no UTI:

Prioridade 1: pacientes instáveis – aqueles que requerem tratamento e monitorações intensivas tais como; suporte respiratório, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou suporte circulatório – possuem alta probabilidade de benefício.

Prioridade 2: pacientes estáveis com alto risco de deterioração aguda – requerem monitoração intensiva, tais como: risco iminente de descompensação e/ou com comorbidades graves em eventos agudos.

Prioridade 3: pacientes instáveis com chance reduzida de recuperação. São pacientes críticos porem com baixa probabilidade de recuperações tais como: doença de base grave com prognóstico reservado antes da piora clínica; doença aguda grave com falência múltipla de 2 ou 3 órgãos. Nestes casos os limites terapêuticos devem ser estabelecidos (intubação, manobras de RCP e outros).

2.PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO – PORÉM SEM BENEFÍCIO DE UTI.

- São pacientes ditos "muito graves para UTI" tais como:
- Morte encefálica, exceto possíveis doadores;
- Estados vegetativos permanentes;
- Câncer metastático intratável;
- Pacientes em caquexia terminal por doenças diversas;
- Falência de múltiplos órgãos (4 órgãos);
- Pacientes que recusem tratamento.

Importante: Com o aumento da vida média, vem ocorrendo com muita frequência nos setores de emergência uma má interpretação em relação aos benefícios que um paciente em fase terminal terá ao ser internado em UTI. Em muitas situações, existem apenas falta de esclarecimento a família (geradora da internação) da real situação clínica do paciente e dos malefícios que ele terá ao ser internado nestas unidades. Se após toda avaliação e ponderação houver dúvida quanto aos benefícios de Terapia Intensiva, indique a internação do paciente.

3. Paciente sem indicação de UTI – Não necessita de UTI para sua recuperação ou a internação em UTI pode trazer maiores custos do que benefícios para o paciente – proceda à internação em outro setor do hospital.

IV.III. - Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI

Distúrbios do Sistema Cardiovascular:

1. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com complicações;
2. Choque cardiogênico;
3. Arritmias complexas, requerendo monitorização contínua e intervenção;
4. Insuficiência cardíaca Congestiva (ICC) aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico;
5. Emergências hipertensivas;
6. Angina instável, particularmente com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente;
7. Parada Cardiorrespiratória (PCR);
8. Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica;

9. Aneurisma dissecante da aorta;
10. Bloqueio cardíaco completo.

Sistema Pulmonar

1. Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório;
2. Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica;
3. Paciente em unidade intermediária com deterioração respiratória;
4. Necessidade de cuidados de enfermagem / fisioterapia não disponível em áreas como andares de apartamentos / enfermarias / semi-intensiva;
5. Hemoptise maciça;
6. Insuficiência respiratória com necessidade de intubação imediata.

Doenças Neurológicas

1. Doença vascular cerebral aguda com alteração no nível de consciência;
2. Coma metabólico, tóxico ou anóxico;
3. Hemorragia intracraniana com risco de herniação;
4. Hemorragia subaracnóide aguda;
5. Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório;
6. Distúrbio do Sistema Nervoso Central (SNC) ou doenças neuromusculares com deterioração neurológica ou de função pulmonar;
7. Status epilepticus;
8. Morte encefálica enquanto potencial doador de órgãos;
9. Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave.

Ingestão / Overdose de Drogas

1. Instabilidade hemodinâmica;
2. Alteração no nível de consciência com proteção de via aérea inadequada;
3. Convulsão seguindo ingestão de drogas.

Doenças Gastrointestinais

1. Hemorragia digestiva ameaçadora à vida, incluindo hipotensão, angina, sangramento persistente ou comorbidades;
2. Insuficiência hepática fulminante;
3. Pancreatite grave;
4. Perfuração esofágica com ou sem mediastinite.

Doenças Endócrinas

1. Cetoacidose diabética complicada com instabilidade hemodinâmica, alteração mental, insuficiência Respiratória ou acidose grave;
2. Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica;
3. Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica;
4. Outros problemas endócrinos como crise adrenal com instabilidade hemodinâmica;
5. Hipercalemia grave com alteração do estado mental, necessitando de monitorização hemodinâmica;
6. Hipo/hipernatremia com convulsão, alteração do estado mental;
7. Hipo/hipermagnesemia com comprometimento hemodinâmico ou arritmias;
8. Hipo/hipercalcemia com arritmias ou fraqueza muscular;
9. Hipofosfatemia com fraqueza muscular.

Cirurgia

1. Pacientes de pós-operatório necessitando de monitorização hemodinâmica e suporte ventilatório ou cuidados intensivos.

Miscelânea

1. Choque séptico com instabilidade hemodinâmica;
2. Monitorização hemodinâmica;
3. Condições clínicas necessitando de cuidados de enfermagem de UTI;
4. Lesões por choque elétrico, afogamento, hipo/hipertermia;
5. Terapêutica com risco potencial de complicações.

IV.IV. - Transferências e Solicitações de vagas

- Nas transferências internas dos clientes, a unidade deverá ser comunicada previamente, para viabilização do leito.
- As solicitações de reservas de vagas deverão ser realizadas previamente, através de solicitação verbal e por escrito, ao enfermeiro e assim, agendado na agenda on-line do setor. Independente se a reserva for feita nas UTIs , seguirá o fluxo de alocação destas reservas já preestabelecido com a Direção Clínica (os leitos serão alocados para a cirurgia com 12 horas de antecedência, pelo plantão noturno respeitando a ordem de especificações de leitos e perfil do pacientes).
- As transferências externas dos clientes são comunicadas ao médico plantonista que confirmará com o enfermeiro a disponibilização do leito. Esta transferência será autorizada mediante cadastro na central de vagas do SUS, com assinatura em espelho pelo médico plantonista.
- Os pacientes internos que são admitidos na UTI deverão estar acompanhados pelo enfermeiro e médico internista, munidos de todas as documentações e prontuário.
- A equipe multidisciplinar recebe o paciente cordialmente, este é colocado na cama para iniciar a monitorização cardíaca, explicando os procedimentos que serão realizados com realização das atividades descritas no quadro a seguir:

Enfermeiro:

- Recebimento do paciente;
- Anamnese(entrevista e exame físico completo cefalopodal);
- Implementar as etapas da SAE;
- Instalação de dispositivos de acordo com indicação e prescrição médica(SNE,CVD,AVP);
- Atendimento às intercorrências junto a equipe;
- Lançar dados do paciente no passante, censo diário, planilhas, registro de pacientes mensal e controle de coletas de swabs de vigilância);
- Coleta de exames laboratoriais, culturas e swabs;
- Preencher formulário de avaliação de risco de prevenção de quedas;
- Avaliar a integridade cutânea e preencher ficha de avaliação de risco para lesão e aplicar escala de Braden;
- Realizar a aplicação do protocolo de TVP;
- Preencher Mapa de gestão de riscos beira leito;
- Aprazar as prescrições: médicas, enfermagem e nutrição;
- Realizar evolução diária e quando necessário de acordo com intercorrências.

Técnicos de enfermagem

- Receber o paciente e acomodar o mesmo no leito;
- Realizar a monitorização do paciente;
- Iniciar o preenchimento da planilha de controle de balanço hídrico , cabeçalho com dados do paciente, lançando sinais vitais, datando dispositivos, lançamento no rodapé e dias de dispositivos;
- Retirar acessórios como próteses e protocolar junto à família e ou responsável;
- Verificar permeabilidade das sondas e cateteres;
- Realizar punção de acesso venoso periférico S/N;
- Atendimento às intercorrências junto à equipe multiprofissional;
- Realizar cuidados de higiene corporal e oral para conforto do paciente respeitando às indicações e condições dos pacientes;
- Solicitar via sistema as medicações e materiais para o cuidado de acordo com prescrição e rotinas estabelecidas;
- Organizar prontuário, conferir as checagens de medicações administradas;
- Entregar cartilha de orientações aos acompanhantes e família;
- Realizar anamnese e exame físico e posterior registro de evolução em prontuário eletrônico;

Médico

- Receber o paciente;
- Realizar anamnese e exame físico-clínico adequadamente;
- Solicitar exames diagnósticos se necessário;
- Solicitar parecer à especialistas se necessário for;
- Realizar procedimentos invasivos S/N e solicitar ajuda da equipe de enfermagem;
- Atender intercorrências coordenando às ações conforme determinadas em guidelines;
- Preencher formulários de autorização de internação e ficha de internação com diagnósticos provisórios;
- Realizar prescrição, reavaliar o paciente e evoluir em prontuário eletrônico todas as condutas e assistência prestada bem como plano de cuidados.

Fisioterapeuta

- Realizar avaliação fisioterapêutica inicial para identificar quais pacientes possuem indicação para atendimento;
- Atendimento fisioterápico(respiratório e motor);
- Anamnese (entrevista e exame físico completo cefalopodal);
- Realizar evolução do paciente e assistência prestada em prontuário eletrônico.

V. Siglas e Definições

BIC: Bombas de Infusão Contínua;

CVD: Cateter Vesical de Demora;

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio;

ICC: Insuficiência cardíaca Congestiva;

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

<http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/indicacao%20interna%C3%A7%C3%A3o%20em%20terapia%20intensiva.pdf>

<http://www.cirf.fortaleza.ce.gov.br/index.php/protocolos-de-regulacao/diretrizes-em-uti?showall=1&limitstart=>

POP UTI 002- BALANÇO HÍDRICO

I. Objetivos

O Balanço Hídrico (BH) tem como objetivo o controle ou monitorização de líquidos ingeridos, infundidos e eliminados nas 24 horas. Serve como instrumento de avaliação diária do equilíbrio hídrico de um paciente em estado crítico e, a partir desse resultado é possível planejar e executar uma assistência integral e multiprofissional ao paciente. Permite controlar e adequar o aporte hídrico de acordo com a afecção, evitando-se assim a sobrecarga volêmica ou desidratação.

O balanço hídrico do paciente deve ser equilibrado de forma que o volume de líquidos administrados seja igual ou muito próximo do volume de líquidos eliminados. Quando as perdas são superiores às quantidades administradas, diz-se que o balanço hídrico é negativo, caso contrário diz-se que é positivo. Através do BH é possível avaliar a função renal e cardíaca, bem como ocorrência de complicações, como hipovolemia e hipervolemia. O BH tem controles parciais de 12 horas, sendo de 06:00h às 18:00h e de 18:00h às 06:00h, registrados em impresso próprio da instituição.

Às 06:00h, o balanço total é fechado, utilizando os valores encontrados nos balanços parciais. O resultado final é somado ao do dia anterior e assim sucessivamente, resultando no total de líquido acumulado/eliminado pelo paciente desde sua entrada na unidade. Com isso, pode-se apreciar o seu estado hídrico.

II. Materiais

- Caneta;
- Impresso Balanço Hídrico;
- Frasco graduado para mensuração e descarte de secreções;
- Equipamento de proteção individual (EPI) – luvas de procedimento, máscara, capote e óculos;
- Calculadora.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Enfermeiro

- Supervisionar as anotações realizadas em impresso próprio, nas 12 horas do plantão;
- Lançar em folha de balanço hemotransfusões e administração de Nutrição Parenteral Total (NPT);
- Fechar o balanço hídrico ao término de 24 horas (às 06h);
- Comunicar alterações dos valores obtidos ao Médico Plantonista;
- Conferir os dados do BH e o campo de tempo de permanência e local;
- Conferir e supervisionar os dias dos dispositivos invasivos e antibióticos;
- Após fechamento do balanço das 24h, o enfermeiro deverá assinar e carimbar o impresso.

2. Técnico de Enfermagem

- Abrir a folha do balanço hídrico no momento da admissão, registrando no impresso próprio: nome, dias de UTI, data, data de nascimento, prontuário e leito. (Obs: os dias de UTI iniciam como D1), assinando e carimbando o impresso;

- Parâmetros fisiológicos: é avaliado de 02/02h, ou antes, S/N, de acordo com a gravidade do paciente.

Obs: pacientes de alta da UTI aguardando transferências e em "cuidados paliativos" definidos pela equipe multidisciplinar podem ser registrados a cada 6h;

- Medir e registrar conforme rotina de registros: Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intra-abdominal (PIA) e Pressão Venosa Central (PVC) conforme prescrição;

- Medir e registrar conforme rotina de registros: SSVV: temperatura axilar (T.ax); Frequência Cardíaca (FC); Frequência Respiratória (FR); Pressão Arterial (PA), Pressão Arterial Média (PAM), Saturação de O₂ (Sat O₂);

- Avaliação da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) ou Escala BPS conforme padronizado de 4/4hs (08h, 12h, 16, 20h, 24h e 04h), anotação do valor, conduta, reavaliação e assinatura do funcionário;

- Avaliação neurológica para pacientes sedados pela Escala de RASS;

- Registro se o paciente é ALÉRGICO e a colocação da etiqueta AMARELA para sinalizar;

- Preenchimento do valor da pressão do CUFF no período da manhã, tarde e noite,

- As glicemias de horário deverão ser lançadas no balanço contendo a correção de insulina quando necessário, além da checagem nas prescrições;

- A glicemia capilar prescrita de 1/1 hora ou de 2/2 h, em uso da medicação em bomba de infusão deverá ser registrado em impresso próprio;
- Todo o líquido oferecido ao paciente deverá ter seu volume medido e registrado no impresso do controle hídrico, na coluna correspondente a líquidos administrados;
- Lançar no BH todos os líquidos parenterais com volume $\geq 50\text{ml}$;
- As infusões parenterais entrarão na coluna de líquidos administrados e as enterais recebidas pelo paciente devem ser anotadas na coluna corresponde à nutrição;
- Toda alimentação oferecida via oral, deverá ser anotada na coluna referente à nutrição – dieta e líquidos. Estimativas de volume correspondentes à dieta: livre: 510 gramas; branda: 445 gramas; líquida restrita: 210 gramas, sopa: 380 gramas;
- Todo líquido eliminado pelo paciente deve ser medido e anotado na coluna corresponde às perdas líquidos drenados (diurese, vômito, secreções, filtrado de diálise e fezes) de 2/2h, ou a cada 12h;
- O registro da secreção proveniente do dreno de tórax será lançado a cada 24h e a troca do selo d'água será feito a cada 12h (às 18h e as 06h);
- Os fluidos que não puderem ser medidos poderão ser avaliados utilizando-se símbolos como: Pequena quantidade: +/4; Média quantidade: ++/4 ou +++/4; Grande quantidade: ++++/4 (onde cada + equivale a 50ml);
- Fechar o balanço hídrico no horário determinado (06h e 18h). Somam-se todos os líquidos administrados (água, dieta enteral, soro, drogas vasoativas) e subtrai-se o valor total eliminado (diurese, fezes, vômito, débito de cateter nasogástrica ou nasoenteral). O valor poderá ser positivo ou negativo;
- Quando o valor for positivo, significa que o paciente está eliminando menos do que está recebendo de líquidos;
- Quando o valor for negativo, significa que o paciente está eliminando mais do que está recebendo de líquidos;
- Ao término de cada plantão de 12 horas fazer o transporte dos valores das infusões para a nova folha de balanço hídrico;
- Admissão do paciente inicia como D1;
- Todo antibiótico inicia como D0;
- As drogas vasoativas deverão ser escrito o tipo e ml/h;

- Tempo de permanência de acessos, sondas, drenos deverão ser iniciados como D0. Em caso de troca de TOT, TQT, SNE, SNG manter a contagem do tempo. Se for CVD, AVC, AVP, drenos, iniciar a contagem de D0;
- Parâmetros ventilatórios: Tipo de ventilação, FIO2, Volume, Pressão, PEEP e frequência – Observar no ventilador mecânico os parâmetros ventilatórios;
- Parâmetros da oxigenoterapia: colocar via: cânula nasal, máscara facial com reservatório, macrovaporização ou tubo T e suporte de O2 em número de litros;
- Avaliar o tamanho da pupila de acordo com a escala no verso do balanço;
- A escala de RASS somente deverá ser utilizada quando o paciente estiver em uso de sedação;
- A escala de Glasgow deverá ser utilizada para pacientes que estão sem sedação por período $\geq 24h$;
- A avaliação de forças dos MMSS e MMII deverão ser preenchidas sempre;
- Deverá ser preenchido o campo de secreção traqueobrônquica: característica, viscosidade e quantidade de acordo com o tipo de secreção observada;
- Observações de enfermagem deverão ser lançadas no Sistema RM contendo todas as intercorrências ocorridas durante o plantão;
- Toda a assinatura contida no BH deverá ter o nome de forma legível;
- Em caso de rasura: passar o impresso a limpo.

3. Fisioterapeuta

- Quando aspirar ao paciente escrever no campo de secreção traqueobrônquica as características, viscosidades e quantidades de acordo com a escala no impresso.

4. Corpo clínico

- Conferir os dados do BH e o campo de tempo de permanência (dias de UTI) e local;
- Conferir o tipo e o tempo de antibiótico;
- Solicitar parecer para Cirurgia do tórax caso tenha indicação em fazer traqueostomia de acordo com o tempo de TOT.
- Avaliar e intervir mediante os volumes de ganhos, perdas, balanço hídrico positivo ou negativo e débito urinário conforme indicação clínica.

V. Siglas e Definições

BH: Balanço Hídrico.

PIC: Pressão intracraniana.

PIA: Pressão Intrabdominal.

PVC: Pressão Venosa Central.

Tº: Temperatura Axilar.

FC: Frequência Cardíaca.

FR: Frequência Respiratória.

PA: Pressão Arterial.

PAM: Pressão Arterial Média.

SAT: Saturação.

TOT: Tubo Orotraqueal.

TQT: Traqueostomia.

VI. Anexos

Anexo 01: Fórmulas Balanço Hidroeletrólítico

Água Endógena (AE) = 5ml por Kilo (5 X KG).

Perdas insensíveis:

12 X peso (Pct. Em ventilação espontânea).

14 X peso (Pct. Em ventilação espontânea + febre).

15 X peso (Pct. Em ventilação mecânica).

17 X peso (Pct. Em ventilação mecânica + febre).

Para balanços com tempo inferior à 24h, realizar regra de 3.

OBS: VÔMITOS/ URINA EM FRALDAS / FEZES: 200ml por episódio, ou seja, cada cruz equivale a cerca de 50ml.

Anexo 02: Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

GCS
at 40
TOTAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou inclina supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

| Critério | Verificado | Classificação | Pontuação |
|---|------------|---------------|-----------|
| Olhos abertos precocemente à estimulação | ✓ | Espontâneo | 4 |
| Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta | ✓ | À voz | 3 |
| Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos | ✓ | À pressão | 2 |
| Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência | ✓ | Ausente | 1 |
| Olhos fechados desde a lesão local | ✓ | Não testável | NT |

Resposta Verbal

| Critério | Verificado | Classificação | Pontuação |
|---|------------|---------------|-----------|
| Resposta adequada relativamente ao nome, local e data | ✓ | Orientada | 5 |
| Resposta não orientada mas comunicação coerente | ✓ | Confusa | 4 |
| Palavras isoladas inteligíveis | ✓ | Palavras | 3 |
| Apitos gemidos | ✓ | Sons | 2 |
| Ausência de resposta auditiva, sem fatores de interferência | ✓ | Ausente | 1 |
| Fator que interfere com a comunicação | ✓ | Não testável | NT |

Melhor Resposta Motora

| Critério | Verificado | Classificação | Pontuação |
|---|------------|----------------|-----------|
| Comprimimento de antebra com 2 dedos | ✓ | A ordem | 6 |
| Distensão do membro acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço | ✓ | Localizador | 5 |
| Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrões predominantemente não anormais | ✓ | Flexão normal | 4 |
| Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrões predominantemente claramente anormais | ✓ | Flexão anormal | 3 |
| Extensão do membro superior ao nível do cotovelo | ✓ | Estendido | 2 |
| Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência | ✓ | Ausente | 1 |
| Fator que limita resposta motora | ✓ | Não testável | NT |

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos Pressão do trapézio Inclinação supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Meul
2004 Nest Tijdschr Geneeskd



Para informação adicional e demonstração em vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Copyright Glasgow Coma Scale by Glasgow City Council and Glasgow Health Board. All rights reserved. © 2004
www.glasgowcomascale.org

Anexo 03: Escala de Sedação: "Richmond Agitation Sedation Scale" – RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

| Pontuação | Classificação | Descrição |
|-----------|------------------|---|
| 4 | Combativo | Combativo, violento, risco para a equipe |
| 3 | Muito agitado | Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente |
| 2 | Agitado | Movimentos desproporcionados frequentes, briga com o ventilador |
| 1 | Inquieto | Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos |
| 0 | Alerta e calmo | Alerta, calmo |
| -1 | Sonolento | Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos |
| -2 | Sedação leve | Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contacto visual por menos de 10 segundos |
| -3 | Sedação moderada | Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contacto visual |
| -4 | Sedação intensa | Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico) |
| -5 | Não desperta | Sem resposta a estímulo verbal ou físico |

Referências: - Ely E, Truman B, Sessler A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Anexo 04: Avaliação do Tamanho da Pupila



+ Apresenta resposta à Luz.

- Não apresenta resposta à luz.

Anexo 05: Avaliação Neurológica - Avaliação da Força

5 = Semelhante à força do examinador.

4 = Menor do que a força do examinador, mas levanta e nove BEM o mesmo.

3 = Levanta o membro que logo cai.

2 = Não levanta o membro.

1 = Apresenta contração muscular sem mover o membro.

0 = Sem evidência de contração muscular.

VII. Referências

<http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/entenda-os-principais-aspectos-do-equilibrio-hidroeletrolitico/>

<https://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/08/balanco-hidrico-e-os-cuidados-de.html>

POP UTI 003- LEITO HUMANIZADO

I. Objetivos

Incluir a participação dos familiares no tratamento junto ao paciente, estimulando-o e incentivando-o, buscando o equilíbrio da ruptura biopsicossocial causada pela hospitalização. Objetivando minimizar o sofrimento do momento vivenciado pela internação em um setor fechado/complexo, visando a HUMANIZAÇÃO na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), com o propósito de participação dos familiares no tratamento.

II. Materiais

- Computador;
- Prontuário eletrônico;
- Passante dos enfermeiros;
- Placas de visualização sinalizadas nos leitos.

III. Abrangência

Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A).

IV. Descrição dos passos da atividade

- Indicado para pacientes estáveis em seu quadro clínico, e que na avaliação da equipe multiprofissional a presença da família no setor auxiliará no equilíbrio biopsicossocial do paciente, buscando proporcionar adesão ao tratamento, aceitação da doença, alívio de sofrimento, sentimentos, melhora da relação Profissional/paciente;
- O Leito Humanizado é acompanhado pela psicóloga da instituição, sua evolução é registrada no prontuário do paciente;
- A participação da família é, fundamental para apoio, acolhimento ao paciente, estes são orientados quanto ao comportamento dentro de um uma UTI. Também são avaliados quanto ao início destaparticipação, pois, é fundamental que os familiares saibam os objetivos propostos;
- O tempo de permanência proposto para o familiar no setor é de 08:00h às 20:00h Podendo apenas 1 familiar permanecer dentro deste horário, sendo liberada troca de familiar às 14h. Este horário poderá ser modificado, interrompido e/ou cancelado devido às intercorrências no setor conforme avaliação profissional (Psicólogo, Médico e Enfermeiro);

- É oferecido ao acompanhante/familiar um folheto educativo explicativo contendo todas as informações referentes ao leito humanizado, ou seja, o mesmo é orientado quanto à participação nesta proposta;
- O acompanhante/familiar assina o recebimento e o compromisso quanto a estas orientações;
- Para conhecimento da equipe Interdisciplinar a respeito do Leito humanizado, é colocada a placa de identificação no leito (anexo 2).

IV. I Psicóloga

- Convida o familiar/acompanhante para participar do leito humanizado, a partir do consenso com toda equipe multidisciplinar;
- Orienta os familiares quanto aos objetivos, importância e funcionamento;
- Comunica ao Setor de Recepção sobre a liberação do leito humanizado fornecendo o nome e o número do leito do paciente;
- Avalia o paciente quanto à presença deste acompanhante/familiar, fazendo os registros necessários no prontuário;
- Avalia as reações emocionais do paciente a partir da presença do acompanhante/familiar bem como resultado para melhora clínica;
- Registra a participação destes acompanhantes/familiares no prontuário;
- Responsável por sinalizar no leito a placa de "Leito Humanizado".

IV. II Recepção

- Coleta a assinatura do familiar responsável pelo leito humanizado e disponibiliza o impresso com as orientações;
- Comunica e solicita autorização para a entrada deste acompanhante/familiar no setor.

IV. III Técnico de enfermagem

- Recebe o acompanhante/familiar, orientando-o quanto a lavagem das mãos, pertences, uso de adornos, uso de avental, gorro, quando necessário, e o encaminha ao leito do paciente.

IV. IV Enfermeiro

- Na ausência do psicólogo, comunica ao Setor de Recepção sobre a liberação do leito humanizado fornecendo os dados do paciente;

- Acompanha a participação deste acompanhante/familiar e também faz as devidas orientações;
- Avalia as reações emocionais do paciente a partir da presença do acompanhante/familiar bem como resultado para melhora clínica;
- Avalia o paciente quanto à presença deste acompanhante/familiar, fazendo os registros necessários no prontuário;
- Responsável por sinalizar no leito a placa de "Leito Humanizado".

IV. V Médico plantonista

- Avalia as condições clínicas do paciente.
- Avaliar a participação do acompanhante/familiar, junto à Psicóloga e Enfermeiro.

VI Fisioterapeuta e coordenações: Médica, Enfermagem e Fisioterapia

- São comunicados a respeito do leito humanizado e fazem sua avaliação e acompanhamento e contribuem para a continuidade deste.

V. Siglas e Definições

UTI-A - Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

VI. Anexos

Anexo 1: Placa de sinalização no leito



VII. Referências

<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus>

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

POP UTI 004 - ROUND MULTIDISCIPLINAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

I. Objetivos

- A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) é um setor de alta complexidade no ambiente hospitalar.
- A monitoração da qualidade de serviços prestados torna-se a cada dia fundamental para segurança do paciente crítico. Para tanto é de extrema importância o trabalho sistematizado da equipe multidisciplinar, visando benefícios para os pacientes, tendo como objetivos:
- Propor em conjunto os benefícios que se sobreponha aos riscos em potencial;
- Monitorar e avaliar os protocolos instituídos;
- Realizar o planejamento da assistência multidisciplinar;
- Garantir a continuidade da assistência 24 horas em todos os dias da semana;
- Estabelecer espírito de equipe, entre os profissionais que trabalham juntos, de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável.

II. Materiais

- Placa de Gestão de Riscos "Round Interdisciplinar da UTI";
- Prontuário.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

As visitas multidisciplinares são realizadas diariamente nas UTI Adulto I e II com a presença dos Coordenadores (médico, enfermagem e nutrição), Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Fisioterapeutas, Psicóloga, Farmacêutica, Assistente social, Nutricionista, Fonoaudióloga, Enfermeiro do SCIH, Residentes médicos e da equipe multiprofissional e Acadêmicos multidisciplinares.

IV.I Descrição de Responsabilidades

Equipe multidisciplinar

- Em caso de aplicabilidade propõe o "Cuidado paliativo" ou liberação do "leito Humanizado";
- Faz o planejamento da alta multidisciplinar;

- Programação de procedimentos de despertar diário; desmame da sedação e ventilação mecânica;
- Programação de retirada de dispositivos invasivos;
- Definição de condutas, intervenções, terapêutica e cuidados.

Médico:

Resumo a história do paciente: patologia de base, evolução e tratamento instituídos desde a internação do paciente; resultado de exames.

Enfermeiro:

Apresenta as pendências de exames e procedimentos, orientações gerais e informações gerais sobre o paciente e sua adesão ao tratamento, evolução clínica e intercorrências, gerenciamento de eventos adversos, sugere a possibilidade de retirada de dispositivos invasivos e, posicionamento dos familiares sobre os casos mais graves.

Técnico em enfermagem:

Apresenta informações gerais sobre o paciente e sua adesão ao tratamento, intercorrências e posicionamento dos pacientes e familiares sobre o tratamento.

Fisioterapeuta:

Relata sobre terapêutica instituída, evolução do quadro, resultado de gasometria, parâmetros ventilatórios. Neste momento é discutido sobre a possibilidade de interrupção da sedação (caso o paciente esteja entubado) e possibilidade de desmame ventilatórios.

Psicologia

Relata sobre os aspectos emocionais do paciente durante a internação, bem como as reações dos familiares perante a doença ou alterações na saúde.

Residentes

Acompanham e as decisões da equipe multidisciplinar e opina dentro de sua área de atuação, registra no prontuário eletrônico toda meta terapêutica discutida durante o Round Multidisciplinar.

Farmacêutica:

Discute sobre os medicamentos prescritos para intervenções em relação ao tempo de antibioticoterapia, presença de alergias ou não, dosagem e posologia dos medicamentos em geral.

Enfermeira SCIH:

Apresenta o controle de vigilância, resultado de culturas, orienta sobre isolamento e os tipos, discutido junto a a médica responsável pelo setor de infectologia qual melhor proposta terapêutica antimicrobiana.

Fonoaudiologia:

Relata sobre a deglutição do paciente, risco de bronca aspiração e conduta definida.

Nutricionista:

Relata necessidade calórica do paciente, tipo de dieta prescrita, aceitação, jejum prolongado, etc., sendo discutida a manutenção ou não do tipo de dieta, volume a ser infundido e pausa noturna ou não (quando o paciente fizer uso de dieta enteral).

Acadêmicos multidisciplinares

Acompanha o Round com forma de aprendizagem e opina dentro da sua área de atuação.

IV.II - Monitoramento:

Através dos indicadores e notificações de eventos adversos sobre:

- Índice de infecção por dispositivos invasivos (AVC e CVD);
- Sepses;
- Taxa de eventos adversos;
- Taxa de ocupação e o tempo de permanência de cada paciente.

V. Siglas e Definições

CVD: Cateter Vesical de Demora.

AVC: Acesso Venoso Central.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

Resolução nº 7/2010 e Portaria nº 466/ MS.
<http://www.redalyc.org/pdf/408/40846964007.pdf>

POP UTI 005 - FLUXO DE MATERIAL ESTÉRIL NO SETOR UTI ADULTO

I. Objetivos

Padronizar a utilização do material estéril no setor, organizando sua dispensação e armazenamento dos mesmos, bem como o envio dos materiais utilizados para a Central de Material Esterilizado (CME) a fim de serem reprocessados, garantindo o arsenal destes materiais na unidade, padronizando quantidade e tipo do mesmo, assegurando uma assistência à saúde de qualidade e com segurança para o paciente.

II. Materiais

- 02 Tupperware (um para material contaminado e outro para material limpo);
- Prontuário eletrônico: solicitação e devolução de material para CME;
- Saco plástico na cor cinza.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I – Horário da CME

- Horário para retirada dos materiais esterilizados da CME é livre;
- Encaminhar material contaminado completo, acondicionado em container fechado e identificado, no horário de 10:00h às 11:00h, 15:00h às 16:00h e 01:00h à 02:00h;
- Materiais com esterilização vencida, deverão ser encaminhados toda segunda-feira, de 14:00h as 15:00h;
- Observação: Tais horários permanecem para os materiais de rotina (bacias, periquitos, comadres e etc).

As bandejas poderão ser entregues em qualquer momento.

IV.II – Material estéril

- Os materiais estéreis deverão ser trazidos completos e conferidos para o setor de UTI Adulto, em tupperware fechado e alocado no armário com porta discriminada. Esta alocação do material é feita pela data de validade, ou seja, os materiais com vencimento primeiro ficarão posicionados para serem utilizados.

- Em caso de urgência ou quando o material é insuficiente devido ao número de procedimentos, podem ser solicitados materiais fora destes horários padronizados, acompanhado de justificativa plausível.

- A conferência das validades dos materiais é feito na primeira quinzena de cada mês pelo funcionário técnico de enfermagem diarista e o mesmo retira os materiais vencidos do dia 15 do mês de conferência ao dia 15 do mês subsequente. Este material será disponibilizado para uso imediato e/ou período de validade, ou reencaminhado para CME.

IV.III – Material alocado no setor:

02 Bacia;

01 Jarro;

02 Pacotes de campos operatórios;

04 Pacotes de aventais;

02 Cuba rim;

02 Bandeja de Cateterismo Vesical; 01 Bandeja de Intracath;

01 Bandeja de Pequena Cirurgia;

02 Comadres;

01 Periquitos;

02 Bandeja de Traqueostomia;

03 Kits de respirador (02 traqueias + 01 conexão Y);

10 "Espaço morto";

02 Kits de macro (copo + traquéia + máscara); 08 Extensões de silicone;

01 Kit Ambú (reservatório + máscara + extensor);

02 Kits de VNI (máscara almofadada + garrinhas + fixadorVNI); 04 Copos de vacuômetro/Vidros de vácuo;

02 Umidificadores;

02 Máscaras com reservatório;

03 Conexões de: "T", "Y", Joelho e Universal;

04 Kits de nebulização.

IV.IV – Material contaminado

Os materiais contaminados deverão ser encaminhados para CME completos e conferidos no Tupperware fechado descrito como contaminado. Os materiais montados como kits deverão ser colocados em sacos plásticos transparente.

IV.V – Registro

No prontuário eletrônico, são registrados todos estes movimentos de materiais, ou seja, quantidade e tipo de material esterilizado que se buscou na CME, bem como quantidade e tipo de materiais foram encaminhados para a esterilização.

V. Siglas e Definições

CME: Central de Material Esterilizado

VNI: Ventilação Não Invasiva.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A

POP UTI 006 - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA VISITA FAMILIAR DA UTI ADULTO

I. Objetivos

- A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) tem sido vista como um local de esperança, mas principalmente de angústia e sofrimento, tanto para pacientes quanto para familiares.
- A família frequentemente sente-se desamparada e temerosa à beira do leito do seu familiar gravemente enfermo. Os tubos, curativos, fios e aparelhos, com os quais a equipe da UTI está tão acostumada, são amedrontadores para os membros da família. Ao verem estes equipamentos fixados ao seu familiar podem relutar em tocar o paciente por medo de causar dano a ele ou ao equipamento.
- No momento da visita, a equipe Multidisciplinar intensiva tem a oportunidade de oferecer apoio, explicando e descrevendo os equipamentos e o aspecto do paciente à família e ao próprio paciente informando-lhes em uma linguagem acessível e com adequação científica verbal para a compreensão dos usuários sobre seu quadro clínico, prognóstico e esclarecimento de suas dúvidas.
- Objetivo deste PRS é oferecer principais orientações à equipe multidisciplinar para com os pacientes, familiares, responsáveis e visitantes de como proceder durante o tratamento na UTI-A, promovendo uma continuidade do processo de Humanização no atendimento intensivo.

II. Materiais

Cartilha de Orientações aos familiares.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

A UTI é um ambiente com estrutura, equipamentos e pessoal preparado para cuidar de pessoas em situações especiais. Os pacientes internados na UTI ficam ligados a aparelhos para acompanhar os batimentos cardíacos e a respiração. Geralmente ficam sem roupas, cobertos com lençóis e cobertores, para melhor atendimento.

IV.I – Horário de Visitas

Horário de visita para familiares (permitida a entrada de dois familiares em cada horário de visita):

- 11:00 às 13:00h.

- 17:00 às 20:00h.

Leito humanizado/ Cuidados paliativos: (pode ficar de acompanhante 01 pessoa da família podendo ter uma trocar às 14:00h)

- 08:00 às 20:00h.

Observação: A visita dos familiares é fundamental para a recuperação do paciente e para o equilíbrio do núcleo familiar, portanto deve ser incentivada.

IV.II – Equipe multidisciplinar

A equipe multiprofissional passará em cada leito durante o horário da visita para esclarecer dúvidas e dar informações sobre o estado do paciente. Em relação ao diagnóstico/prognóstico clínico, somente será abordado pelo médico no segundo horário de visita.

Caso o familiar tenha dificuldade com os horários oferecidos, este deverá entrar em contato com a equipe para estudo de um horário alternativo quando possível.

Corpo Clínico:

- Evolução da doença, tratamento, prognóstico e resultado de exames.

Enfermeiro:

- Orientação sobre o ambiente intensivo (equipamento, rotinas setoriais), cuidados prestados ao paciente;

- Escuta sensível e acolhimento do paciente, familiares e visitantes;

- Esclarecer e solucionar as dúvidas pertinentes;

- Fornecer informações gerais sobre as respostas apresentadas pelo paciente frente a terapia implementada - sinais vitais, alimentação, integridade cutânea e eliminações;

- Devolução de pertences com registro dos mesmos;

- Liberação de possível revezamento quando cabível.

Psicóloga:

- Orientação sobre as reações emocionais do paciente diante da internação e do adoecimento aos familiares.

- Avaliação emocional dos familiares diante do quadro clínico do paciente e da notícia fornecida pela equipe.

Suporte psicológico aos familiares.

Fisioterapia:

- Fornece informações sobre a evolução ventilatória e motora do ponto de vista fisioterapêutico.

Técnico de enfermagem:

- Fornecer informações gerais sobre os sinais vitais, alimentação, integridade cutânea e eliminações;
- Devolução de pertences com registro dos mesmos.

Técnico de enfermagem administrativo:

- Coleta de assinatura da Ficha de Internação caso necessário;
- Entrega a Cartilha de Orientação aos familiares, solicitando a assinatura em impresso próprio, arquivando- a em prontuário, além de evoluir no sistema.

IV.II - Que cuidados o visitante deve ter para estar na UTI?

- É obrigatória a lavagem das mãos ao entrar e sair da UTI, além do uso das luvas de procedimento, disponibilizadas pelo Enfermeiro na porta principal da UTI.
- É proibido tocar nos aparelhos para evitar que sejam desprogramados da função e para não prejudicar o paciente
- Para trazer qualquer objeto para o paciente, como rádio, CD, revistas, livros, etc., é preciso consultar a equipe.

O carinho e a atenção da família e dos amigos é mais importante que qualquer objeto.

- Para o paciente internado na UTI, a visita é muito importante. Então toque e acaricie. Converse com ele, mesmo que ele não responda: isso pode ser efeito da sedação;
- É comum os pacientes ficarem edemaciados (inchados) na UTI, devido às medicações e soros;
- Se desejar, pode trazer para seu familiar sabonete líquido, desodorante, shampoo e creme hidratante de sua preferência;

- Procure levar para casa os pertences que estejam com o paciente internado na UTI, tais como alianças, anéis, celulares, dinheiro, documentos, entre outros;
- É importante que seja informado à recepção os números de telefone para contato;
- Para evitar mal entendidos, não fornecemos informações sobre o estado do paciente pelo telefone no setor, somente é disponibilizado em boletim médico e no horário de visita.

V. Siglas e Definições

UTI-A - Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/folheto_informativo_uti.pdf

POP UTI 007 - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA VISITA FAMILIAR DA UTI ADULTO

Identificação dos pacientes no leito da UTI Adulto

I. Objetivos

Descrever a forma de identificação nos leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), a fim de orientar e explicar o tipo de sinalização para todos os profissionais envolvidos na assistência direta e/ou indireta do paciente.

II. Materiais

- Ficha de identificação do paciente;
- Placas de acrílico;
- Placa de identificação de tipo de precaução;
- Placa de rotina de mudança de decúbito;
- Placa de Identificação beira leito na UTI;
- Placas de sinalizações diversas;
- Sinalização com bolinha Verde.
- Pulseira identificação.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I – Placa de acrílico contendo Ficha de Identificação do paciente

Esta identificação é gerada no momento da internação do paciente pela recepção no sistema , contendo: nome completo do paciente, a data de entrada, data de nascimento, idade, número do prontuário, número do atendimento e tipo de convênio, médico responsável pela internação e nome completo da mãe (Anexo 01).

IV.II – Placa de acrílico contendo Tipo de precaução (padrão, contato ou respiratória)

Esta placa é colocada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) ou pelo enfermeiro assistencial da UTI Adulto, de acordo com os PRS SCIH (Precaução padrão, contato e respiratórias).

IV.III– Placa: Rotina de mudança de decúbito

O intuito desta placa é identificar e visualizar das rotinas de mudança de decúbito, de acordo com a escala de Braden e restrição de decúbito, além de sabermos se este paciente está sendo submetido à fisioterapia motora (Anexo 02).

IV.IV– Placa: Rotina de mudança de decúbito

O intuito é facilitar a comunicação multidisciplinar contendo todo o planejamento diário do paciente e identificar os riscos que os pacientes estão submetidos durante sua internação (Anexo 03).

IV.V– Placa identificação: Sinalizações diversas

- Jejum para exame;
- Não puncionar MSE e MSD;
- Não aferir PA em MSE/MSD;
- Jejum para Cirurgia;
- Manter O2 \leq 1L;
- Fístula arteriovenosa em MSD e MSE.

IV.VI - Sinalização com bolinha Verde

Identificação no paciente com etiqueta verde, padronizada e disponibilizada pela SCIH, a fim de identificar as culturas dadas como bactérias multirresistentes. Anexadas à prescrição médica, placa de precaução de contato, prontuário e placa de identificação do paciente.

IV.VII - Descolonização do MRSA

O objetivo desta placa é identificar os pacientes que contém MRSA verificando o início e o término da descolonização. Esta etiqueta se localiza no prontuário do paciente.

IV.VIII – Placa de Cuidado Paliativo

O Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”. Ver em PRS UTI ADULTO 004 - Decisões de tratamento e cuidado paliativo. Placa em (Anexo 05).

IV.IX – Pulseira identificação

A pulseira é preenchida pela recepção, no momento da admissão do paciente e enviado com o prontuário, está deve ser colocada pela equipe de enfermagem durante a admissão no setor, e só retirada na alta hospitalar pela recepção (Anexo 06), vídeo - PRS HMTJ 106 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

IV.X- Placa do despertar diário

Todos os pacientes sedados em ventilação mecânica serão avaliados quanto à possibilidade de interromper a sedação. Todos os casos deverão ser discutidos durante a visita com o diarista médico do dia em que será definido os pacientes a interromper a sedação no dia seguinte pela manhã (às 06h). Mediante definição do (os) paciente (s), o (os) leito (s) do (os) mesmo (s) será sinalizado com uma placa com a seguinte descrição:

PROCOLO DE DESPERTAR DIÁRIO.

V. Siglas e Definições

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

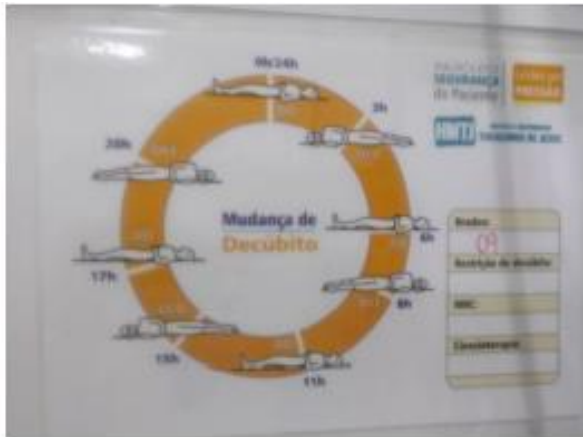
UTI-A: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

VI. Anexos

Anexo 01: Ficha de identificação do paciente

| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
|--|---------------------|---|
| FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | |
| SUELY KLAECHIM MAROCOLO | | |
| DATA ENTRADA: 15/09/2018 | DT NASC: 07/07/1948 | 70 ANOS |
| PRONT: 38026 | AT: 3 | CONVÊNIO: SUS |
| MÉDICO: DR CLAUDIO DE CASTRO REIFF | | |
| NOME MÃE: MARIA ARACY KLAECHIM | | |

Anexo 02: Placa de Rotina de Mudança de decúbito



Anexo 03: Placa de Identificação Beira Leito na UTI

UTI Adulto | Gestão de riscos **HMTJ** HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

EXAMES E PROCEDIMENTOS:

| Exame | Realizado? |
|-------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ALERTA PARA OS RISCOS ACIDENTAIS

- Risco de Queda
- Alergia
- Risco para IP
- Temperatura
- Medicação
- Infeção
- Woundhealing
- FTD
- Desconhecimento do leito
- Integridade do plano integridade
- Outros

Diagnóstico:

EQUIPE DE PLANTÃO

Meta terapêutica

DIETA

ALERGIAS

Maneja de alta | UTI Adulto

1. Situação de alta: _____

Forma de alta: _____

Avaliação em caso de DOR:

AVES - COMPLETO - ESCALAS

| Data | Horas | Valor | Aplic. Escala |
|------|-------|-------|---------------|
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |

Anexo 04: Placa de Identificação: Leito Humanizado




Anexo 05: Placa de Identificação: Cuidados Paliativos



Anexo 06: Dados da pulseira de identificação

NOME: SUELY KLAECHIM MARCOLO
PRONTUARIO: 38026 DATA NA BC: 07/07/1948
MAE: MARIA ARACY KLAECHIM



HOSPITAL UNIVERSIDADE
THEREZINHA DE JESUS

VII. Referências

N.A

POP UTI 008 - REGIMENTO INTERNO DA UTI ADULTO

I. Objetivos

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) tem sido vista como um local de esperança, mas principalmente de angústia e sofrimento, tanto para pacientes quanto para familiares. A família frequentemente encontra-se desamparada e temerosa à beira do leito do seu familiar gravemente enfermo. Os tubos, curativos, fios e aparelhos, com os quais a equipe da UTI está tão acostumada, são amedrontadores para os membros da família. Ao verem estes equipamentos fixados ao seu familiar podem relutar em tocar o paciente por medo de causar dano a ele ou ao equipamento.

Neste momento, a Equipe Interdisciplinar tem a oportunidade de oferecer apoio, explicando e descrevendo o equipamento e o aspecto do paciente à família informações em uma linguagem acessível e não muito científica.

O objetivo é oferecer principais orientações de como proceder, à familiares/responsáveis, quando seu familiar está em tratamento na Unidade de terapia intensiva, uma continuidade do processo de Humanizar nosso atendimento na UTI.

II. Materiais

N.A

III. Abrangência

UTI Adulto.

Os horários de visitas:

Horário de visita para familiares / Leito em Cuidado Paliativo (mantém dois familiares sem revezamento por horário de visita):

1- 11 às 13h

2- 17 às 20h

Leito humanizado: (1 pessoa da família podendo trocar 14hs)

- 08 às 20h

- Não ocorre o revezamento de visitantes, pois como o nome bem diz, essa unidade requer cuidados intensivos com o paciente. Dessa forma, a movimentação de muitas pessoas e os ruídos, além de alterar a rotina do ambiente, poderiam colocar em risco a segurança e a eficácia do tratamento.

- As informações do paciente não são passadas por telefone, mas pessoalmente, no horário de visita do período da tarde. Somente é disponibilizado o Boletim Médico nos horários 08h e 20h.

- Os atrasos das visitas nas UTI's podem ocorrer, pois, dependendo da gravidade de alguns atendimentos ou de determinadas intercorrências, algumas vezes as equipes podem demorar a liberar a unidade para a entrada dos familiares. Vale lembrar que nessas unidades, dependendo do quadro do paciente, situações como parada cardíaca e respiratória, entre outros eventos clínicos, precisam de intervenção imediata, mobilização ágil das equipes técnicas e tranquilidade no ambiente.

- O paciente ficar desorientado na UTI é muito comum, pois os pacientes graves e com longo tempo de internação apresentam o que chamamos de delirium. O delirium é um quadro de confusão mental aguda, que provoca várias alterações do estado mental do paciente. O quadro é transitório e costuma desaparecer conforme o estado geral do paciente melhora. Pode ocorrer deste paciente necessitar de contenção física ou química, dependendo do grau de desorientação ou agressividade.

- A família pode trazer os produtos de higiene pessoal como: sabonete líquido, antitranspirante spray, escova de dente, pente, creme hidratante, cortador de unha, fotos, cartões, material religioso, que favorecerão o bem-estar do paciente.

- Não há tempo pré-determinado para alta, pois dependerá da avaliação multidisciplinar quanto à evolução do seu quadro clínico e resultados de exames.

- Após alta da UTI, normalmente o paciente não poderá ir direto para a casa, o paciente é transferido para a unidade de internação. Após comunicar a alta para a recepção, o setor aguardará o prazo no máximo de duas horas para a chegada dos familiares, caso isto não ocorra, o paciente será transferido para o leito reservado no setor de enfermaria, se liberação pelo médico plantonista. Isso acontece porque, na maioria das vezes, o tratamento necessita de continuidade, mas o paciente já não precisa de cuidados intensivos. Com menos frequência ocorre à alta hospitalar direto da UTI para a casa. Em caso de uma internação de urgência em um leito ocupado na UTI o paciente de alta poderá ser encaminhado para o setor de enfermaria antes das duas horas com autorização médica.

Para garantir uma estadia segura e confortável, é importante que pacientes e familiares sigam as orientações exigidas pelo Hospital:

- Não é permitida visita entre pacientes;

- Não entrar de bolsas na UTI, retirar todos os adornos (pulseiras, anéis, cordões grandes, alianças e outros);

- Não é permitido o uso de aparelhos celulares dentro dos leitos;
- Não fazer barulho, não falar em voz alta e ser discreto;
- Não fumar nas dependências do Hospital;
- Não sentar na cama do paciente;
- Não entrar nas salas de serviços, postos de enfermagem, copas e áreas exclusivas de serviços;
- Não trazer alimentos para o paciente, sem autorização do médico, enfermeiro ou da nutricionista;
- Não manipular equipamentos da UTI Adulto;
- Não trazer ao Hospital bebidas alcoólicas, cigarros ou drogas ilícitas sob qualquer pretexto;
- Obedecer às orientações dos profissionais;
- Para segurança dos pacientes é obrigatório identificar-se no setor de informações, onde será fornecido o crachá que deverá ser utilizado nas dependências do Hospital e devolvido na saída;
- Os familiares ou visitantes não deverão permanecer nos corredores do Centro Cirúrgico (CC) e da UTI, devendo aguardar na recepção de espera;
- Não será permitido aos visitantes entrar no Hospital com trajes impróprios (shorts, sem camisa, minissaia, roupas transparentes, regatas para homens);
- Não será permitida a entrada de visitantes portando qualquer tipo de arma;
- O Hospital, quando julgar necessário, poderá solicitar a presença de um acompanhante em tempo integral, ou se liberado o leito humanizado;
- O Hospital não se responsabiliza por valores, jóias ou objetos deixados nas acomodações pelos pacientes e acompanhantes;
- Não serão permitidos visitantes menores de 12 anos.

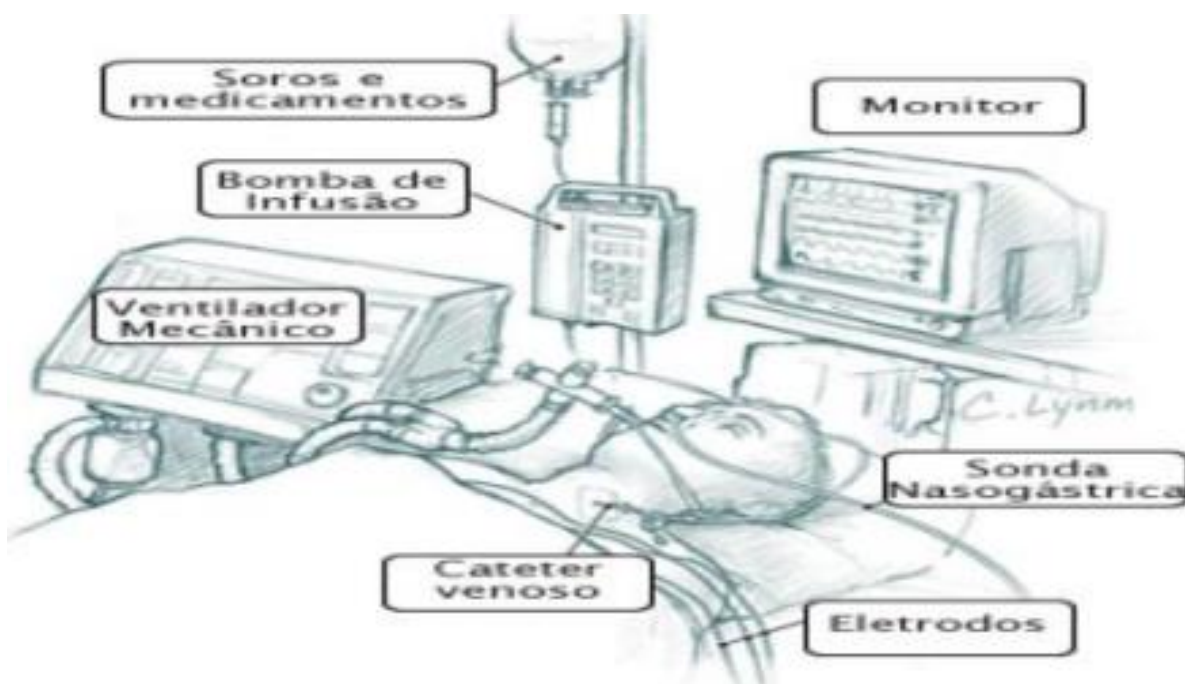
V. Siglas e Definições

UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

VI. Anexos

Enfermagem: O paciente na UTI

A UTI é um ambiente diferenciado que visa a manutenção da vida e recuperação da saúde de pessoas que necessitam de um acompanhamento mais intensivo do seu estado de doença. Tem uma série de recursos tecnológicos, muitos aparelhos ligados ao paciente, os exames de laboratório são frequentes e a avaliação clínica é constante. A equipe de saúde está próxima e sempre alerta para qualquer necessidade. Sempre tem médico e enfermeiro de plantão. A quantidade de técnicos de enfermagem é suficiente para que o paciente seja atendido adequadamente, além dos profissionais de fisioterapia, nutrição, psicologia e assistente social. Por segurança as grades das camas ficam elevadas e os pacientes geralmente com as mãos presas, o que é importante para evitar que se machuquem.



SALA DE ESPERA:

Enquanto se aguarda a vez para entrar na UTI, os visitantes devem permanecer na recepção. O número de visitantes é limitado, visando à prevenção de transmissão de microrganismos e tranquilidade necessária ao reestabelecimento do paciente; contudo é de grande importância para a pessoa internada, de modo a não perder o contato familiar, ter notícias das coisas que o são importantes, receber carinho e apoio que geram conforto físico e emocional.

LAVAGEM DAS MÃOS:

Antes de entrar na UTI, todo visitante tem de lavar as mãos com água e sabão em abundância. Pode também passar álcool a 70% dentro do leito a ser visitado. Essa limpeza das mãos deve ser repetida na saída, depois da visita, evitando a transmissão de microrganismos nocivos para fora da UTI.

O PACIENTE:

O paciente pode estar com a fisionomia diferente. Pode estar inchado, com tubos fixados em seu rosto e corpo. Estará deitado em uma cama com aparelhos ligados a fios. Você pode segurar as mãos e conversar com ele mesmo que ele esteja aparentemente dormindo e não conseguir responder.

Todos os pertences do paciente devem ficar em posse dos familiares, o não uso de roupas tem por finalidade melhorar a avaliação, facilitar o manuseio e permitir o atendimento de intercorrências e das necessidades do paciente.

Uma das coisas que mais assusta e chama a atenção dos familiares é o edema (inchaço) generalizado que os pacientes internados apresentam. O edema é nada mais do que excesso de água na pele.

Pacientes com doenças graves costumam apresentar um quadro de inflação em todo o organismo.

Nossos vasos sanguíneos apresentam poros microscópicos que permitem a passagem de água de dentro para fora e de fora para dentro, conforme o organismo ache necessário. Quando estamos com um estado de inflação sistêmica, esses poros aumentam de tamanho, permitindo a passagem além do desejado de água do sangue para os tecidos, principalmente para a pele.

Além da inflamação dos vasos sanguíneos, mais três fatores contribuem para o edema:

- Redução da produção de urina, o que provoca retenção de líquidos.
- Administração excessiva de líquidos através de soros e medicamentos.
- Diminuição das proteínas no sangue, que ajudam a segurar a água dentro dos vasos.

Apesar de assustar, o edema da pele por si só não traz grandes riscos. Ele é basicamente uma consequência do estado grave do paciente. Conforme há melhora do quadro clínico, o organismo consegue restaurar a distribuição normal da água corporal. Em geral, quando recebem alta hospitalar, os pacientes já não estão mais inchados.

SORO:

Você provavelmente vai encontrar o paciente ligado a muitos soros. São diferentes medicamentos, controlados por aparelhos (bombas de infusão) e levados até o organismo através de vasos sanguíneos que podem ser do braço, perna, pescoço ou tórax. As "bombas de infusão" não devem ser tocadas, apenas a equipe de enfermagem. Elas podem fazer um "bip sonoro" de alarme, mas a enfermagem atenderá.

Pacientes internados em UTI frequentemente necessitam de drogas infundidas de modo contínuo. A bomba infusora permite a administração venosa de drogas em ritmo constante. Estas bombas podem ser usadas para administração de insulina, antibióticos, diuréticos, aminas vasopressoras (drogas usadas para aumentar a pressão arterial em caso de hipotensão persistente), sedativos, hipotensores, etc.



A bomba infusora também é usada nos casos em que precisamos manter os pacientes sedados, como naqueles que estão em ventilação mecânica. Esta sedação é conhecida popularmente como "coma". As drogas mais usadas para sedação são os benzodiazepínicos (ex: Midazolam) ou Fentanil).

Em doente diabéticos com níveis de glicose descontrolados, também podemos usar a bomba para uma lenta e contínua administração de insulina.

VENTILADOR MECÂNICO:



Muitas vezes, quando a pessoa está na UTI, ela faz uso de um aparelho para respirar. Uma das principais indicações de internação em uma UTI é a insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica (respirador artificial). Se o paciente tem uma doença

pulmonar e/ou cardíaca que dificulte sua respiração, o mesmo precisa de auxílio mecânico para não evoluir para parada respiratória, uma cirurgia grande, quando sofre um acidente ou quando não tem forças para respirar sozinho.

Esse aparelho é chamado de Ventilador Mecânico, ele fica ao lado da cama, ligado diretamente aos pulmões do paciente através de um tubo inserido na boca (tubo orotraqueal) ou no pescoço (traqueostomia). O ventilador controla a quantidade e a qualidade do ar que entra e que sai dos pulmões. Com esse tubo, o paciente não consegue falar e por algum tempo fica sem comer ou beber pela boca.

É comum o ventilador disparar um alarme característico (até mesmo com tosse ou agitação do paciente), sendo necessários ajustes pela equipe. Quando o paciente volta a respirar normalmente, o tubo é retirado e ele passa a usar uma máscara ou um cateter com oxigênio. A voz volta gradativamente e a alimentação é reiniciada por via oral.

Para se acoplar o paciente a um ventilador mecânico é necessário primeiro que o mesmo seja submetido a intubação das vias respiratórias. A intubação orotraqueal consiste na introdução pela vias aéreas de um tubo plástico semirrígido, para que este possa ser ligado ao respirador.

Pacientes que necessitam de ventilação mecânica por vários dias são normalmente submetidos a uma traqueostomia. Deste modo, o tubo pode ser ligado diretamente à traqueia, não precisando mais passar pela boca. Este procedimento reduz os riscos de complicações, como lesões das cordas vocais, pneumonias e extubações involuntárias.

ALIMENTAÇÃO:

Difícilmente o paciente fica sem receber alimentação, quando a pessoa não pode ingerir alimentos pela boca, ela pode estar recebendo por com um tubo que passa pelo nariz e vai até o estômago ou até o intestino delgado. Esse tubo chama-se Sonda Gástrica ou Sonda Enteral.

As dietas e a quantidade dada para cada paciente é monitorada pelo serviço de nutrição, sua fórmula é líquida e contém muitos nutrientes necessários para atender as necessidades do organismo. Algumas vitaminas são administradas junto com os soros.

Pode acontecer de o paciente referir fome, mesmo recebendo alimentação pela sonda, devido à falta que sente de realizar a mastigação e sentir o gosto da comida. Outras vezes a sonda nasogástrica serve para remover líquidos do estômago, diminuindo o risco de ele vomitar.

MONITOR:



Um aparelho semelhante a uma TV que fica ao lado e acima do paciente é chamado de monitor multiparâmetros. Esse monitor fornece informações à equipe de saúde sobre as condições do coração, respiração e pressão arterial.

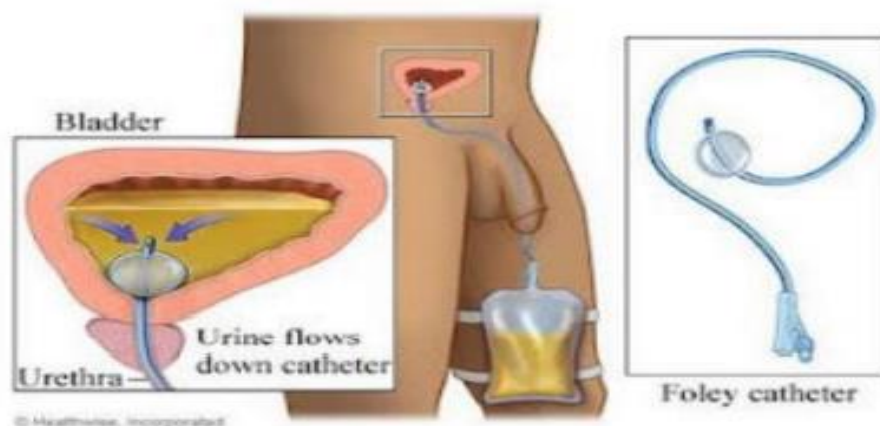
O monitor tem fios que se ligam a diversas partes do corpo do paciente – normalmente ao tórax, braço e dedos. Esse aparelho tem uma série de números e traços que podem mudar a cada minuto.

A equipe está treinada para entender esses números e traçados, passando a saber como estão as condições do paciente. Quando o aparelho capta alguma informação não desejada, por movimento ou algum fio que se solta, dispara um alarme que serve para alertar a equipe.

O monitor é programado para alarmar sempre que houver:

- Acelerações ou desacelerações da frequência cardíaca;
- Picos hipertensivos ou hipotensão;
- Queda da saturação de oxigênio no sangue.

SONDA PARA URINAR



Pacientes internados em UTI's podem ter necessidade de um controle mais rigoroso dos líquidos que entram e que saem do seu corpo. Para controlar a quantidade de urina, normalmente é colocado um tubo chamado de Sonda Vesical ou Sonda Foley. Esse tubo leva a urina da bexiga até uma bolsa que fica ao lado da cama do paciente.

Todo paciente com sinais de instabilidade hemodinâmica é submetido ao cateterismo da bexiga. Deste modo, conseguimos aferir precisamente o débito urinário do paciente Além de ajudar na avaliação do funcionamento dos rins, que é um dos primeiros a sofrer quando há instabilidade, a quantidade de urina produzida em 24 horas nos auxilia no planejamento do volume de líquidos que será infundido ao longo do dia.

Pacientes graves, com instabilidade dos sinais vitais, costumam apresentar insuficiência renal aguda, ou seja, uma ausência de funcionamento dos rins. Um dos sinais de sofrimento dos rins é a diminuição da diurese, ou seja, da produção de urina. Quando o paciente está com uma sonda urinária é possível medir a produção horária de urina, sendo fácil detectar alterações da diurese.

PUNÇÃO DE VEIA CENTRAL



O paciente que precisa de UTI costuma não estar em condições de tomar comprimidos. Além disso, muitos dos medicamentos usados em situações graves só existem na forma de administração venosa. Isto significa que o paciente em uma unidade de terapia intensiva recebe diariamente dezenas de medicamentos através de suas veias.

Nem todas as drogas podem ser administradas nas pequenas veias periféricas que temos nos braços.

Dois exemplos comuns são as drogas para aumentar a pressão arterial, usadas no choque circulatório, e a nutrição parenteral, usada quando os pacientes são incapazes de se alimentar. Nestas situações, o tratamento só pode ser administrado em veias de grande calibre, que costumam ficar em áreas profundas do corpo. As veias profundas mais utilizadas são a veia subclávia (exemplo na foto ao lado), a veia jugular interna ou a veia femoral.

O médico escolhe uma destas veias e implanta um cateter para poder administrar as drogas necessárias.

O cateter venoso profundo também pode ser usado nos casos em que não se consegue mais puncionar uma veia periférica dos braços ou das pernas. Se o paciente precisa de medicações intravenosas e não apresenta veias adequadas nos braços, uma veia profunda pode ser a solução.

HEMODIÁLISE

A insuficiência renal aguda é uma complicação comum nos pacientes em estado crítico internados em um UTI. Quando os rins param de funcionar, é preciso iniciar um tratamento chamado.

A máquina de hemodiálise procura fazer o papel dos rins, retirando as toxinas do organismo e controlando o volume de água e os níveis de eletrólitos (sais minerais) do sangue.

O paciente ficará fazendo hemodiálise até que os seus rins mostrem sinais de recuperação. As sessões de hemodiálise podem ser contínuas, isto é, por 24h ininterruptas, ou por apenas algumas horas durante o dia, dependendo da gravidade do caso.



Máquina de hemodiálise

VII. Referências

http://www.socati.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=77

<http://zope.sebhe.com.br/HE/hospital/regulamento-pacientes>

<http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Crit%C3%A9rios%20de%20interna%C3%A7%C3%A3o%20em%20terapia%20intensiva.pdf>

POP UTI 009 - DESPERTAR DIÁRIO DE SEDAÇÃO

I. Objetivos

Avaliar o despertar dos pacientes em Ventilação Mecânica (VM) mediante interrupção da sedação contínua.

II. Materiais

- Impresso;
- Caneta;
- Contenção;
- Escala do despertar diário (SAAS);
- Placa de identificação;

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Fundamentação

A interrupção diária da sedação é a forma mais prática e simples de avaliar o comportamento farmacológico dos agentes envolvidos na sedação. Ao suspender o (os) fármaco (os), a equipe tem a possibilidade de monitorar a ação da droga ao longo do tempo, minimizando a tendência de acúmulo da mesma e possibilitando um despertar mais rápido do paciente. Essa estratégia tem demonstrado redução do tempo de ventilação mecânica e do tempo de permanência na UTI.

Além do mais, torna possível uma melhor avaliação do nível de consciência, reduzindo a necessidade de exames de imagem, utilizados muitas vezes para afastar causas neurológicas primárias, responsáveis pelo despertar prolongado dos pacientes.

IV.II - Regras de aplicação da escala

Todos os pacientes sedados em VM serão avaliados quanto à possibilidade de interromper a sedação.

Todos os casos deverão ser discutidos durante a visita com o Staff Médico responsável pelo Round Interdisciplinar do dia em que será definido aqueles pacientes a se interromper a sedação no dia seguinte pela manhã (às 06h).

Mediante definição do (os) paciente (s), o (os) leito (s) do (os) mesmo (s) será sinalizado com uma placa com a seguinte descrição: PROTOCOLO DE DESPERTAR DIÁRIO.

IV.III - Planejamento do despertar

Mediante sinalização do leito, o técnico de enfermagem responsável por aquele leito está autorizado a desligar os sedativos (midazolan e/ou fentanil) em bomba de infusão contínua às 06:0h e conter MMSS mediante prescrição médica e de enfermagem para prevenção do risco de perda de dispositivo.

A partir deste momento, o enfermeiro do setor avaliará o paciente utilizando a escala SAS e, quando o paciente apresentar SAS ≥5 o médico será acionado para definir conduta.

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

Anexo 01: Check list do Despertar de Sedação

| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
|--|--|
| UTI ADULTO | |
| Título: Check List despertar diário de sedação | |
| Data: / / | |
| Paciente: | Leito: |
| Tipo de sedação (qual droga) | |
| Parar sedação às 0h? () Sim () Não Se não, por quê? | |
| Contenção prescrita e aprazada? () Sim () Não Se não, por quê? | |
| Analgésico prescrito? () Sim () Não Qual? | |
| Foi necessário administrar? () Sim () Não | |
| Benzodiazepínicos/ antipsicóticos prescritos (Bólus)? () Sim () Não Qual? | |
| Foi necessário administrar? () Sim () Não | |
| 1ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): | |
| 2ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): | |
| 3ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): | |
| 4ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): | |
| 5ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): | |
| 6ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): | |
| Reavaliar Nível de Agitação se necessário. | |
| 12ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS): | |
| Caso SAS ≥ 5: | |
| 1ª Avaliar Sinais Vitais | |
| PA: _____ x _____ mmHg | PAM: _____ |
| SPO2: _____ % | |
| FC: _____ bpm | |
| FR: _____ ipm | |
| 2ª Avaliar dor | |
| 3ª Avaliar parâmetro ventilatório | |
| 4ª Realizar sedação em bolus | |
| 5ª Realizar sedação em bolus + retorno de dose contínua em valor reduzido à metade da habitual | |
| 6ª Retorno da dose habitual | |
| Necessário retornar com a sedação? () Sim () Não Por quê? | |
| Escala Agitação-Sedação (SAS): | |
| 7 Agitação Perigosa | Ansiedade severa, sudorese, traciona a cânula traqueal, tentando remover cateteres com movimentos de um lado para outro. |
| 6 Muito agitado | Não permanece calmo, a despeito de ordem verbal frequente com o paciente, necessita restrição física, morde a cânula traqueal. |
| 5 Agitado | Ansioso ou levemente agitado. Calmo quando se passa instruções verbais. |
| 4 Calmo e cooperativo | Calmo, desperta facilmente e segue comandos. |
| 3 Sedado | Difícil para despertar, alerta a estímulo verbal ou a um movimento gentil, obedece a comandos simples. |
| 2 Muito sedado | Acorda a estímulo físico mas não responde a comandos, movimentos espontâneos ocasionais. |
| 1 Não responsivo | Mínima ou nenhuma resposta a estímulo, não responde a comandos, sem movimento espontâneo, ausência de tosse. |
| Assinatura do Enfermeiro que iniciou o protocolo: _____ | |
| Assinatura do Enfermeiro que finalizou o protocolo: _____ | |

VII. Referências

Manual de Medicina Intensiva (AMIB); 2014.

Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit; 2013

POP UTI 010 – PLANO DE ALTA NA UTI ADULTO

I. Objetivos

Normatizar as condutas, oferecendo as orientações de como proceder durante o óbito e as altas: transferências internas, transferências externa e alta para casa. Durante as altas de transferências internas dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) às Unidades de Internação, serão orientados pela equipe multidisciplinar quanto ao uso de Dispositivos invasivos: AVC, CNG, CNE, DRENOS, TQT; uso de BIPAP, fixadores, curativos e estas orientações constarão em prescrição médica/enfermagem e evoluídas no prontuário do paciente (Sistema RM TOVSTS).

II. Materiais

- Prontuário do paciente;
- Caneta;
- Prescrição;
- Evolução no prontuário do paciente (Sistema RM TOVST);
- Carimbo.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

Critérios de Alta

1. Pacientes que não necessitam mais de cuidados interdisciplinares intensivos;
2. Pacientes que possam ter a continuidade de seus cuidados viabilizados nas unidades de Internação.

Decisão de alta

1. A responsabilidade da alta é de solicitação do Médico Coordenador da UTI junto ao Médico plantonista, tendo a aval de toda a equipe multidisciplinar, preferencialmente com programação de alta definida durante o "Round Multidisciplinar".
2. No caso de não haver concordância na alta, por parte do médico assistente, este deverá justificar no prontuário o porquê da contraindicação.

Cuidados na alta

- O enfermeiro deverá preencher o formulário de "Comunicado de Transferência interna", com os dados do paciente, incluindo os campos de especialidade, precaução e necessidades especiais ao leito e entregar ao setor de gerenciamento de leitos (Anexo 01);
- O setor de Gerenciamento após dimensionamento do leito conforme especialidade médica e demanda do paciente, confirma com enfermeiro do setor de internação a disponibilidade e o preparo do leito;
- Após liberação do leito, o funcionário do gerenciamento faz contato com a família e/ou responsável e solicitará um acompanhante, este familiar terá duas horas para comparecer ao hospital, caso contrário o paciente poderá ser encaminhado ao leito na Unidade de Internação, conforme solicitação do Médico plantonista;
- O médico plantonista da UTI-A deverá sempre na alta fazer um parecer encaminhando o paciente para a clínica responsável por ele na internação;
- Quando o paciente estiver sendo submetido ao tratamento de fisioterapia dentro da UTI-A, deverá ser feito um parecer, solicitando a continuidade do tratamento fisioterapêutico na Unidade de Internação, este formulário de parecer fica arquivado em uma pasta no armário da fisioterapia, onde este é verificado pelos fisioterapeutas das unidades de internação diariamente;
- Comunicar e explicar o paciente/família/acompanhante sobre a movimentação a ser realizada e os novos horários de visita, se necessário;
- Comunicar o enfermeiro do setor que receberá o paciente e verificar a possibilidade de efetuar a transferência após explicar as necessidades de preparo do leito do paciente;
- Iniciar o preenchimento do impresso "Check List Movimentação Segura do Paciente" e finalizá-lo no momento da passagem do caso do paciente a beira leito ao enfermeiro que recebe o paciente (Anexo 02). Esse formulário está descrito todos os dados importantes para a Transição do cuidado;
- A fisioterapia realiza também a Transição do cuidado através do Formulário de Orientações do Fisioterapeuta da UTI para o da Unidade de Internação;
- Encaminhar o paciente utilizando o meio de transporte mais adequado (leito/maca/berço/incubadora de transporte/cadeira de rodas), com prontuário completo, resultados de exames e pertences pessoais ao setor de destino, além da identificação do leito do paciente e pulseira de identificação;

- Equipe assistencial responsável pela movimentação e do paciente deverá acompanhar o paciente até a chegada ao setor destino;
- Passar o quadro do paciente a beira leito para o profissional de enfermagem que será responsável pelo mesmo (enfermeiro e Técnico em enfermagem);
- O técnico de enfermagem deverá verificar os exames e o prontuário completo;
- Realizar a Mudança de leito do paciente no Sistema RM (responsabilidade de quem encaminha o paciente);
- É função do técnico de enfermagem administrativo do setor de origem realizar devolução de materiais/medicamentos, organização do prontuário, protocolar o prontuário com preenchimento da "Etiqueta para transferência do prontuário pós-alta setorial", exames e medicações devem ser encaminhados junto com o paciente, ou devolvidas em caso de não uso;
- Na transferência externa, deverá ser providenciado xerox da prescrição médica, xerox da folha de Balanço Hídrico, formulário de exames complementares, encaminhar junto com o paciente os resultados de exames pertencentes e relatório médico. O enfermeiro é responsável por verificar as condições do transporte (ambulância), solicitar ao médico plantonista e/ou a recepção de emergência emissão da A.I.H, verificar as duas assinaturas médicas com o carimbo e coordenar/auxiliar no preparo do paciente para a remoção;
- Toda transferência interna, externa e óbito deverão ser evoluídas no sistema pela equipe multidisciplinar.
- A higienização do leito após a alta ou óbito é feito pelo Serviço de Higiene e Limpeza.
- A equipe de enfermagem do setor retira todos os materiais e equipamentos de acordo com o protocolo de desinfecção dos equipamentos. Após retirada aciona o colaborador da Higiene e Limpeza para realizar a desinfecção terminal do leito e em seguida este é montado pela equipe de enfermagem.

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

http://www.hasp.org.br/orientacoes_uti.php

POP UTI 011 - DECISÕES DE TRATAMENTO E CUIDADO PALIATIVO

I. Objetivos

Segundo a definição da OMS, Cuidados Paliativos é descrito como uma “abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, ampliando o campo de atuação. Não se fala também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida, também após a morte do paciente, no período de luto.

Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos, todos os “pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida”, deveriam receber a abordagem dos “Cuidados Paliativos” desde o seu diagnóstico.

II. Materiais

- Prontuário eletrônico;
- Placa de identificação fixada no leito;
- Computador.

III. Abrangência

Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) e Unidades de Internação.

IV. Descrição dos passos da atividade

O tratamento em “Cuidados Paliativos” deve reunir as habilidades de uma equipe Interdisciplinar para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares.

As ações incluem medidas terapêuticas para o controle dos sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e apoio espiritual ao paciente em fase de terminalidade. Para os familiares, as ações se dividem entre apoio social e espiritual e intervenções psicoterapêuticas do diagnóstico ao período do luto.

IV.I - Princípios dos Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes as diversas especialidades, possibilidade de intervenções clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento das ciências da saúde e de conhecimentos específicos.

A OMS publicou, em 1986, princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Esses princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002 e estão listados adiante.

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis

Dessa forma, é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não-farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o "sintoma total", plagiando o conceito de dor total criado por "Dame Cicely Saunders", em que todos esses fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas, devendo ser levados em consideração na abordagem.

- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida

O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

- Não acelerar nem adiar a morte

Enfatiza-se dessa forma que "Cuidados Paliativos" nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Essa relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a "linha tênue e delicada do fazer e do não fazer".

- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série de perdas, com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados.

As perdas de autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e, conseqüentemente, de

status social, podem trazer angústia depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, que podem apresentar maior dificuldade de controle.

- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte

Não devemos nos esquecer de que qualidade de vida e bem-estar implica observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional.

- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto.

- A decisão do cuidado paliativo deve ser tomada pela equipe multidisciplinar tendo a participação e entendimento dos familiares a respeito dessa terapia indicada. Todos da equipe devem estar cientes deste suporte e evoluir no prontuário do paciente.

- Quando a indicação de Terapia Paliativa para o paciente ocorre na UTI à abordagem familiar acontece neste setor. Se o paciente possui condições clínicas de receber alta da UTI para a Unidade de Internação há uma continuidade desta proposta de tratamento na unidade de destino, onde a equipe multidisciplinar desta unidade assume os cuidados, o suporte e as orientações permanentes aos familiares.

- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.

Na prática do cuidado ao paciente, frequentemente iremos nos deparar com inúmeros fatores que atuarão concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da própria doença e na relação com o paciente e a família. A integração sugerida pelo Cuidado Paliativo é uma forma de observarmos o paciente sob todas as suas dimensões e a importância de todos esses aspectos na composição do seu perfil para elaborarmos uma proposta de abordagem.

- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

Com uma abordagem holística, observando o paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, poderemos, respeitando seus desejos e suas necessidades, melhorar o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevivência.

Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, junto a outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da OMS, esses devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal. Dessa forma, cuidaremos do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, portanto não devemos privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer. Devemos utilizá-los de forma hierarquizada, levando em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados.

IV. II - Como medir os declínios funcional e clínico

Para medir a condição clínica do paciente e a Escala de Performance Paliativa (PPS) (Tabela 4), que foi desenvolvida em 1996, em Victoria, British Columbia, e revista em 2001. Para contornar a dificuldade de avaliação prognóstica, foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam na decisão de encaminhar o paciente aos Cuidados Paliativos.

Alguns desses critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), câncer, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não-específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas e perda funcional, também são utilizados.

| Tabela 4 – Escala de performance paliativa | | | | | |
|--|--------------------|---|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| % | Deambulação | Atividade e evidência de doença | Autocuidado | Ingestão | Nível de consciência |
| 100 | Completa | Normal, sem evidência de doença | Completo | Normal | Completo |
| 90 | Completa | Normal, alguma evidência de doença | Completo | Normal | Completo |
| 80 | Completa | Com esforço, alguma evidência de doença | Completo | Normal | Completo |
| 70 | Reduzida | Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença | Completo | Normal ou reduzida | Completo |
| 60 | Reduzida | Incapaz de realizar hobbies, doença significativa | Assistência ocasional | Normal ou reduzida | Completo ou com períodos de confusão |
| 50 | Sentado ou deitado | Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa | Assistência considerável | Normal ou reduzida | Completo ou com períodos de confusão |
| 40 | Acamado | <i>Idem</i> | Assistência quase completa | Normal ou reduzida | Completo ou com períodos de confusão |
| 30 | Acamado | <i>Idem</i> | Dependência completa | Reduzida | Completo ou com períodos de confusão |
| 20 | Acamado | <i>Idem</i> | <i>Idem</i> | Ingestão limitada a colheradas | Completo ou com períodos de confusão |
| 10 | Acamado | <i>Idem</i> | <i>Idem</i> | Cuidados com a boca | Confuso ou em coma |
| 0 | Morte | - | - | - | - |

Indicações de Cuidados Paliativos em UTI / Unidade de Internação

As UTI's fornecem tratamentos sofisticados a doentes graves. Os pacientes portadores de doenças crônicas que apresentam exacerbações ao longo da evolução da doença estão vivendo mais tempo por causados avanços oferecidos em seus tratamentos e, em geral, vivem mais, mas com piores condições de vida.

Infelizmente, ainda existem muitas barreiras para prestar Cuidados Paliativos eficazes nessa área da saúde. Porém, graças à boa prática médica, a medicina com base em evidências e ao bom senso, a ciência está ao lado dos "Cuidados Paliativos".

Em 2006, a revista *Critica Care Medicine* publicou um suplemento inteiro dedicado ao tema "Cuidados Paliativos na UTI", contemplando diversos dilemas vividos nesse setor.

Além da formação insuficiente do médico e de sua dificuldade em perceber que não pode mais atuarem direção à cura, temos ainda a dificuldade de encarar a própria finitude e a impotência diante da inevitabilidade da morte. Os problemas ético legais que permeiam essas decisões também influenciam a vivencia desses dilemas.

Entre os dilemas de comunicação temos:

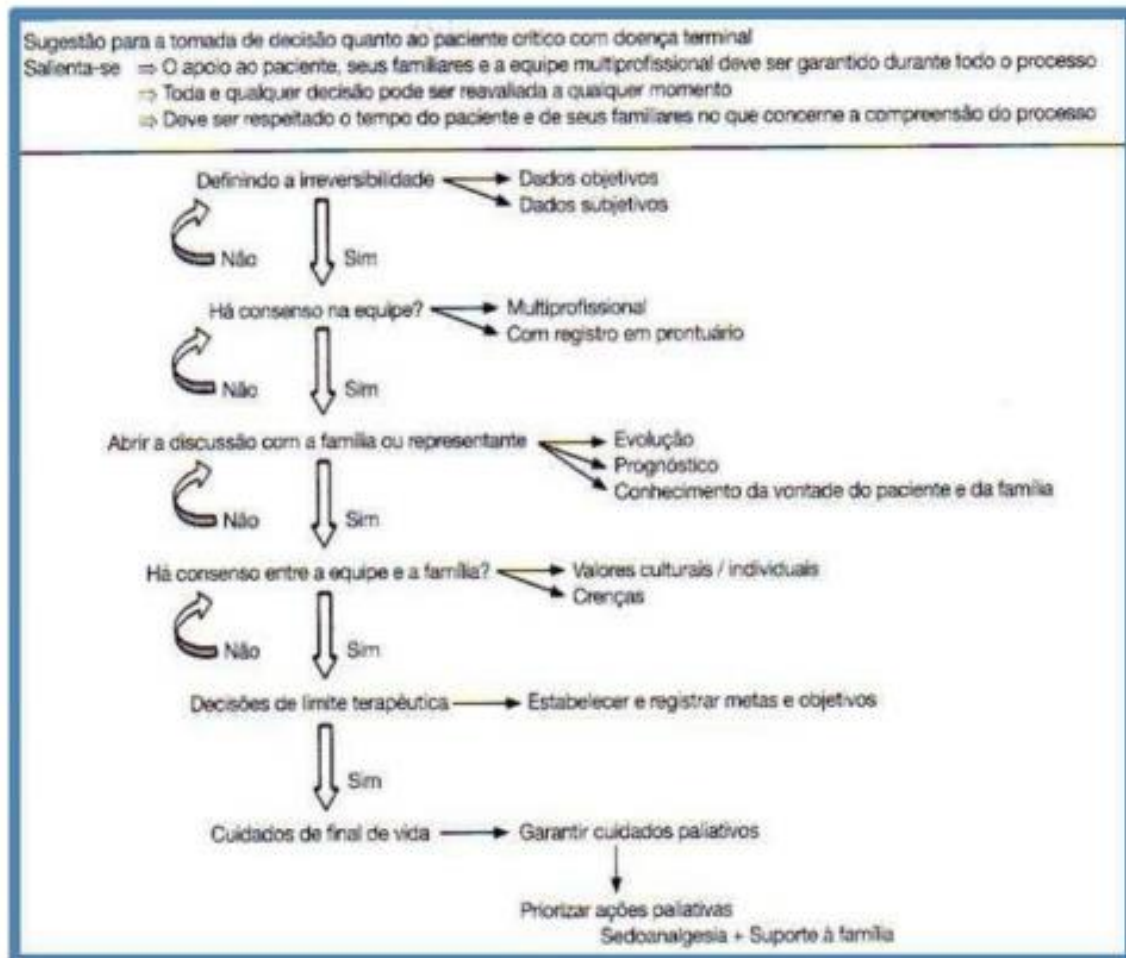
- Comunicação insuficiente sobre as decisões de fim de vida;
- Incapacidade de pacientes de participar nas discussões sobre seu tratamento;
- Expectativas não-realistas por parte dos pacientes e de seus familiares sobre o prognostico ou a eficácia do tratamento;
- Falta de oportunidades para discussão sobre a forma como eles desejam receber os cuidados no final da vida.

Podemos considerar algumas situações encontradas em UTI / Unidade de Internação que nos auxiliam a identificar pacientes que teriam benefício em receber atenção de Cuidados Paliativos (Quadro 3).

| Quadro 3 – Critérios de indicação para Cuidados Paliativos em UTI⁽²⁹⁾ |
|---|
| Admissão proveniente de instituição de longa permanência; portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência) |
| Duas ou mais estadias na UTI na mesma internação |
| Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame |
| Falência de múltiplos órgãos |
| Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito |
| Câncer metastático |
| Encefalopatia anóxica |
| Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões |

UTI: unidade de terapia intensiva.

FIGURA 1: Sugestão para a tomada de decisão quanto ao paciente crítico com doença terminal segundo MORITZ et al.



Os princípios fundamentais dos cuidados paliativos são especificados no Quadro 4.

| |
|---|
| <p>Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida</p> <p>Priorizar sempre o melhor interesse do paciente</p> <p>Repudiar futilidades: diagnóstica e terapêutica</p> <p>Não encurtar a vida nem prolongar o processo da morte</p> <p>Garantir a qualidade da vida e do morrer</p> <p>Aliviar a dor e outros sintomas associados</p> <p>Cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais dos pacientes e de seus familiares</p> <p>Respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais</p> <p>Avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida</p> <p>Estimular a Interdisciplinaridade como prática assistencial</p> |
|---|

De forma genérica, as ações paliativas são apontadas no Quadro 5.

| |
|--|
| <p>Planejamento e ação</p> <p>Todas as ações de prevenção e terapêuticas devem ser planejadas com a participação da família-paciente e da equipe assistencial.</p> <p>Privilegiar a adequada comunicação</p> <p>Fornecer apoio aos envolvidos no processo (familiares e funcionários)</p> <p>Permitir flexibilidade das visitas e, se possível, um acompanhante</p> <p>Controle dos sintomas e promoção do conforto ao paciente</p> <p>A prevenção e tratamento da dor devem ser incorporados como rotinas dos cuidados intensivos. O alívio da dor deve ser garantido mesmo nas situações de duplo efeito da medicação.</p> <p>Reconhecer e tratar os aspectos físicos e psicológicos da dispnéia e dor.</p> <p>Visar o bem estar do doente e não a maleficência</p> <p>Suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer (Exemplo: drogas vasoativas, métodos dialíticos, nutrição parenteral total)</p> <p>Adequação dos tratamentos não fúteis (Exemplo: sedoanalgesia individualizada, reavaliação do suporte ventilatório)</p> |
|--|

A tomada de decisão do Cuidado Paliativo se dará durante "Round Interdisciplinar". Ficando discriminado da seguinte forma:

Psicólogo (a)

- Participa na indicação de terapia paliativa para o paciente junto à equipe multiprofissional;
- Realiza a abordagem familiar sobre “Cuidados Paliativos” junto à equipe médica;
- Registra no prontuário do paciente sobre a realização da abordagem familiar;
- Realiza psico educação diária sobre Cuidados Paliativos aos familiares do paciente;
- Oferece suporte psicológico ao paciente em Cuidados Paliativos bem como aos seus familiares.
- Responsável por sinalizar o leito.

Técnico de enfermagem

- Recebe o acompanhante/ familiar, orientando-o quanto a lavagem das mãos, pertences, uso de adornos, uso de avental, gorro, quando necessário, e o leva ao leito;
- Observar manifestações de sintomas de dor no paciente e comunica ao enfermeiro plantonista;
- Administrar analgesia conforme prescrição médica;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Manter higiene e cuidados de conforto e bem-estar.

Enfermeiro

- Participa na indicação de terapia paliativa para o paciente junto com a equipe multiprofissional;
- Avalia a dor, propõe ações de melhoria e comunica ao médico;
- Responsável por sinalizar o leito.

Fisioterapia

- Participa na indicação de terapia paliativa para o paciente junto com a equipe multiprofissional;
- Posicionamento do paciente de forma confortável.

Médico

- Avalia as condições clínicas do paciente e propõe o cuidado paliativo junto com a equipe multiprofissional;

- Aborda a família junto a a psicóloga sobre a indicação, objetivo e funcionamento do cuidado paliativo;
- Prescrição de analgesia e sedativos S/N;
- Registra no prontuário a abordagem familiar realizada sobre os Cuidados Paliativos.

Médico (a) coordenador

- Avalia as condições clínicas do paciente e propõe o cuidado paliativo junto com a equipe multiprofissional.

Fisioterapeuta e enfermeiro (a) coordenadores

- São comunicados a respeito do cuidado paliativo e assim, também faz sua avaliação e corrobora com a equipe conforme necessidade.

Transferência do Cuidado Paliativo

No momento da alta do paciente da UTI Adulto para a Unidade de Internação é repassado na transferência do cuidado a informação da decisão do cuidado paliativo, dando continuidade ao processo de medidas de conforto nas Unidades de Internação, com identificação do leito, para a sinalização da equipe.

V. Siglas e Definições

OMS: Organização Mundial da Saúde.

PPS: Escala de Performance Paliativa.

ICC: Insuficiência cardíaca congestiva.

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica.

ELA: Esclerose lateral amiotrófica.

VI. Anexos

Anexo 1 - Placa de sinalização no leito



VII. Referências

https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Juliao3/publication/308902043_Terapia_da_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242.pdf

Moritz RD, Lago PM, Deicas A, Nilson C, Machado FO, Othero J et al. 1º Forum do Grupo de Estudos do Fim de Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI.

Rev. Bras Ter Intensiva. 2009, 21(3): 306-9.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000400016&script=sci_arttext

<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5857>

<http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf>

<http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf>

POP UTI 012 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

I. Objetivos

A Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa a categoria que norteia e direciona todas as atividades da equipe de Enfermagem, tendo em vista que o Diagnóstico de Enfermagem e

Prescrição da Assistência de Enfermagem são atividades privativas do Enfermeiro; os técnicos e auxiliares de Enfermagem desempenham suas funções a partir da prescrição do Enfermeiro e participam da SAE em caráter complementar naquilo que lhes couber. A viabilização, organização e execução do Processo de Enfermagem (PE) são possíveis por meio das seis etapas da SAE de forma inter-relacionadas e interdependentes, conforme contornos legais da profissão.

Os objetivos da SAE são o levantamento de problemas atuais, o gerenciamento de possíveis riscos, as respostas apresentadas pelo paciente frente a terapêutica implementada, suas potencialidades de melhoria e grau de limitação para que o Enfermeiro elabore os diagnósticos de enfermagem, estabeleça prioridades assistenciais, prescreva as intervenções de enfermagem, acompanhe o processo de cuidado, reavalie as condutas, fazendo as adequações necessárias visando a melhoria, proporcionando ao Enfermeiro a tomada de decisão, respaldo teórico, metodológico e legal para a prática profissional, cujas etapas e registro de dados vislumbram ao raciocínio clínico e científico trazendo maior cientificidade a profissão.

II. Materiais

- Impressos (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Prescrição de Enfermagem, anotações técnicas de Enfermagem e Evolução do Enfermeiro em prontuário);
- Ficha de balanço Hídrico;
- Ficha de controles de Enfermagem;
- Formulários: Ficha de avaliação de Lesão por Pressão, avaliação de risco para prevenção de queda e profilaxia de TVP.
- Escalas: Glasgow, RASS, Braden, Fugulin, MEWS.
- Prescrição Médica;
- Exames solicitados;
- Passante.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (Coleta de dados da enfermagem): Constituído pela anamnese (entrevista e exame físico). A entrevista investiga a situação de saúde do cliente ou comunidade, coletando dados com o paciente, familiar, cuidador ou acompanhante a respeito da história de saúde atual, História Patológica Progressiva

(HPP), medicações de uso contínuo, alergias, hábitos de vida, uso de drogas (i)lícitas e demais informações relevantes para identificação de problemas e necessidades de saúde passíveis de serem abordadas pelos

Diagnósticos de Enfermagem e se estabelecer Intervenções de Enfermagem. O exame físico cefalo-podal, consiste nos quatro métodos propedêuticos: INSPEÇÃO, PALPAÇÃO, PERCUSSÃO e AUSCULTA.

- Utilizar impresso próprio setorial para coleta de informações junto ao paciente.

IV.II - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM/PROBLEMAS:

Nessa fase o enfermeiro analisa os dados coletados e avalia o estado de saúde do cliente através da identificação e avaliação de problemas de saúde reais ou potenciais que são passíveis da resolução por meio das intervenções de Enfermagem.

Conceito: é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. O julgamento clínico é o processo cognitivo caracterizado por diversas decisões para definir o melhor diagnóstico, a melhor intervenção e os efeitos desta intervenção, estabelecendo o diagnóstico e o seu raciocínio. O enfermeiro necessita desenvolver habilidades e competências cognitivas, técnicas, afetivas e sociais para ser capaz de desenvolver o raciocínio clínico.

O Diagnóstico de Enfermagem é ação privativa do enfermeiro, deve ser realizado diariamente, de forma sequencial e enumerada, e o enfermeiro deve assinar, carimbar ou colocar número do COREN sob o qual está inscrito ao final do instrumento utilizado para anotação dos Diagnósticos de Enfermagem (impresso padronizado no setor).

IV.III - PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO PLANEJAMENTO

É a determinação global da assistência de Enfermagem que o paciente deve receber frente ao Diagnóstico de enfermagem estabelecido, este é resultante da análise diagnóstica, examinando os problemas, demandas de cuidados, limitações, potencialidades e o grau de dependência. Esta etapa é dada a partir das Intervenções de Enfermagem que são estabelecidas e prescritas conforme cada Diagnóstico de Enfermagem estruturado.

Observação: R (realizar), A (ajudar), O (orientar), S (supervisionar) e/ou E (encaminhar).

As intervenções planejadas devem ser destinadas a alcançar, prevenir, resolver ou controlar os problemas e respostas apresentadas pelo paciente, durante as etapas de Histórico e Diagnóstico de Enfermagem.

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

É a concretização do plano de atendimento ou assistencial pelo roteiro aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas específicas do ser humano. O momento da realização pode ser: admissional, complementar diária e de alta. Seu efeito pode ser de conduta ou de ação. A conduta modifica o estado do cliente (repouso, curativo, orientação, termoterapia, higiene, etc.) A ação proporciona subsídio para avaliar o cliente (sinas vitais, administração de medicamentos, diurese, características de sinais e sintomas, etc.). Quanto à autonomia, pode ser independente, quando a decisão é o enfermeiro (higiene, repouso, curativo, orientação, controle de SSVV, etc.); dependente, quando é vinculada a decisão de outros profissionais (medicamentos, exames, cirurgia, etc.).

As diretrizes são:

- Dirigidas pelos Diagnósticos e outros problemas de Enfermagem (prescrição médica, exames, cirurgia, etc.);
- Verbo no infinitivo e de ação (Fazer, encaminhar, aplicar, banhar, orientar, ministrar, esclarecer, controlar, avaliar, explicar, informar, lubrificar, acompanhar, etc.); Responde: O que? Como? Quando? Que parte do corpo?

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

É o conjunto de cuidados de enfermagem (intervenções, atividades e ações) planejados e implementados num determinado período de tempo, em função dos diagnósticos e problemas colaborativos de enfermagem. É um roteiro diário das ações, intervenções ou cuidados de enfermagem que deverão ser prestados ao paciente durante as 24 horas.

O modelo de prescrição de enfermagem deve:

- Diária;
- Contemplar os problemas encontrados;
- Responder: o quê, como e quando;
- Utilizar o verbo no infinitivo que indique o grau de dependência do paciente (ajudar, orientar, banhar, auxiliar, etc.);
- Estabelecer a hora para a caracterização de prioridade na execução dos cuidados;
- Ser concisa, clara e específica;
- Ser checada quando realizada;
- Conter assinatura, e número do COREN.

IV.IV – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

É o relato apurado das mudanças sucessivas que ocorrem com os clientes enquanto está sob a assistência profissional. Anotar inicialmente a avaliação do global do plano de cuidado. Determina se os resultados foram atingidos, se as intervenções (IE) foram efetivas e se são necessárias modificações. Pode ser conceituada ainda como a análise das respostas do cliente frente aos cuidados de enfermagem prescritos em função dos resultados obtidos no prazo determinado.

A análise das respostas dos pacientes frente aos cuidados de enfermagem nas 24 horas deve:

- Ser realizada diariamente pelo enfermeiro;
- Anteceder a prescrição de enfermagem;
- Contemplar os problemas de enfermagem levantados;
- Seguir um roteiro de sequência (Contendo: dias de internação, diagnóstico médico de base, motivo da internação, dias de pós-operatório e tipo de cirurgia; HPP, alergias, dispositivos em uso e cuidados com estes, nível de consciência e/ou sedação; mobilidade; dependência para higiene e alimentação; avaliação dos sinais vitais das 24 horas; avaliação da aceitação

alimentar; avaliação da diurese; avaliação da função intestinal; exame físico completo-sumário em comparação com o dia anterior; resultado alterado dos exames laboratoriais; exames especiais e/ou intervenções cirúrgicas; medicações especiais; necessidades espirituais expressas pelo cliente; participação da família do tratamento; queixas apresentadas e condutas mediante a queixa);

- Conter assinatura e número do COREN.

V. Siglas e Definições

COREN: Conselho Regional de Enfermagem;

HPP: História Patológica Progressiva;

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem;

PE: Processo de Enfermagem;

SSVV: Sinais Viatis

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem- SP. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo, 1999. Anexo.

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Departamento de Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem. [Internet]. Rio Grande do Norte, 2010. [Acesso em 2013 ago 13]. Disponível em:

http://www.cefope.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_hwg/servico/01-SISTEMATIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20ASSISTENCIA%20DE%20ENFERMAGEM.pdf

POP UTI 013 - PREPARO DO LEITO

I. Objetivo

Preparar e manter o leito do paciente limpo e organizado, provendo todos os materiais permanentes e de consumo necessários para prestar uma assistência de qualidade.

O preparo do leito é um conjunto de elementos destinados a acomodações do paciente internado e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento.

Tem por objetivo proporcionar ao paciente um ambiente adequado a sua rápida recuperação e efetuar um tratamento humanizado e integral durante sua estadia no setor, facilitando assim sua adaptação, além de oferecer a enfermagem condições que favoreçam um bom desempenho de suas funções.

II. Materiais

II. I. – UTI Adulto

- Monitor multiparâmetros com cabos de PA, ECG e oximetria;
- Sistema de gases (ar comprimido e oxigênio);
- Sistema de aspiração (válvula e copo de vácuo, 05 sondas aspiração e 10 luvas de toque);
- Cama elétrica com colchão e enxoval estendido;
- Colchão pneumático com motor testado;
- Termômetro;
- Estetoscópio;
- Suporte ventilatório (Respirador mecânico, kit traqueia, AMBÚ, fluxômetro e copo umidificador para CN);
- 04 Bombas de Infusão Contínua (BIC) para medicamentos e 01 BIC para dieta.

II. II. – UTI Neonatal

- Monitor multiparâmetros com cabos de PA, ECG e oximetria;
- Sistema de gases (ar comprimido e oxigênio);
- Sistema de aspiração (válvula e copo de vácuo, 05 sondas aspiração e 10 luvas de toque);

- Incubadora/ berço aquecido;
- Colchão pneumático com motor testado;
- Termômetro;
- Estetoscópio;
- Suporte ventilatório (Respirador mecânico, kit traqueia, AMBÚ, fluxômetro e copo umidificador para CN);
- Bombas de Infusão Contínua (BIC) para medicamentos.

II. III. – Setor Internação e CPN

- Cama com colchão e enxoval;
- Mesa de cabeceira equipada com os pertences do paciente;
- Uma cadeira;
- Mesa de refeições;
- Escadinha;
- Oxigênio;

OBS: 1) Os leitos deverão ser montados após alta do paciente no setor e verificados quando confirmado a admissão;

2) A disposição dos moveis deverá ser de maneira que permita boa circulação ao redor.

III. Abrangência

UTI Adulto, UTI Neonatal, Setor de Internação e CPN.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Acionar o Serviço de Higiene e Limpeza do setor, comunicando a necessidade de desinfecção terminal;
- Transportar para a unidade do paciente: 03 lençóis, 01 cobertor (se necessário), 01 oleado (se necessário), 01 traçado e 01 fronha ou o Kit enxoval;
- Arrumar o leito, na seguinte ordem: lençol protetor do colchão, oleado, traçado, lençol protetor do paciente, cobertor e fronha;
- Desfazer rugosidades.

- Checar o adequado fornecimento de oxigênio e ar comprimido, bem como a capacidade de pressão da rede de vácuo;
- Montar material de oxigenoterapia e de aspiração de vias aéreas superiores (se necessário).

OBS:

- Verificar a necessidade de preparar a cama de operado, caso o paciente tenha sido submetido a procedimento cirúrgico;
- É importante saber as condições clínicas do paciente, nível de consciência, necessidades de precauções de contato ou respiratórias, realização de hemodiálise antes da escolha da localização do leito e montagem da unidade do paciente;
- Revisar o funcionamento dos equipamentos: cama, colchão e painel de gases.

IV. I – Arrumação do Leito:

Definição:

- Cama aberta: é quando o leito está ocupado pelo cliente que se locomove ou aguarda sua chegada;
- Cama aberta para acamado: é ocupada pelo cliente impossibilitado de locomover-se;
- Cama fechada: é quando o leito está vago até que um novo cliente a ocupe;
- Cama de operado: é quando está aguardando o retorno do paciente do centro cirúrgico.

Normas:

- Abrir portas e janelas em casos de setores abertos, antes de iniciar o trabalho;
- O leito deve ser trocado quantas vezes forem necessárias;
- Utilizar lençóis limpos, secos e sem pregas;
- Observar o estado de conservação dos colchões e travesseiros;
- Não sacudir as roupas de cama;
- Não arrastar as roupas de cama no chão.
- Colocar as roupas de cama contaminadas em sacos plásticos coloridos padronizados em cada setor.

IV. II – Preparo do Leito sem Paciente (cama fechada):

Material:

- Luvas de procedimento;
- 03 Lençóis;
- 01 Travesseiro;
- 01 Fronha;
- 01 Forro ou traçado ou laminado;
- 01 Cobertor, se necessário;
- Hamper.

Técnica:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Colocar o material no carrinho de banho ou mesa de cabeceira;
- Retirar a roupa de cama suja e colocá-la no hamper próximo ao leito;
- Desprezar as luvas;
- Estender o lençol sobre o leito, amarrando as pontas do lençol na cabeceira e nos pés;
- Estender o forro sobre o leito prendendo-o sob o lençol na parte mais próxima;
- Estender o virol e fazer uma meia dobra na cabeceira;
- Fazer o canto do viril nos pés da cama;
- Passar para o lado mais distante e proceder à arrumação do forro e virol;
- Colocar a fronha no travesseiro;
- Colocar o travesseiro na cama, com o lençol para cobrir o paciente;
- Recompor a unidade;
- Lavar as mãos.

IV. III – Preparo do Leito com Paciente (cama aberta):

Material:

- 01 travesseiro;
- 03 Lençóis;

- 01 cobertor (se necessário);
- 01 fronha;
- 01 rolo para costas (se necessário)
- 01 forro ou traçado ou laminado;

Técnica:

- Lavar as mãos;
- Colocar a roupa na mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o hamper próximo à cama;
- Desprender a roupa de cama, do lado do paciente e do lado oposto;
- Colocar o travesseiro sem fronha na mesa de cabeceira;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal protegido com o lençol de cima;
- Enrolar o forro e lençol de baixo separadamente, até o meio da cama e sob o corpo do paciente;
- Substituir o lençol de baixo, e o forro ou traçado ou laminado, pela roupa limpa;
- Virar o paciente para o lado pronto, sem expô-lo;
- Passar para o lado oposto;
- Retirar a roupa usada, retirar as luvas, e esticar os lençóis limpos, prendendo-os e fazendo os cantos;
- Colocar a fronha no travesseiro, acomodando o paciente.

OBS: Caso o paciente seja totalmente dependente, a troca de cama deverá ser realizada por duas pessoas.

IV. IV – Preparo do Leito de Operado:

O leito de operado é semelhante ao leito fechado, mas com lençol dobrado em pregas, na cabeceira do leito próximo ao lençol móvel. Esse leito terá as roupas soltas nos pés, exceto o lençol de baixo. O lençol de cima, cobertor, e colcha deverá ser dobrado na parte da cabeceira e dos pés, deixando-os enrolados lateralmente. Após deitar o paciente operado, cobri-lo e

prender as peças da cama que estavam soltas fazendo os cantos.

V. Siglas e Definições

- Limpeza Concorrente: é realizada diariamente após o banho do paciente e arrumação do seu leito. Consiste na limpeza de parte do mobiliário da unidade do paciente.

- Limpeza Terminal: é realizada a limpeza completa da unidade do paciente após alta, óbito ou transferência.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

PERRY, P. Fundamentos de Enfermagem, tradução da 7ª Edição, Editora Mosby Elsevier, 2009.

Scribd. Procedimento Operacional Padrão. 2013. [acesso em 2013 jul 19]. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/95158909/POP-Preparo-Do-Leito-de-Operado>.

SOUZA, VHS. MOZACHI, N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP UTI 014 - PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS, INDICADORES E CENSO

I. Objetivos

Padronizar a rotina de preenchimento da planilha de indicadores e censo, aderindo plenamente os processos e gerando confiabilidade e segurança a atividade.

II. Materiais

- Planilhas;
- Indicadores;
- Censo;
- Caneta.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV. I. Coletar os Dados;

IV. II. Preencher as planilhas com os dados decorrentes da rotina diária. São elas:

- Planilha de Censo: o enfermeiro deverá preencher os dados do paciente durante a entrada, permanência e saída.

O tempo de retenção será de 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de utilização do Desfibrilador: deverá ser preenchida às 08 e às 20h pelo enfermeiro dos dois plantões, observando os procedimentos de Manuseio e checagem do desfibrilador Philips e Manuseio e checagem do desfibrilador MD SERIES. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum.

- Planilha Controle de Irrigação Vesical: deverá ser preenchida pelo técnico de enfermagem sempre que ocorrer a prescrição da irrigação vesical, observando o volume infundido e o volume drenado. O tempo de retenção será através do anexo deste documento no prontuário do paciente;

- Mapa de Monitorização da Temperatura Ambiente: deverá ser preenchida pelo enfermeiro às 08h e às 20h, seguindo as orientações descritas no formulário. O tempo de retenção será de

02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de utilização do Carrinho de Emergência: deverá ser preenchido, pelo enfermeiro com o número do laque sempre que for utilizado e repostado, juntamente ao número do prontuário do paciente. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de Utilização do Cilindro de O2: deverá ser preenchido às 08 e 20h pelo enfermeiro dos dois plantões, observando o limite da troca da bala de O2. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de utilização e desinfecção do Laringoscópio: deverá ser preenchido às 08 e às 20h pelo enfermeiro dos dois plantões, observando a data de desinfecção. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Planilha de Hemodiálise: deverá ser preenchida pelo técnico de enfermagem na ocasião do procedimento, observando o volume infundido e o volume drenado. O tempo de retenção será através do anexo deste documento no prontuário do paciente;

- Planilha de Culturas, Swab Nasal e Swab Retal: deverá ser preenchida pelo enfermeiro de acordo com os campos presentes: nome completo do paciente, leito, data da coleta, material. Anexar à planilha impressa em papel rosa na prancheta do paciente. O tempo de retenção será através do anexo deste documento no prontuário do paciente no momento do recebimento de sua alta da UTI;

- Planilha de coleta de procedimentos cirúrgicos: deverá ser preenchida diariamente pelo Técnico de enfermagem administrativo mensalmente e encaminhar no primeiro dia útil para coordenação de enfermagem do Centro Cirúrgico.

- Planilha de mensuração de PIC com DVE: esta planilha deverá ser utilizada diariamente quando o paciente estiver no setor utilizando o cateter para mensurar a PIC.

- Planilha Limpeza Terminal em pacientes de longa permanência: planilha aberta mensalmente para comprovar a limpeza terminal para pacientes com mais de 30 dias de internação.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

NA

VII. Referências

NA

POP UTI 015 - MANUSEIO E CHECAGEM DO MARCAPASSO CARDÍACO

I. Objetivos

Orientar com relação ao manuseio e checagem do marcapasso transvenoso.

II. Materiais

- Gerador;
- Bateria interna de reserva e do marcapasso;
- Cateter eletrodo Bipolar para marcapasso temporário;
- Fio guia;
- Fio bipolar/jacaré;
- Agulha de punção (introdutor);
- Introdutor / Bainha;

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

A técnica de implante do marcapasso transvenoso, consultar procedimento de Auxílio no implante de marcapasso transvenoso e transcutâneo.

IV.I - PROGRAMAÇÃO DE GERADOR EXTERNO

Conecta-se o polo distal ao terminal negativo e o polo proximal ao terminal positivo do marcapasso, mensurados e os limiars de comando e sensibilidade.

LIMIAR DE COMANDO

É a menor quantidade de energia aplicada ao músculo cardíaco capaz de despolarizá-lo. Na sua determinação, inicialmente regula-se o gerador ainda desligado para assíncrono (V00) ou colocando a sensibilidade no maior valor numérico possível, isso fará com o que o marca-passo fique insensível às despolarizações cardíacas e não seja inibido. Posteriormente, coloca-se a frequência cardíaca do marcapasso acima da frequência cardíaca intrínseca do paciente (aproximadamente 20% acima). Liga-se o mesmo aumentando progressivamente a amplitude de pulso até que se obtenha o comando dos batimentos cardíacos.

O valor assim encontrado na escala de amplitude é o limiar agudo de comando, geralmente abaixo de 2 mA . Mantém-se a amplitude em cerca de duas a três vezes o limiar encontrado na escala, assegurando-se, dessa forma, margem de segurança adequada, sem realizar-se a estimulação com excessiva energia, o que, em caso de competição com o ritmo cardíaco, apresentaria maior risco de fibrilação ventricular.

Depois de calculado o limiar e implementada a energia, coloca-se o marcapasso no modo VVI para poder calcular o limiar de sensibilidade, ou naqueles geradores que não possuem o modo V00, onde você aumentou o valor numérico da sensibilidade, deve-se colocar num valor numérico baixo (maior sensibilidade). Lembre-se que o marcapasso cardíaco temporário deverá trabalhar no modo VVI (estimula o ventrículo, sente o ventrículo e quando sente é inibido). Neste caso, podemos dizer que quem estimula é o "comando" e quem sente é a "sensibilidade".

LIMIAR DE SENSIBILIDADE

É o poder de captação, pelo eletrodo, dos sinais cardíacos resultantes da despolarização.

Importante:

- Quando o paciente não apresenta ritmo próprio ou tem frequência muito baixa fica, por vezes, impossível determinar o limiar de sensibilidade.
- Após determinado os limiares de comando e sensibilidade, a frequência das despolarizações (FC do marcapasso) não deve ficar muito acima da FC intrínseca do paciente.
- Usar apenas um instrumento de linha de força (como monitor ou gravador eletrocardiográfico) conectado ao paciente, observando sempre o correto aterramento desse aparelho, para evitar fugas de corrente pelo cabo eletrodo do marcapasso.
- Nunca tocar os terminais do cabo eletrodo com as mãos nuas ou deixar que os terminais entrem em contato com líquidos ou materiais condutores.
- Se o cabo eletrodo estiver implantado, mas não conectado ao gerador, os terminais devem ser isolados com borracha de silicone (dedo de luva, dreno de Penrose, pedaço de equipo de soro, etc.), a fim de evitar que descargas elétricas possam ser acopladas por meio do cabo eletrodo diretamente à junção eletrodo coração. Isso provocaria queimaduras, aumentando o limiar de estimulação com perda de comando ou induzindo arritmias e até mesmo fibrilação.
- Os terminais devem ser conectados ao marcapasso adequadamente, nas junções do jacaré com os fios, sempre fichar com fita adesiva para evitar que se desconecte.

- Minimizar o uso de adaptadores e cabos de extensão, pois seu comprimento adicional e os conectores aumentam o risco de curto-circuito, micro choques, falhas de contato e até aumento da resistência, com conseqüente menor entrega de corrente ao coração e possibilidade de perda de comando.
- Não substituir baterias de marcapasso em funcionamento sem luvas. O contato com os terminais da bateria do marcapasso pode ser tão arriscado para o paciente quanto o contato com os próprios terminais do cabo eletrodo, por permitir passagem de baixa impedância entre os terminais da bateria e o marcapasso
- Se o paciente necessitar de desfibrilação, o marcapasso deve ser desligado ou, preferencialmente, ter os cabos eletrodos desconectados dos terminais para evitar dano ao aparelho (apesar de a maioria dos marca-passos serem concebidos para suportar choques de até 400 W).
- O curativo sobre o local de inserção do cabo eletrodo deve ser inspecionado e refeito diariamente, para evitar infecção no cabo eletrodo.
- Deve-se manter o paciente em repouso relativo, tomando-se a precaução de fixar adequadamente o gerador próximo ao local de entrada do cabo eletrodo.
- É indispensável a monitorização eletrocardiográfica ou eletrocardiocóspica para a avaliação dos limiares de comando e sensibilidade e também para o diagnóstico precoce de complicações.
- Desde que adequadamente acompanhado, o marcapasso cardíaco temporário pode ser mantido em funcionamento normal por tempo suficiente para se definir a situação do paciente (média de 15 dias), optando-se, então, pela retirada ou pelo implante do sistema definitivo.
- Para desligar um marcapasso externo, deve-se diminuir gradualmente a frequência de estimulação, observando-se o ritmo cardíaco do paciente. A interrupção abrupta da estimulação pode ser seguida por período longo de assistolia, determinando quadro sincopal ou até indução de arritmia mais grave.
- Após usar os materiais os mesmos deverão ser encaminhados para CME, somente a agulha de punção (introdutor) é descartada.
- Fazer a reposição do Kit de marcapasso na conta do paciente. Antes de solicitar o produto comunicar à farmácia porque o Kit fica armazenado no almoxarifado, então a farmácia deverá solicitar no almoxarifado para ser entregue no setor.

V. Siglas e Definições

Marcapasso é um dispositivo eletrônico de estimulação multiprogramável capaz de substituir impulsos elétricos e/ou ritmos ectópicos. Sua função é fornecer uma estimulação elétrica direta no coração produzindo uma despolarização elétrica e consequente contração cardíaca.

VI. Anexos

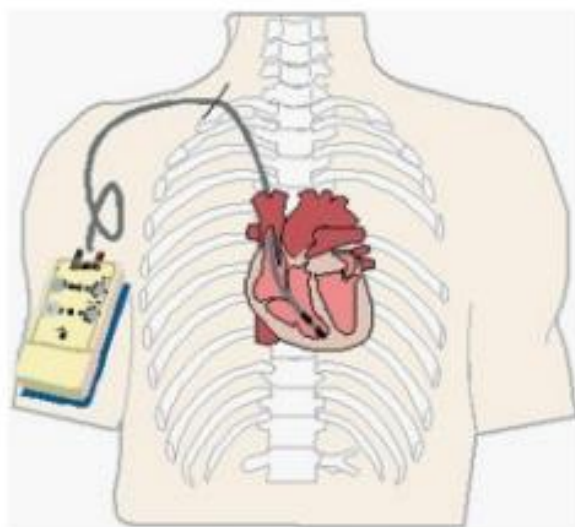


Figura: Posicionamento adequado do marcapasso com cabo eletrodo curto, mas com folga, e gerador fixo ao corpo.

VI. Referências

<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABD1gAC/protocolo-implante-marcapasso-temporario-transvenoso>

POP UTI 016 - CUIDADOS COM O CORPO PÓS-MORTE

I. Objetivos

- Manter o corpo higienizado, identificado, com retirada de dispositivos invasivos.
- Evitar odores e saídas de fluídos corporais.
- Dispor e imobilizar o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

II. Materiais

- Luvas de procedimento;
- Biombo;
- Lâmina de bisturi;
- Seringa de 20ml;
- Saco de lixo;
- Gaze IV;
- Esparadrapo;
- Pinça Pean ou Anatômica;
- Algodão;
- Ataduras de 10 ou 20 cm;
- Cobertura de órbita;
- Impresso de "Comunicado de órbita";
- Etiqueta para fechamento do prontuário pós-órbita;

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Higienizar as mãos e calçar as luvas;
- Cercar o leito com biombo ou fechar o box se UTI;
- Colocar o corpo em posição horizontal, retirando todos os travesseiros e/ou coxins;

- Alinhar os membros;
- Preparar todo o material e colocá-lo na mesa de cabeceira;
- Despir o corpo;
- Retirar dispositivos invasivos: cateteres, sondas e drenos;
- Desprezar todo material no lixo próprio;
- Proceder à limpeza do corpo, realizar banho no leito, se necessário;
- Realizar trocas de curativos;
- Tamponar ouvidos, orofaringe e região perineal com algodão utilizando uma pinça para este fim;
- Colocar prótese dentária se houver;
- Fixar articulação da mandíbula e maxilar, pés e mãos com atadura;
- Retirar todos os lençóis, envolvendo o corpo em um lençol;
- Identificar o corpo com uma via de aviso de óbito, prendendo-a no tórax do corpo e outra sobre a cobertura que envolve o corpo, ambas com esparadrapo, esta identificação deve conter: nome do paciente, idade, número de prontuário, data e horário do óbito;
- Transferir o corpo para a maca própria de transferência;
- Colocar outro lençol em cima do corpo;
- Encaminhar o corpo para o necrotério;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo descartando-o em local apropriado;
- Anotações de enfermagem do início ao término do preparo;
- Protocolar e entregar pertences aos familiares ou para recepção;
- Solicitar limpeza terminal do leito.
- Fechar o prontuário conferindo as assinaturas e ordem correta, utilizar a etiqueta de fechamento do prontuário pós-óbito.

V. Siglas e Definições

NA.

VI. Anexos

NA.

VII. Referências

Faculdade de Alagoas. Cuidados com o corpo após a morte [Internet]. Brasil, 2013. [Acesso em 2013 ago 07].

Disponível em: <http://emfermagemfaal2010.blogspot.com.br/2011/11/cuidados-com-o-corpo-apos-morte.html>.

Nettina, Sandra M. Práticas de Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, sexta edição, 1998.

POP UTI 017 - TRICOTOMIA – REALIZAÇÃO E CUIDADOS

I. Objetivo

- Esclarecer a técnica de tricotomia e mensurar em que momento deve ser realizada;
- Preparar para cirurgias, exames especializados, antes de instalar venóclise, em áreas de grande pilosidade.

II. Materiais

- Luvas de Procedimento;
- Aparelho de barbear descartável;
- Lâmina cirúrgica,
- Aparelho de tricotomia elétrico,
- Sabonete líquido;
- Gaze IV;
- Cuba rim;
- Toalha de rosto ou banho;
- Biombo.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- A rotina de tricotomia na UTI é durante o banho noturno nos dias padronizados (segunda, quarta e sexta), ou antes S/N. Na enfermaria deve ser realizada pela manhã, durante o banho, sempre que necessário;
- Higienizar as mãos;
- Reunir material e levar ao leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante sobre o que será feito, certificando da compreensão do mesmo sobre o procedimento realizado;
- Preparar ambiente e posicionar o biombo de maneira que favoreça a privacidade do cliente;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Posicionar o cliente e expor a área onde será realizado o procedimento;
- Dispor sabão e água morna;
- Ensaboar a área que realizará a retirada dos pelos;
- Tracionar a pele e proceder à tricotomia em movimentos suaves para evitar lesão da pele (a tricotomia deverá ser realizada no sentido do crescimento dos pelos);
- Retirar com a gaze o excesso de pelos e recolher os pelos;
- Providenciar higiene do cliente se não houver contraindicação;
- Ao término, secar a pele, recompor o cliente e a unidade;
- Recolher material;
- Evoluir o procedimento realizado no prontuário eletrônico do cliente via sistema RM.

Avaliação:

- Integridade cutânea;
- Eficácia do procedimento.

Observação:

- A realização da tricotomia para procedimento cirúrgico deve ser realizada em até no máximo 02 horas antes do procedimento proposto.

Áreas de tricotomia

- Cirurgia de crânio: todo o couro cabeludo ou conforme prescrição médica;
- Cirurgias torácicas: região torácica até umbigo e axilas ou conforme prescrição médica;
- Cirurgia cardíaca: toda extensão corporal (face anterior e posterior), menos o couro cabeludo ou conforme prescrição médica;
- Cirurgia abdominal: desde a região mamaria até o púbis ou conforme prescrição médica;
- Cirurgia dos rins: região abdominal anterior e posterior ou conforme prescrição médica;
- Cirurgia de membros inferiores: todo o membro inferior a ser operado e região pubiana ou conforme prescrição médica;
- O corte de cabelos nas regiões: couro cabeludo, barba, cavanhaque e bigode que o paciente já faz uso, devem ser pedidos autorização por escrito para o paciente caso esteja lúcido ou os

familiares, exceto em situações de urgência ou emergência ou que a não retirada destes pelos tragam algum tipo de risco ou dano ao paciente.

V. Siglas e Definições

Tricotomia: é a retirada dos pelos de uma determinada área corporal utilizando uma lâmina cirúrgica, aparelho de barbear ou lâmina de barbear conforme necessidade e finalidade.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Enfermagem Continuada. Tricotomia [Internet]. Brasil; 2010. [Acesso em 2013 ago 08]. Disponível em: <http://enfermagemcontinuada.blogspot.com.br/2011/02/tricotomia.html>.

Procedimentos Comuns na Prática de Enfermagem. Tricotomia [Internet]. Brasil, 2013. [Acesso em 2013 ago 08].

Disponível em: <ftp://ftp.unilins.edu.br/priscila/TRICOTOMIA%20PDF.pdf>.

http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=338

Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos Online: Mais de 1000 cursos online com certificado

<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/30480/o-que-e-tricotomia#ixzz4Dda3nvka>

POP UTI 018 - CONTENÇÕES – INSTALAÇÕES E CUIDADOS

I. Objetivo

A restrição ou contenção de pacientes é um procedimento terapêutico que envolve o uso de dispositivos ou ações, que restringem à capacidade do paciente de movimentos ou acesso normal ao seu corpo. É classificada em contenção psicológica, nos casos de intimidação ou ameaça verbal durante o atendimento; contenção química, em situações que envolvem o uso de medicamentos; contenção física, quando o cliente é imobilizado por membros da equipe de saúde, em contato direto ou indireto com o paciente e; contenção mecânica, quando é utilizado dispositivos, como ataduras e/ou a elevação das grades do leito, para imobilizar o paciente.

A indicação de contenção mecânica é avaliada pelo Médico e Enfermeiro, devendo a equipe de enfermagem promover cuidados que visem a segurança do paciente submetido ao uso deste tipo de restrição.

A contenção mecânica deve ser utilizada apenas quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais. Nesse sentido, é proibido o uso de restrições com a finalidade de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Isto posto, o objetivo desse procedimento deve ser proteger o paciente de riscos decorrentes de alterações de comportamento ou consciência, como lesões e traumas (quedas; contaminação de cateteres, dispositivos e feridas; deslocamento de dispositivos usados no tratamento, como: sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados contra ele mesmo ou a outros, capaz de gerar danos a este e seu tratamento.

Destarte, visa à integridade física, psíquica e moral dos clientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente de modo que o procedimento seja realizado de forma humanizada. O

II. Materiais

- Contenções próprias de tecido, padronizadas na instituição (faixas confeccionadas pelo hospital).
- Ataduras de crepom;
- Lençol;
- Esparadrapo, se necessário;

- Compressas para proteção da pele;
- AGE ou creme hidratante (para idosos).

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

A contenção mecânica somente deverá ser utilizada caso o manejo verbal, ambiental e químico não tenham sido satisfatórios. Este tipo de contenção pode ser indicado nos seguintes casos: desmame ventilatório; despertar diário da sedação; pós-operatório imediato/mediato/tardio com redução do nível de consciência; agressividade por abstinência; confusão aguda/crônica; agitação psicomotora e alteração do nível de consciência; situações que expressem risco ao paciente, outros pacientes, familiares, equipe interdisciplinar; necessidade de restrição de movimentos de determinado seguimento corporal; risco de queda; risco de retirada não programada de dispositivos invasivos.

Salienta-se que a indicação, bem como a necessidade de manutenção ou retirada de contenção mecânica deverá: ser avaliado pelo Enfermeiro; constar em Prescrição Médica para checagem do seu início; estar aprazado na Prescrição Médica para checagem da equipe de enfermagem às 10hs, nos casos de uso contínuo; constar em Prescrição de Enfermagem o cuidado para checagem do técnico de enfermagem de 1/1h (avaliação da equipe de enfermagem quanto a sinais de garroteamento, perfusão local e surgimento de lesões ou sinais flogísticos).

IV.I Passo a passo do procedimento:

- Avaliar a necessidade da contenção mecânica pelo Médico e Enfermeiro;
- Verificar a prescrição do procedimento pelo Médico;
- Checar o horário de início da contenção mecânica na prescrição médica;
- Aprazar na Prescrição Médica para checagem da equipe de enfermagem às 10hs, se a indicação da contenção mecânica estiver de uso contínuo;
- Os cuidados referentes à avaliação do local da contenção mecânica deverão ser realizados conforme prescrição de enfermagem, a qual deverá ser aprazada pelo enfermeiro e checada pelos técnicos de enfermagem, de 1/1h;
- O técnico de enfermagem deverá avaliar de 1/1h o membro contido, visando identificar lesões, edemas, garroteamento e/ou má-perfusão e checar na prescrição de Enfermagem. Em caso de observação de algum destes sinais, o mesmo deverá acionar imediatamente o

Enfermeiro que avaliará a contenção, corrigirá a falha e se necessário acionará o médico para avaliação e conduta;

- A equipe de Enfermagem deverá registrar no prontuário eletrônico a contenção mecânica realizada;
- Deve constar na Evolução do Enfermeiro de 6/6h, nos horários padronizados: início da contenção, 12h, 18h, 24h e 06h enquanto se houver a necessidade de permanência da contenção mecânica.

IV.II PARA TORNAR O ATENDIMENTO MAIS EFICIENTE E SEGURO TANTO PARA A EQUIPE QUANTO PARA O PACIENTE SUGERE-SE:

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- Estar alerta a riscos de violência iminente;
- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;
- Procurar criar vínculo e ambiente de respeito e aliança terapêutica com o paciente;
- Compete ao médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem orientar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção mecânica;
- A contenção mecânica só será realizada após avaliação do Enfermeiro/Médico, a partir de prescrição médica e avaliação contínua quanto ao momento em que se possa ser suspensa tal cuidado;
- O profissional responsável Enfermeiro/Médico deve se dirigir ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente, seu familiar e cuidador quanto à necessidade de contenção;
- É necessária a presença de outros profissionais para a realização da contenção, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento.

IV.III AÇÕES DE CONTIGÊNCIAS

- A contenção mecânica deverá ser realizada, após discussão e avaliação da equipe presente quando à situação de urgência, após prescrição médica no prontuário do paciente;

- Em situações de urgência os técnicos de enfermagem acompanhados pelo Enfermeiro podem iniciar o processo de contenção mecânica, devendo, em seguida, ser comunicado ao médico para reavaliação e prescrição do procedimento;
- Reavaliações frequentes (01x01 hora) visando identificar lesões, edemas, garroteamento e/ou má-perfusão e; a necessidade da manutenção da contenção. Se necessário alternar locais de contenção;
- Comunicar intercorrências com local de contenção ao Enfermeiro e Médico plantonista.

IV.IV REALIZAÇÃO DA CONTENÇÃO EM 4 PONTOS

CONTENÇÃO DO QUADRIL:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;
- Colocar um dos lençóis sobre o quadril e o outro sob a região glútea;
- Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama.

CONTENÇÃO DOS JOELHOS:

- Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
- Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama.

CONTENÇÃO DE PUNHOS E TORNOZELOS – MMSS E MMII:

- Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;
- Colocar compressas para proteção da pele e se necessário hidratá-la;
- Passar as duas abas da contenção pelos membros do paciente e pegar as pontas dando um laço com nó em cima do vira das abas internas;
- Fixar as pontas da faixa externa no estrado da cama.

CONTENÇÃO DAS MÃOS – LUVA OU MITENE:

- Colocar compressa ou gaze IV na parte interna das mãos;
- Fechar a mão do paciente;
- Proceder ao enfaixamento com atadura de crepom;

- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem;
- Deixar exposto o dedo indicador para uso de oxímetro, se necessário;
- Trocar o enfaixamento a cada 12/12 horas, verificando perfusão do membro.

Observações:

- Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições: pacientes em quadro de confusão mental; pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias; Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um membro superior e um membro inferior);
- Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea e observação do local de restrição quanto a sinais flogísticos no ato da contenção e de hora em hora até a retirada da contenção
- A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário do paciente via sistema RM TOTVS, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção).

IV. V POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES PELO USO INADEQUADO DA CONTENÇÃO MECÂNICA

- Alteração da vascularização dos membros contidos, devido a garroteamento;
- Lesão de plexos nervosos;
- Dificuldade ventilatória relacionada à contenção torácica;
- Aumento da agitação psicomotora e nível de colaboração do paciente;
- Desenvolvimento de lesões por Pressão, escoriações, hematomas, relacionadas ao mau posicionamento no leito, pela manutenção da posição supina ou pressão excessiva nos locais de fixação da contenção;
- Fraturas, luxações ou entorses do membro contido.

V. Siglas e Definições

MMSS - Membros Superiores;

MMII - Membros Inferiores.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Bernik W, Gouvea FS, Lopes, K.V. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina. 2010 agosto; 67(8):289-295.

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília: COFEN, 2012. Disponível:

http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html

SALLES, C.L.S. Pedreira, M.L.G. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Restrição de Pacientes, 2009.

POP UTI 019 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

I. Objetivos

Identificar alterações do estado e das condições dos clientes. Favorecer a detecção de novos problemas e a avaliação dos cuidados. Possibilitar a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Destaca-se que os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Os registros realizados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações.

Outrossim, todo documento particular, como a documentação de enfermagem, para ser considerado autêntico e válido deverá estar legalmente constituído, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (artigo 368 do Código do Processo Civil – CPC) e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (artigo 386 CPC). As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou (artigo 368 CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

II. Materiais

- Computador;
- Impressos assistenciais;
- Número do prontuário via sistema RM.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

As evoluções e anotações de enfermagem devem ser realizadas pelo Sistema RM TOTVS no prontuário do paciente, sendo impressa próximo ao final de cada plantão pelo técnico de enfermagem/enfermeiro responsável pelo paciente.

Após a impressão é OBRIGATÓRIO A ASSINATURA e CARIMBO DO FUNCIONÁRIO. O documento deverá ser arquivado na pasta do prontuário.

IV.I - Algumas regras são importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, dentre as quais:

- Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro (carimbo contendo nome completo do profissional, classe e número do COREN com Estado);
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, intercorrências, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como quantidade mensurada (ml, l e etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

IV.II - O que deve constar nas anotações de enfermagem:

Admissão:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Motivo de internação, história patológica pregressa, medicações de uso contínuo, alergias e uso de drogas lícitas e ilícitas.

- Queixas relacionadas ao motivo de internação;
- Procedimento/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração dos sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.);
- Orientações prestadas.

Pré-operatório:

- Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos -acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições da pele, etc.);
- Tempo de jejum;
- Orientações prestadas;
- Encaminhamento/transferência para o Centro Cirúrgico.

Alta:

- Data e horário;
- Setor transferido;
- Procedimentos/cuidados realizados (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- Tipo de transporte;
- Presença de acompanhante;
- Devolução de exames e pertences pessoais;
- Orientações prestadas.

Óbito:

- Assistência prestada durante a constatação;
- Data e horário;
- Identificação do médico que constatou;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento);
- Horário e a quem foi comunicado o óbito;

- Devolução de pertences a familiares;
- Encaminhamento do corpo.

Dieta:

- Indicar dieta oferecida (livre, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda);
- Aceitação da dieta (total ou parcial);
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
- Dieta zero (motivo: cirurgia, exames, etc.);
- Necessidade de auxílio ou não.

Diurese:

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir ml);
- Características (coloração, odor);
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.);
- Forma de eliminação (espontânea, via jontex, sonda vesical de demora / ostomias urinárias).

Evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);
- Consistência (pastosa, líquida, semi-pastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Características (coloração, odor, consistência, quantidade);
- Queixas associadas.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Responsabilidades e deveres:

Art. 25 Registrar no prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 54 Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

Proibições:

Art. 42 Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro

| Anotações de Enfermagem X Evolução de Enfermagem | |
|--|--|
| Anotações de Enfermagem | Evolução de Enfermagem |
| Dados brutos | Dados analisados |
| Elaborado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) | Elaborado apenas pelo enfermeiro |
| Referente a um momento | Referente ao período de 24h |
| Dados pontuais | Dados processados e contextualizados |
| Registra uma observação | Registra a reflexão e análise de dados |

Modelos de Anotações de Enfermagem:

Admissão

| | |
|-------|---|
| 10h00 | Admitida na unidade, proveniente do PS, deambulando e acompanhada pela mãe, PA=110x80 mmHg e T=38°C. Orientadas quanto às normas do setor. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE ----- |
| 10h30 | Realizada punção venosa no dorso da mão esquerda, com Jelco nº 22, conforme prescrição de enfermagem e instalados itens 1 e 2 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE ----- |
| 11h30 | Mensurado T=36,8°C. Relata ter aceitado toda a dieta (almoço). Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE ----- |
| 14h00 | Instalado item 3 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE ----- |
| 14h10 | Solicitou auxílio para ir ao banheiro, apresentou diurese com coloração concentrada. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE ----- |
| 14h30 | Apresentou T=38,2°C. Comunico à enfermeira Dra. Maria de Lourdes. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE ----- |
| 14h45 | Medicada com o item 5 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE ----- |

Anotações do pré-operatório

| | |
|------|--|
| 7h00 | Em jejum desde as 22h. Realizada tricotomia em região perianal. Julieta Soares COREN-SP-98760-AE |
| 7h30 | Encaminhada ao banho de aspersão, retirada prótese dentária e colocadas as roupas do Centro Cirúrgico. Julieta Soares – COREN-SP-98760-AE |
| 8h30 | PA=130x80 mmHg, T=36,3°C, R=20. Administrado item 3 da prescrição médica e encaminhada ao Centro Cirúrgico em maca. Julieta Soares COREN-SP-98760-AE |

Anotações do pós-operatório

| | |
|-------|--|
| 10h45 | Transferida da maca para a cama, posicionada em decúbito lateral esquerdo e elevadas as grades do leito. PA=110x70 mmHg, P=68, R=20, T=36,2°C. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE |
| 12h00 | Aceitou toda a dieta oferecida (almoço). Renato Santos – COREN-SP-11153-AE |
| 12h15 | Realizada higiene oral com creme dental. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE |
| 13h00 | Refere algia na região cirúrgica. Informado à enfermeira Dra. Eugênia Rocha, que requisita medicar com o item 2 da Prescrição Médica. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE |
| 14h30 | Observada infiltração ao redor do acesso venoso. Interrompida a infusão e comunicado à enfermeira. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE |
| 14h35 | Avaliado dorso da mão esquerda, onde estava instalado cateter periférico. Observo sinais de infiltração de medicamento na região ao redor do cateter, que apresenta hiperemia, com aproximadamente 3 cm de diâmetro, e edema (+/+ + +). Retiro cateter e prescrevo punção de outro acesso venoso periférico (item 8) e cuidados no local da infiltração (itens 9, 10 e 11). Dra. Eugênia Rocha – COREN-SP-120225 |
| 14h40 | Realizo punção venosa, conforme item 8 da Prescrição de Enfermagem. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE |
| 14h45 | Cumpridos os itens 9, 10 e 11 da Prescrição de Enfermagem. Dra. Eugênia Rocha – COREN-SP-120225 |

VII. Referências

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações sobre registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: Cofen, 2016. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLNvers%C3%A3o-Web.pdf>

POP UTI 020 - NEBULIZAÇÃO – INSTALAÇÃO E CUIDADOS

I. Objetivos

Umidificar a via aérea superior;

Facilitar a drenagem de muco das VAS e pulmonares;

Liquefazer secreções brônquicas resistentes associando à nebulização o agente mucolítico;

Diminuir a inflamação através da associação de corticoides à nebulização.

II. Materiais

- Kit de nebulização O2 ou ar comprimido;

- Soro fisiológico 0,9% 10ml;

- Fonte de O2 ou ar comprimido;

- Fluxômetro;

- Medicação prescrita;

- Bandeja.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- A nebulização deverá ser montada utilizando a fonte de O2 quando o paciente estiver em uso de oxigênio ou quando prescrito pelo médico, se não, SEMPRE utilizar o Ar comprimido.

- Conferir a prescrição médica;

- Conferir os onze certos: paciente certo, medicação certa, aspecto da medicação, validade, compatibilidade medicamentosa, direito de recusar o medicamento, orientações ao paciente, anotação correta, dose certa, hora certa e via certa;

- Separar o material a ser utilizado na bandeja;

- Levar o material até a unidade do paciente;

- Higienizar as mãos;

- Explicar o procedimento ao paciente;

- Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento;
- Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica;
- Conferir a solução preparada com a prescrição médica;
- Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito;
- Conectar o inalador a fonte de O2 ou ao ar comprimido;
- Abrir válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6l/min até formar névoa;
- Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma;
- Adaptar a máscara do inalador ao paciente ou copo de nebulização a conexão T acoplada ao circuito de TOT/TQT de pacientes em VM ou a conexão T para pacientes em oxigenoterapia por TQT, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;
- Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;
- Orientar o paciente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente;
- Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair;
- Desconectar a extensão do inalador;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material utilizado;
- A cada uso: lavar com água e sabão e realizar desinfecção com álcool 70%, proteger sistema com saco transparente identificado e fechado para uso em cada paciente;
- Trocar sistema no momento da alta do paciente ou a cada 07 dias com envio do mesmo para desinfecção na Central de Material Esterilizado;
- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Checar o aprazamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem relacionada ao procedimento (técnico ou auxiliar de enfermagem);
- Fazer a evolução de enfermagem relacionada ao procedimento realizado (enfermeiro) via sistema RM.

Observações:

- Interromper a medicação se ocorrer reações adversas e comunicar imediatamente ao médico responsável;
- O kit de nebulização é de uso individual, devendo ser higienizado com água e sabão em cada uso e envolvido em saco plástico;
- Registrar na anotação de enfermagem ou na evolução de enfermagem a resposta do cliente a intervenção, alterações significativas na frequência cardíaca ou qualquer outra reação adversa.

V. Siglas e Definições

NEBULIZAÇÃO – É a administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) por meio de dispositivos que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

TOT – Tubo orotraquel

TQT – Traqueostomia

VM – Ventilação mecânica

VI. Anexos

KIT NEBULIZAÇÃO



VII. Referências

BARE, B.G; SUDDARTH, D.S. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

POP UTI 021 - COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivos

Orientar o preparo e cuidados para a realização de exames de Endoscopia e Colonoscopia.

II. Materiais

- Telefone;
- Material de escritório;
- Prontuário eletrônico;
- Impresso com orientações de preparo para o exame.

III. Abrangência

Endoscopia, Setores de internação e UTIs Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

ENDOSCOPIA

- Perguntar o nome do paciente, idade, médico que realizará o exame;
- Explicar o preparo: 10 horas de jejum absoluto (inclusive água). Em caso de paciente hipertenso, orientá-lo a tomar as medicações às 6hs da manhã com pouca água;
- Trazer um acompanhante maior de 18 anos. Caso o paciente esteja desacompanhado, o exame não será realizado, pois durante o exame, o paciente receberá medicação que o deixará sonolento, impossibilitando-o de dirigir e/ou caminhar sozinho;
- Verificar em lista disponível na recepção a documentação necessária para exame.

COLONOSCOPIA

- Perguntar o nome do paciente, idade, médico que realizará o exame;
- Orientar o paciente a pegar uma folha com orientações para o preparo do exame, no ato da marcação no hospital;
- Verificar em lista disponível na recepção a documentação necessária para realização da internação no dia do exame (Ficha de atendimento externo);
- Após marcar o exame ligar no ramal xxxx e marcar a anestesia no Centro Cirúrgico (anotar o nome de quem marcou e o horário);

- Encaminhar paciente para sala de exames.

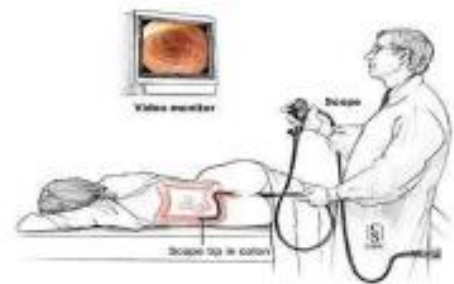
V. Siglas e Definições

ENDOSCOPIA – Exame indicado para avaliação diagnóstica e, quando possível, tratamento das doenças da parte superior do tubo digestivo, incluindo o esôfago, o estômago e a porção inicial do duodeno. Ele é realizado introduzindo-se pela boca um aparelho flexível com iluminação central que permite a visualização de todo o trajeto examinado.

COLONOSCOPIA – Exame endoscópico do intestino grosso e porção distal do íleo. É realizado principalmente para detecção de cânceres iniciais e diagnóstico de Cancro (tumor) avançado, mas também para o diagnóstico de doença inflamatória intestinal e outras patologias.



ENDOSCOPIA



COLONOSCOPIA

VI. Anexos

VII. Referências

Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia. Gastrointestinal – SOBEEG. Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos. Endoscopia gastrointestinal terapêutica SOBED – São Paulo – Tecmedd, 2006.

POP UTI 022 - PUNÇÃO LOMBAR – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Fornecer material correto e adequado para a realização do procedimento.

II. Materiais

- Bandeja de pequena cirurgia;
- Gaze IV estéril;
- Campo estéril (simples e fenestrado);
- Agulhas (40x12 e 25x7);
- Agulha de raquianestesia;
- Luva estéril;
- Solução de clorexidina degermante a 4%;
- Frasco coletor estéril;
- Anestésico local;
- Seringa 10ml e 20ml;
- Avental estéril;
- Gorro.

III. Abrangência

Setores assistenciais

IV. Descrição dos passos da atividade

CABE AO ENFERMEIRO:

- Supervisionar o preparo do material para o procedimento;
- Registrar o procedimento, realizando a evolução de enfermagem no prontuário eletrônico;
- Encaminhar o material de punção para o laboratório, verificando a identificação correta da amostra e conferindo a solicitação de exame.

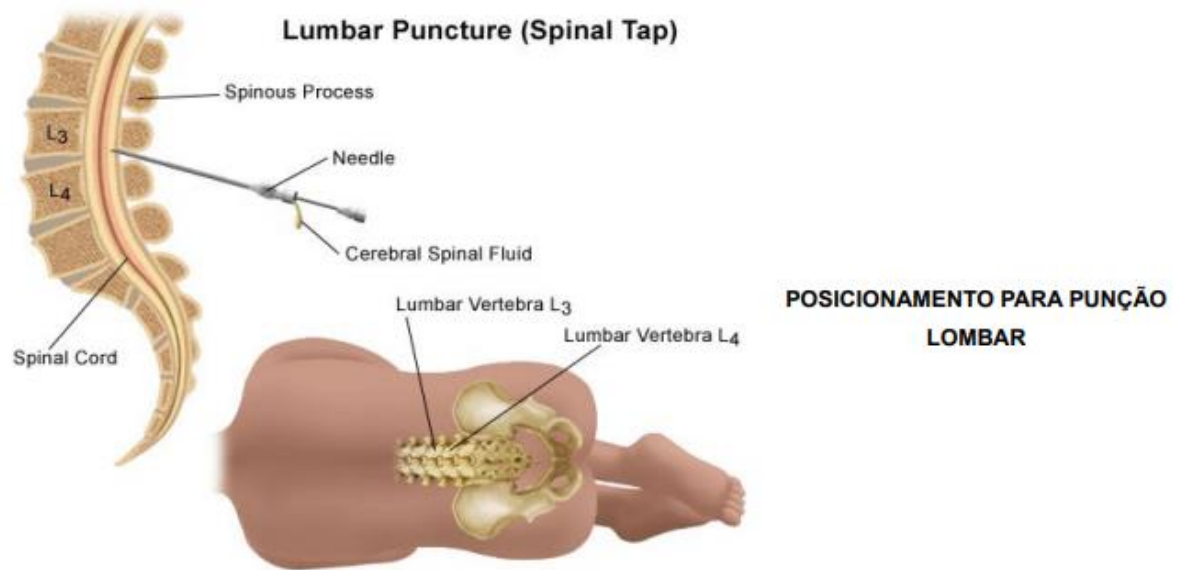
CABE AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Reunir o material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral com as costas voltadas para o médico;
- Ajudar a fletir as costas do paciente, levando os joelhos próximos ao queixo, quando permitido;
- Abrir o material em mesa auxiliar em técnica asséptica;
- Fornecer o material necessário ao médico conforme solicitado;
- Estar presente durante todo o procedimento;
- Realizar curativo local após punção;
- Recolher o material utilizado no procedimento;
- Identificar corretamente o frasco e comunicar ao laboratório;
- Realizar anotações pertinentes no sistema RM.

V. Siglas e Definições

Punção Lombar – procedimento em que é utilizada uma agulha para remover uma amostra de líquido cefalorraquidiano, que é um líquido circulante que banha o sistema nervoso. Como este líquido envolve as raízes nervosas, é possível colher uma pequena amostra inserindo uma agulha entre as vértebras lombares. Este procedimento é utilizado para diagnosticar infecções do sistema nervoso (meningite e encefalite) e outras doenças neurológicas (por exemplo, esclerose múltipla, síndrome de Guillain-Barré ou hemorragia subaracnóidea).

VI. Anexos



VII. Referências

Programa Harvard Medical School Portugal. O que é uma Punção Lombar? [Internet]. Portugal; 2011. [Acesso em 2013 jul 23]. Disponível em: <http://hmsportugal.wordpress.com/2011/08/30/o-que-e-uma-puncao-lombar/>.

POP UTI 023 - HEMODIÁLISE – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Padronizar as condutas de enfermagem e os materiais utilizados nos pacientes submetidos a sessões de hemodiálise na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e na Unidade de Internação.

II. Materiais

- Capilar;
- Linha arterial;
- Linha venosa;
- Solução ácida e básica;
- Isolador de pressão;
- Three-way;
- Equipo de soro;
- Seringa descartável de 5ml;
- Agulha 25x7;
- Luva de procedimento;
- Luva cirúrgica estéril;
- Gaze VI estéril;
- Soro Fisiológico 0,9% de 1000ml e 500ml;
- Heparina 5000UI.

III. Abrangência

UTI Adulto e Unidade de Internação.

IV. Descrição dos passos da atividade

- As sessões de hemodiálise são realizadas na UTI Adulto ou no Setor de Internação, no entanto, a realização e acompanhamento do procedimento são de responsabilidade do Serviço de Nefrologia;

- O material utilizado deverá ser pedido pelo técnico administrativo após prescrição médica (nefrologista), na conta do paciente, pois quando o serviço de nefrologia estiver no setor, o mesmo deverá estar disponível para uso;
- Cabe ao enfermeiro alocar o paciente no leito para realização da hemodiálise; na impossibilidade de disponibilização de leito de diálise, o médico nefrologista e o plantonista deverão ser comunicados;
- O serviço de manutenção da nefrologia deve elaborar um cronograma que especifique os intervalos da manutenção preventiva e da calibração dos equipamentos e manter arquivado o registro desses serviços, além de disponibilizar cópia para os setores que disponibilizam o serviço de hemodiálise;
- Cabe ao serviço de nefrologia, a elaboração do regimento de realização da desinfecção da máquina de osmose reversa, bem com as horas de utilização da mesma. O registro deverá ser realizado em impresso próprio do serviço e ser disponibilizados no setor;
- Cabe ao técnico de enfermagem do serviço de hemodiálise: conferir o material, monitorizar o paciente (se unidade de internação), comunicar ao médico e ao enfermeiro do plantão qualquer alteração durante a sessão de diálise;
- O técnico de enfermagem do setor auxilia o técnico de enfermagem do serviço de hemodiálise quando solicitado.
- Ao final da sessão, o técnico informa para o enfermeiro o ultrafiltrado (UF) e o mesmo ou outro membro da equipe de enfermagem faz o registro na folha de Balanço Hídrico do setor.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A HEMODIÁLISE:

Antes da sessão:

- Verificar sinais vitais;
- Verificar peso do paciente;
- Esvaziar a bexiga e medir a diurese, se necessário;
- Verificar quais medicamentos o paciente está fazendo uso;
- Administrar a medicação prescrita.

Durante a sessão:

- Administrar medicação prescrita;
- Ficar atento para sangramento nasal ou cutâneo;

- Observar e relatar presença de: tremores, sonolência, náuseas, vômitos, tonturas e câimbras musculares;
- Providenciar dieta e hidratação durante a diálise;
- Realizar o controle do balanço hídrico.

Após a sessão:

- Fazer curativo compressivo, em técnica estéril, na região da fístula ou cateter de diálise e datar;
- Verificar sinais vitais;
- Administrar medicação prescrita, se necessário;
- Orientar o paciente a não pegar o peso com o braço do shunt, não mensurar pressão arterial ou administrar medicação neste membro;
- Informar o volume drenado (UF) na folha de balanço hídrico e evolução;

Observação:

Não se podem realizar: aferições de pressão arterial, punção de acesso venoso periférico e retirada de amostras sanguíneas no braço que possui a Fístula Arteriovenosa (FAV), pois esses procedimentos podem causar um bloqueio ou uma coagulação no dispositivo de acesso.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DURANTE A HEMODIÁLISE:

As complicações durante a sessão de hemodiálise podem decorrer devido às consequências das mudanças rápidas no equilíbrio dos líquidos e do sódio, como por exemplo:

- Câimbras musculares;
- Hipotensão (náuseas, vômitos, diaforese, taquicardia e vertigem são sinais comuns de hipotensão);

Complicações graves:

- Embolia gasosa: pode ocorrer quando o ar penetra no sistema vascular do paciente;
- Hipovolemia;
- Extravasamentos sanguíneos (quando as linhas sanguíneas se desconectam, ou quando as agulhas de diálise são deslocadas acidentalmente);
- Dor torácica.

- Arritmias (podem resultar das alterações eletrolíticas e do pH ou a partir da remoção de medicamentos antiarrítmicos durante a diálise);
- Desequilíbrio dialítico (resulta dos deslocamentos de líquido cerebral);
- Convulsões;
- Choque;
- Óbito.

Observação:

Muitas dessas complicações podem ser evitadas, caso os profissionais envolvidos estejam sempre alerta e acompanhando o paciente durante a sessão.

COMPLICAÇÕES À LONGO PRAZO:

- Doença cardiovascular arteriosclerótica: principal causa de morte e principal fator de limitação da sobrevida a longo prazo. Os distúrbios do metabolismo lipídico parecem ser acentuados pela Hemodiálise. A insuficiência cardíaca congestiva, a doença cardíaca coronariana com dor anginosa, a apoplexia, a insuficiência vascular periférica e o acidente vascular cerebral podem incapacitar o paciente;
- Anemia e fadiga: podem ser causadas por perda hemática acelerada (por hemólise e sangramento) e por distúrbio da produção de eritropoetina. A insônia, fadiga e mal-estar geral são persistentes. A deterioração do bem-estar físico e emocional, falta de energia e de força, e a perda de interesse contribuem negativamente para a intensificação da anemia.
- Infecção recorrente: o processo de hemodiálise faz com que o paciente tenha menor resistência às infecções. A exposição do sangue aos produtos do sangue e a materiais estranhos pode causar infecção e bacteremia por gram negativos e gram positivos. Infecção local na área do shunt e nas fístulas associada à hemodiálise;
- Sangramento: pode ser devido ao acúmulo de heparina; origem gastrintestinal; hematoma subdural; pericardite hemorrágica e menorragia;
- Alteração do metabolismo do cálcio: pode resultar em osteodistrofia renal (que produz dor óssea e fraturas); necrose asséptica do quadril; calcificação vascular e; prurido incurável;
- Ascite crônica: devido à sobrecarga hídrica associada à Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), má nutrição (hipoalbuminemia) e diálise insuficiente;
- Úlceras gástricas: ocorrem a partir do stress fisiológico da doença crônica de base, dos medicamentos e de problemas correlatos;

- Síndrome de desequilíbrio: causada por alterações hidroeletrólíticas rápidas; pode produzir hipertensão, cefaléia, vômitos, convulsões, coma e problemas psiquiátricos.

V. Siglas e Definições

FAV – Fístula Arteriovenosa;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

HD – Hemodiálise;

UF – Ultrafiltrado;

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Hospital Getúlio Vargas. Manual de Diálise. Serviço de Nefrologia do HGV [Internet] Rio de Janeiro; 2012. [Acesso em 2013 jul 24]. Disponível em:
http://www.hgv.pi.gov.br/download/201204/HGV25_43447dbcff.pdf.
<http://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodiálise/>

POP UTI 024 - CURATIVO - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, CENTRAL E ARTERIAL

I. Objetivo

Padronizar a realização do curativo em acesso venoso central e periférico com a finalidade de manter a permeabilidade e a assepsia relacionada ao manuseio do acesso, evitando contaminações e obstruções. Prevenir possíveis infecções e oclusão do cateter.

II. Materiais

- Mesa Mayo ou mesa auxiliar;
- Pacote de curativo (gaze IV estéril, pinça);
- Clorexidina alcoólica;
- Solução de clorexidina alcóolica;
- Fita adesiva tipo: película transparente estéril (Tegaderm); hipoalérgica porosa (micropore);
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV. I. Curativo Acesso Venoso Central:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário sobre a mesa Mayo;
- Levar o material para perto do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento que será realizado;
- Posicionar o paciente, expondo somente a região do curativo. Quando a localização do CVC for subclávia direito-esquerda (D/E) ou jugular D/E, posicionar a cabeça do paciente em direção oposta à inserção do cateter.
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica em campo estéril;
- Dispor sobre o campo estéril material a ser utilizado;

- Despejar a clorexidina alcoólica; sobre as gazes do pacote de curativo;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Remover o curativo com a mão enluvada e/ou pinça dente de rato, observando as características do sítio de inserção do CVC e da pele;
- Observar a pele, sinais flogísticos e hematomas, incluindo fixação do cateter do orifício de saída até a ponta do mesmo, na busca de exteriorização;
- Desprezar o curativo retirado e a luva de procedimento em saco de lixo;
- Calçar luva estéril;
- Utilizar pinça kocher com gaze embebida em solução álcool 70% para a assepsia com movimentos circulares iniciado do local de inserção até 10 cm de diâmetro;
- Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril;
- Retirar crostas e tecidos desvitalizados da pele pra promover melhor cicatrização, quando indicado;
- Cobrir a inserção e fixar no local película transparente estéril para CVC (Tegaderm) ou gaze IV e fita adesiva hipoalérgica porosa, se CVC com tempo de punção $\leq 24h$).
- Datar a troca do curativo, identificando no curativo a data da troca, validade e o profissional responsável.
- Realizar troca do curativo Tegaderm a cada 7 dias ou antes se descolamento ou sujidade.
- Realizar troca do curativo oclusivo com gaze estéril e micropore a cada 24h ou antes se descolamento ou sujidade.
- Evoluir o procedimento no sistema RM e condições de integridade do acesso.

OBSERVAÇÃO: O primeiro curativo pós-punção deve ser realizado pelo médico que punccionou o acesso. Os curativos subsequentes devem ser trocados exclusivamente pelo Enfermeiro.

IV. II. Curativo Cateter de Hemodiálise:

- Preferencialmente ser feito pelo técnico do serviço de hemodiálise;
- Retirar a gaze fixada com esparadrapo ou proteção do cateter quando houver sujidade;
- Realizar a desinfecção das vias fechadas do cateter por meio de fricção rigorosa com gaze estéril embebida com a clorexidina alcoólica mantendo estéril a face da folha da gaze que entrará em contato com a ponta do cateter durante todo o procedimento;

- Proteger as vias do cateter com gazes secas e fixar com esparadrapo ou protetor;
- Orientar o paciente quanto às atividades que possam provocar a tração do cateter;
- Solicitar o relato à equipe de enfermagem sobre qualquer alteração no cateter, dentre elas: umidade do curativo e das vias fechadas protegidas, dor, calor sensação de inchaço, coceira, ardência;
- Registrar no curativo/fita adesiva tipo esparadrapo a data do procedimento e nome do profissional responsável;
- Desprezar o material utilizado nos locais preconizados pelo Serviço;
- Lavar as mãos;
- Registrar data, horário e responsável pelo procedimento no curativo via sistema RM.
- OBSERVAÇÃO: O primeiro curativo pós-punção deve ser realizado pelo médico que puncionou o acesso. Os curativos subsequentes devem ser trocados exclusivamente pelo Técnico de Hemodiálise ou Enfermeiro.

IV. III. Curativo de Acesso Venoso Periférico e Punção Arterial:

- Retirar a gaze fixada com esparadrapo ou proteção do cateter quando houver sujidade, estiver molhado, ou conforme necessidade de troca do AVP. Observar na pele sinais flogísticos e hematomas, comunicar ao enfermeiro;
- Fixar o cateter de forma que não interfira na visualização e avaliação do local. A fixação reduz o risco de uma transfixação. Utilizar micropore ou esparadrapo envolvendo o cateter e o membro de forma que o cateter fique fixo no membro;
- Realizar fixação com micropore em crianças e idosos e esparadrapo em adultos, ou conforme orientação do enfermeiro;
- Trocar o acesso venoso periférico a cada 96 horas. Caso não haja condições de troca, evoluir em prontuário o motivo da não realização da troca e condições de integridade e permeabilidade do AVP permanente;
- Identificar no acesso venoso, o nº do calibre do dispositivo utilizado, a data em que foi realizado o procedimento e quem realizou. Datar a troca do curativo.

Exemplo

Nome

Nº Jelco ou Scalp

Data Punção

Data da Troca de Curativo

Nome do técnico que realizou a troca

Observações:

- Sempre manipular o cateter com técnica asséptica no momento da troca e curativo e ao manipular os dispositivos do sistema fechado (injetores laterais);
- Cuidado ao realizar a mudança de decúbito para não tracionar e nem arrancar o cateter por descuido;
- Observar: febre e sinais flogísticos no local: dor, calor, rubor, edema e/ou perda da função, próximos ao sítio de inserção do cateter;
- Em casos de sinais de infiltração ou sinais flogísticos, trocar o acesso;
- Na retirada do cateter manter técnica asséptica, realizando compressão no local até ocorrer a hemostasia, aplicar curativo oclusivo;
- O primeiro curativo deverá ser realizado 24 horas após a implantação do CVC;
- Todo curativo deverá ser protegido durante o banho e trocado sempre que estiver úmido;
- Quando o curativo for realizado com película transparente estéril, não deverá ser utilizada gaze sob a cobertura;
- A fixação do curativo com fita adesiva ou película é determinada pela avaliação do enfermeiro. Quando o curativo se apresentar com sangramento ou algum sinal flogísticos, este deverá ser fixado com fita adesiva para avaliação diária;
- Anotar as características do local de inserção do cateter, alterações encontradas e permeabilidade das vias, na anotação de enfermagem;
- Alterações no local de inserção devem também ser registradas no formulário da passagem de plantão;
- O enfermeiro responsável pelo curativo do CVC deve comunicar ao médico assistente as alterações encontradas e solicitar avaliação quanto à troca do dispositivo se CVC, se periférico solicitar a equipe técnica a troca do AVP.

V. Siglas e Definições

AVC – Acesso Venoso Central;

AVP – Acesso Venoso Periférico;

VI. Anexos

CURATIVO - maneira de proteger o sítio de inserção do cateter da colonização. Existem diferentes curativos, sendo que o de gaze IV estéril com micropore e o filme transparente de poliuretano são os mais utilizados. Esses curativos variam na durabilidade, facilidade de aplicação, capacidade de desenvolver reação cutânea e capacidade de prevenir infecções.

CURATIVO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO



CURATIVO ACESSO VENOSO CENTRAL



VII. Referências

CEPON. Enfermagem Oncológica [Internet]. Santa Catarina; 2012. [Acesso em 2013 jul 26]. Disponível em:

<http://enfermagemoncologiacepon.blogspot.com.br/2012/05/procedimento-operacional-padroao.html>.

Núcleo de Educação em Urgências. Acessos Venosos Periféricos [Internet]. Santa Catarina; 2007. [Acesso em 2013 jul 26]. Disponível em: http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/acessos_venosos_perifericos.pdf.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POP UTI 025 - PASSAGEM DE PLANTÃO

I. Objetivo

Transmitir informação clara, concisa e objetiva sobre acontecimentos ocorridos durante um período de trabalho e que envolvam a assistência direta e/ou indireta ao paciente bem como assuntos de interesse institucional.

II. Materiais

- Passante de Enfermagem;
- Caneta;
- Computador.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

EQUIPE QUE PASSARÁ O PLANTÃO:

- Realizar o fechamento do plantão (troca de informações finais entre enfermeiros e técnicos do mesmo plantão);
- Agrupar os prontuários;
- Reunir a equipe.

TODOS OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM:

- A passagem de plantão deverá ter como meta o tempo máximo de 10 minutos (05 minutos antes do início do plantão e 05 minutos após);
- A passagem de plantão, sempre e somente, deverá ser iniciada 05 minutos antes do término do plantão (não deve haver recebimento do plantão antes dos 05 minutos que antecedem o início do plantão);
- Técnicos e enfermeiros passam plantão separadamente (técnicos para técnicos e enfermeiros para enfermeiros);
- O prontuário do paciente deve ser utilizado na passagem de plantão, sendo instrumentos básicos: prescrição médica, folha de controles e plano assistencial;

- O passante de plantão deverá ser salvo em PDF, em pasta própria setorial na área X. O título salvo deve conter: data, plantão e setor envolvido. Se necessário imprimir o passante padronizado em folha rascunho, que contenha minimamente um check-list com os itens críticos necessários para a passagem de plantão.

CONTEÚDO DO PASSANTE:

- Nome, diagnósticos, motivo de internação;
- Exames realizados e pendentes, evolução clínica/cirúrgica e condutas;
- Nos pacientes com tempo de internação maior do que 04 dias, reforçar apenas os pontos mais críticos, alterações clínicas e de conduta (objetivos), exames realizados e pendentes.

EQUIPE QUE RECEBERÁ O PLANTÃO:

- Trocar informações entre os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre cada paciente, revisão das prescrições de enfermagem e médica e de seu aprazamento.
- Conferência e atualização do passante;

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Albert Einstein - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Melhoria de Processo Assistencial: Passagem de Plantão

(Lean Six Sigma) [Internet]. São Paulo, 2013. [Acesso em 2013 ago 08]. Disponível em: <http://apps.einstein.br/sien2012/docs/aulas/melhoria-de-processo-assistencial-passagem-de-plantao-lean-six-sigma.pdf>.

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP UTI 026 - LARINGOSCÓPIO – DESINFECÇÃO E CONFERÊNCIA

I. Objetivo

Realizar a limpeza, desinfecção e conferência de cabos e lâminas de laringoscópio.

II. Materiais

- Esponja macia de limpeza;
- Escova de limpeza;
- Água e sabão;
- Álcool 70%;
- Compressas limpas e secas.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Higienizar as mãos;
- Vestir EPI adequado;
- Desmontar todo o conjunto;
- Lavar a lâmina do laringoscópio com esponja macia, água e sabão, se necessário utilizar escova de limpeza;
- Enxaguar abundantemente com água corrente;
- Secar a lâmina com um campo seco;
- Friccionar álcool a 70% na lâmina por 30 segundos;
- Limpar o cabo do laringoscópio externamente com compressa limpa e umedecida em solução de água e detergente se necessário utilizar escova de limpeza;
- Remover a solução com compressa umedecida em água;
- Secar o cabo com um campo seco;
- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;
- Montar o laringoscópio testando seu funcionamento;

- Colocar os cabos e as lâminas embalados separadamente em filme transparente;
- Preencher a etiqueta de desinfecção com a data de validade de 07 dias e colar nos cabos e lâminas;
- Guardar o laringoscópio (cabo e lâminas) embalado e identificado em recipiente limpo, seco, com tampa e deixar em local visível sobre o carrinho de emergência.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos



LARINGOSCÓPIO

VII. Referências

Morya. Laringoscópio Convencional Reutilizável [Internet] São Paulo. [Acesso em 2013 ago 12]. Disponível em: <http://www.jgmoriya.com.br/arquivos/280313022943Instrucao%20de%20Uso%20-%2010349590061%20%20LARINGOSCOPIO%20CONVECCIONAL%20REUTILIZAVEL.pdf>.

POP UTI 027 - COLETA E ANOTAÇÃO DAS CULTURAS - HEMOCULTURA, PONTA DE CATETER, UROCULTURA, LAVADO TRAQUEAL E SWAB: NASAL, RETAL E DE LESÕES.

I. Objetivos

Padronizar a rotina de preenchimento da planilha e coleta de culturas – hemocultura, ponta de cateter, urocultura, lavado traqueal e swab: nasal, retal e de lesões, aderindo plenamente os processos e gerando confiabilidade e segurança a atividade.

II. Materiais

HEMOCULTURA

- Planilha de culturas;
- Caneta;
- Requisição médica feita via prontuário eletrônico contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitando, carimbo e assinatura do médico que realizou o pedido.

OBSERVAÇÃO:

A coleta de hemocultura é realizada pela equipe do laboratório via punção de veia periférica, mediante o pedido médico. As hemoculturas, com requisição de coleta através de Cateter venoso central deverão ser coletadas pelo enfermeiro conforme solicitação do profissional do laboratório e disponibilização do material necessário. Cabe ao enfermeiro do setor solicitar via telefone à presença do técnico do laboratório para realizar a coleta e registrar na planilha de cultura da coleta.

PONTA DE CATETER

- Frasco estéril para amostra;
- Lâmina de bisturi descartável número 23 ou 24;
- Luvas de procedimento;
- Luva de genitoque e/ou luva estéril;
- Gaze estéril com álcool a 70%;
- Esparadrapo ou micropore + gaze IV para curativo local pós retirada;

- Planilha de culturas;
- Caneta;
- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante, carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

UROCULTURA

- Frasco para amostra;
- Seringa de 10ml ou 20ml;
- Agulha 27x07,
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril umedecida com álcool a 70%;
- Se paciente sem Cateter Vesical de Demora incluir: clorexidina degermante 0.2%; lidocaína em gel; sonda uretral calibre 12 ou 14Fr; luva estéril/ genitoque, avental estéril e bandeja de procedimento para de cateterismo vesical.
- Etiqueta de identificação de coleta de material;
- Planilha de culturas;
- Caneta;
- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante, carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

LAVADO TRAQUEAL

- Luvas estéreis ou luva ginecológica para toque;
- Máscara;
- Óculos protetores;
- Sonda de aspiração calibre 12 ou 14Fr;
- Frasco coletor estéril tipo bronquinho ou kit: água destilada 10ml + seringa 10ml + agulha 40x12;
- Frasco coletor estéril;

- Etiqueta de identificação de coleta de material;
- Planilha de culturas;
- Caneta;
- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

SWABS

- Planilha de culturas;
- Par de luvas de procedimento;
- Swab estéril;
- Caneta;
- Etiqueta de identificação de coleta de material, própria aderida ao frasco de coleta.
- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante, carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

OBSERVAÇÃO:

A coleta do swab nasal e retal deverá ser realizada na admissão do paciente na UTI que veio transferido de outra instituição com período de internação hospitalar >3 dias. As coletas subsequentes deverão ser realizadas a cada 15 dias, ou antes, se necessário, cujo controle dessa coleta é realizada pelo enfermeiro do setor atrás de planilha (Controle de coleta de swabs) que fica na área documentos de cada setor. A coleta de swabs de lesão deverá ser realizada conforme necessidade (sinais de infecção) e requisição do exame pelo médico.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Preenchimento da Planilha de Culturas

- Após coleta do material;

- Preencher planilha de acordo com os campos presentes: cabeçário (Leito, Nome completo do paciente e Prontuário), Data da Coleta, Material coletado, Data do Resultado, Resultado apresentado e assinatura do técnico do laboratório;
- Anexar à planilha na prancheta do paciente;
- Essa planilha deverá ser impressa em folha rosa;
- Certificar-se a presença da assinatura do técnico do laboratório.

IV.II - HEMOCULTURA

- A coleta de hemocultura é realizada pela equipe do laboratório via punção de veia periférica, mediante o pedido médico.
- As hemoculturas, com requisição de coleta através de Cateter venoso central deveram ser coletadas pelo Enfermeiro conforme solicitação do profissional do laboratório e disponibilização do material necessário;
- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;
- Preencher a planilha de cultura.

IV.III – PONTA DE CATETER

- Reunir todo o material necessário;
- Calçar luva estéril;
- Limpar a pele com álcool 70% antes de remover o cateter;
- Segurar a porção exposta do cateter e remover cuidadosamente o cateter do paciente com um instrumento estéril;
- Não deixar o cateter ter contato com a pele;
- Segurar a porção distal sobre um recipiente estéril e cortar a ponta, aproximadamente 5cm (marca no cateter), com lâmina de bisturi, deixando-a cair dentro do recipiente estéril, tampando-o em seguida;
- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via sistema à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

IV.IV - LAVADO TRAQUEAL

- Reunir todo material;
- Lavar as mãos;
- Colocar máscara e óculos;
- Abrir a embalagem da sonda de aspiração mantendo-a estéril;
- Ligar a fonte do sistema de aspiração;
- Parar a infusão de dieta;
- Elevar cabeceira;
- Colocar água destilada de 10ml, em seringa de 10 ml;
- Calçar às luvas estéreis;
- Retirar a sonda da embalagem, segurando-a com a mão dominante;
- Ofertar oxigênio a 100%, temporariamente;
- Com a mão não dominante encaixa-se o sistema de vácuo na sonda de aspiração e desacopla-se o sistema circuito de ventilação mecânica ou oxigenoterapia da prótese ventilatória TOT/TQT enquanto a mão dominante preserva a sonda de aspiração estéril;
- Introduzir a sonda de aspiração do TOT/TQT, mantendo a borracha do vácuo clampeada, sem sucção, até o ponto de resistência;
- Liberar o vácuo após a inserção da sonda no TOT/TQT;
- Proceder à aspiração;
- Retirar a sonda de aspiração após 05 ou 10 segundos, com movimentos suaves, em rotação;
- Retirar a sonda de aspiração;
- Colocar a seringa de 10 ml com soro fisiológico 09%, na sonda para recolher o material, que deve ser colocado em frasco de boca larga estéril;
- Desconectar a sonda de aspiração da fonte de vácuo, depositando a secreção no frasco e tampando-o imediatamente;
- Lavar o sistema de aspiração com água destilada de 10ml;

- Proteger a extremidade da borracha de aspiração (fonte de sucção) com o invólucro da sonda de aspiração;
- Retirar as luvas e máscara;
- Lavar as mãos;
- Retirar os óculos;
- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;
- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÃO:

A coleta com uso de coletor próprio bronquinho deve ser realizada em sistema de aspiração fechado acoplado o mesmo entre o trach-care e o sistema de aspiração, realizar introdução da sonda e aspiração até o depósito da secreção traqueobrônquica dentro do frasco, após o término, reacoplar sistema de aspiração e vedar o frasco coletor (bronquinho).

IV.V – UROCULTURA

URINA DE JATO MÉDIO FEMINO

- Reunir todo o material necessário;
- Despir o paciente da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Calçar luvas de procedimento;
- Separar os grandes lábios, higienizar a área genital de frente para trás com gaze embebida em clorexidina degermante 0,2%, novamente de frente para trás enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar a clorexidina;
- Mantendo os grandes lábios separados, desprezar o primeiro jato no vaso sanitário/comadre/periquito e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio.

- A coleta do jato médio urinário deve ser evitada durante o período menstrual. Na necessidade de coletar amostra neste período a paciente deve ser orientada a utilizar absorvente interno e posteriormente realizar o procedimento de higiene íntima conforme descrito acima.

- Retirar as luvas;
- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via sistema à coleta do material;
- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

URINA DE JATO MÉDIO MASCULINO

- Reunir todo o material necessário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a roupa da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Retrair o prepúcio para exposição e higienização adequada da uretra e glândula;
- Higienizar a genitália externa com gaze embebida em clorexidina degermante 0,2%, dando atenção especial ao meato uretral, enxaguar a região para retirar a clorexidina utilizando outra gaze umedecida com água.
- Desprezar o primeiro jato no vaso sanitário/periquito/comadre e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio;
- Retirar as luvas;
- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via sistema à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

URINA COLETADA POR Sonda VESICAL DE ALIVIO

- Reunir todo o material necessário;
- Retirar a roupa da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta.
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Calçar o par de luvas de procedimento;
- Realizar a higienização do local com clorexidina degermante 0,2/%;
- Calçar o par de luvas estéril ou genitoque;
- Colocar na ponta da sonda uretral uma pequena quantidade de lidocaína em gel a fim de realizar analgesia;
- Introduzir a sonda uretral no canal uretral;
- Desprezar o fluxo inicial (aproximadamente 30ml) antes de recolher a amostra para cultura;
- Posicionar o frasco de coleta na ponta da sonda uretral coletando o volume de aproximadamente 10ml de urina;
- Retirar o par de luvas;
- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;
- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÃO:

A passagem de sonda de alívio é um procedimento realizado pelo Enfermeiro após prescrição do procedimento pelo médico responsável pelo paciente.

URINA COLETA POR Sonda VESICAL DE DEMORA

- Reunir todo o material necessário;

- Pinçar o circuito de drenagem distalmente à saída de aspiração durante aproximadamente 10 a 15 minutos antes da coleta da amostra, para possibilitar o acúmulo de urina;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- No circuito de drenagem na área própria para coleta de amostras (região com silicone), realizar a assepsia com a gaze IV estéril umedecida em álcool a 70%;
- Acoplar agulha 25x7 a seringa descartável de 10ml, desencapar a agulha e inserir em ângulo de 90° em relação ao circuito;
- Aspirar volume de 10ml de urina para o interior da seringa;
- Expelir o conteúdo da seringa em frasco coletor estéril e tampá-lo imediatamente;
- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Certificar – se de ter retirado a pinça do circuito de drenagem para evitar o refluxo de urina.
- Evoluir via sistema TOTVS/RM à coleta do material;
- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÃO:

NUNCA colete urina diretamente da saída da bolsa coletora do cateter vesical de demora.

IV.VI – SWAB's

NASAL

- Reunir todo o material necessário;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- Inserir o swab estéril através da narina. Durante a retirada do swab, gire – o suavemente contra a parede de cada narina, para coleta em área da mucosa nasal;
- Colocar o swab em tubo de cultura próprio com recurso para transporte;
- Retire e descarte as luvas e lave as mãos;
- Identificar a amostra preenchendo a etiqueta presente no tubo coletor com os dados do paciente e amostra;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;
- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

RETAL

- Reunir todo o material necessário;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- Inserir o swab estéril através do esfíncter anal e avançar cerca de 3-4 cm. Durante a retirada do swab, gire – o suavemente contra as paredes do reto inferior, para coleta de área da mucosa retal;
- Colocar o swab em tubo de cultura próprio com recurso para transporte;
- Retire e descarte as luvas e lave as mãos;
- Identificar a amostra preenchendo a etiqueta presente no tubo coletor com os dados do paciente e amostra;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;
- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

LESÕES E SECREÇÕES

- Reunir todo o material necessário;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- Passar o swab estéril sob a secreção ou lesão. Durante a retirada do swab, gire-o suavemente contra as a lesão, para coleta de área a ser investigada;
- Colocar o swab em tubo de cultura próprio com recurso para transporte;
- Retirar e descartar as luvas e lave as mãos;

- Identificar a amostra preenchendo a etiqueta presente no tubo coletor com os dados do paciente e amostra;
- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;
- Preencher a planilha de cultura;
- Evoluir via sistema à coleta do material;
- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- Coletar amostras, antes da administração da primeira dose de antibioticoterapia;
- Utilizar frascos e meios de transporte apropriados;
- Em situações onde o próprio paciente irá realizar a coleta (urina), instruir de maneira clara o paciente e certificar-se de que ele entendeu suas orientações;
- Todo material poderá permanecer no setor no máximo 1 hora após a coleta, caso ultrapasse esse período deverá ser realizado nova coleta.

V. Siglas e Definições

TOT: Tubo Orotraqueal;

TQT: Traqueostomia.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Hospital Universitário/UFSC. Manual de Coleta para Exames Microbiológicos [Internet] Brasil; 2016. [Acesso em 2017 jun 25]. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/manual_de_coleta_de_examesmicrobiologicos.doc

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de microbiologia clínica para o controle de infecção em serviços de saúde. Brasília, 2010. Módulo VII, p. 01-24.

Ministério da Saúde. ANVISA. Manual de Microbiologia Clínica Para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde. Brasília- 2010. O Hospital manual do ambiente hospitalar 7 edição / Virginia helena soares de souza, Nelson Mozachi. 2010,

POP UTI 028 - MANUSEIO E CHECAGEM DO DESFIBRILADOR MD SERIES

I. Objetivos

- Orientar sobre a forma de utilização do marcapasso cardíaco e do desfibrilador/cardioversor.
- Demonstrar a forma de checagem dos equipamentos e seus cabos de acordo com as recomendações do fabricante, promovendo a segurança do paciente e da equipe ao redor, evitando eventos indesejáveis.

II. Materiais

- Monitor/Desfibrilador;
- Gel;
- Pás;
- Eletrodos.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Uso do equipamento para Desfibrilação /Cardioversão

Passo a passo:



1 - Ligue o equipamento, confere todo o material (pás, cabo de ECG, gel, eletrodos) e conecte no paciente o cabo de ECG e caso tenha o módulo de Sat O2 deverá ser conectado.



2 - Clique no módulo manual.



3 - Solicite ao médico de plantão que escolha a quantidade do JOULE



4 - Clique no botão de carga e aguarde carregar.



5 - Ao carregar o médico dispara o choque. O disparo do choque pode ser de dois modos: diretamente nas pás ou na tela de configuração.

IV.II - Marcapasso cardíaco transcutâneo

O marcapasso transcutâneo pode ser executado mais rapidamente do que o intravenoso, apropriado como terapia inicial em pacientes necessitando de marcapasso de emergência. Ele também pode ser usado como uma alternativa em situações onde as chances de necessidade de marcapasso são pequenas e os benefícios do marcapasso transvenoso não elevam os riscos.

Função operacional do marcapasso: Enquanto estiver utilizando o marcapasso do Monitor/Desfibrilador series, a seguinte ordem operacional deve obrigatoriamente ser considerada:

- Ligue o monitor/desfibrilador series;
- Coloque os eletrodos VivePads no paciente,
- Conecte os eletrodos VivePads com a conexão de encaixe ao cabo ViveCable;

- Feche a tampa para fixar a conexão. Preste atenção á marcação de cores para polaridade da respectiva conexão na posição do eletrodo;

- Conecte o cabo do ViveCable conector do monitor /desfibrilador series.

O Marcapasso do Monitor/desfibrilador Series ainda não gera impulsos de estimulação. Primeiro, os parâmetros Modo Operacional, frequência de estimulação, intensidade de estimulação precisam ser estabelecidos.

Ajuste do modo de operação do marcapasso:

Existem três modos diferentes de operação do marcapasso: Demanda, Assíncrono e overdriv.



Ajuste da frequência e intensidade de estimulação:



Cabos ViveCable para conexão dos eletrodos VivePads



1 - Clique para conexão de Eletrodos VivePads.



2 - Fixação cliques para conexão de VivePads.



3 - Fixação completa dos cliques.

Cabo paciente de ECG 4 vias



1 - Cliques de eletrodo (verde, amarelo, preto e vermelho).



2 - Conexão do cabo ECG conectado ao dispositivo.



1 - Clique na seta indicada



2 - Entre na opção para página 4



3 - Confirme a opção Teste de IHM



4 - Mensagem agem que aparecerá em cada solicitação de teste



5 - Clique na 1ª pá e posteriormente clique na 2ª pá



6 - Clique nas duas pás de forma simultânea e coloque em cada opção de joule 300



7 - Após término do joule, Clique em carga





7 - Para finalizar o teste clique em CHOQUE.

V. Siglas e Definições

DEFIBRILADOR - equipamento utilizado na parada cardiorrespiratória com objetivo de restabelecer ou reorganizar o ritmo cardíaco. A desfibrilação é a aplicação de uma corrente elétrica em um paciente, através de um desfibrilador, um equipamento eletrônico cuja função é reverter um quadro de fibrilação auricular ou ventricular. A reversão ou cardioversão se dá mediante a aplicação de descargas elétricas no paciente, graduadas de acordo com a necessidade. Os choques elétricos em geral são aplicados diretamente ou por meio de eletrodos (Placas metálicas, ou apliques condutivos que variam de tamanho e área conforme a necessidade) colocados na parede torácica.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Manual do usuário, MD SERIES.

POP 029 - UTILIZAÇÃO DO EXPURGO E ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL À CME

I. Objetivos

Padronizar o manuseio e preparo de materiais contaminados utilizados em procedimentos, nas áreas de expurgo setoriais. Transportar artigos contaminados corretamente/adequadamente dos setores para o expurgo da Central de Material Esterilizado (CME).

II. Materiais

- Tapware;
- Carrinho de inox;
- Luvas de procedimento;
- Compressa;
- Avental impermeável;
- Óculos;
- Máscara;
- Água;
- Sabão líquido;
- Álcool 70%.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Desinfecção de material no setor e encaminhamento para a CME

- Todo material utilizado em procedimentos invasivos ou não, ou seja classificados como críticos, não críticos e semicríticos, deverão passar pelo processo de descontaminação nos setores de acordo com profissional escalado para esta atribuição;
- Recomendamos que ao realizar este processo o colaborador deverá utilizar: EPI (jaleco, touca, avental impermeável, máscara, luvas de procedimento e óculos de acrílico) durante a desinfecção dos materiais e seu transporte no setor;
- Lavar as mãos ou friccionar álcool 70% antes e após as atividades;

- Encaminhar para o expurgo os materiais utilizados no setor, envolvidos em sms e ou em sacos plásticos;
- Realizar pré-lavagem com água e sabão do material retirando o excesso de material orgânico/sujidade antes de ser encaminhado à CME;
- Conferir o numero de peças em caso de bandejas e encaminhar para CME com etiqueta de montagem da bandeja;
- Em casos de ambu e materiais de assistência ventilatória somente encaminhar após verificação da integridade dos mesmos e se estão completos;
- Caso alguns materiais danificaram durante o uso não descartar, os mesmos deverão ser encaminhados para CME onde, o setor solicitará reposição, manutenção e ou descarte;
- Acondicionar os materiais submetidos a descontaminação em tapouer identificado como transporte de material contaminado e encaminhar para área suja da CME (expurgo) nos horários pré estabelecidos conforme protocolo;
- Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário;
- Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.
- Ao término do plantão: guardar os EPIs limpos, em local próprio;
- Os materiais que são realizados a desinfecção no setor como os kits de laringoscópios, kits de aspiração, frasco de diurese e frasco de aspiração, deverão passar pelo processo de desinfecção com água e sabão, e fricção com álcool à 70%, ambos com validade de 7 dias e identificados, os demais materiais devem ser encaminhados para reprocessamento na CME;
- Após embalar este material identificando com a data de desinfecção e validade.

V. Siglas e Definições

EPIs: equipamento de proteção individual;

CME: Central de material esterilizado.

VI. Anexos

VII. Referências

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005

POP 030 - ACESSO VENOSO CENTRAL – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Fornecer material correto e adequado para a realização do procedimento de punção de Acesso Venoso Central (AVC).

II. Materiais

- Bandeja de pequena cirurgia ou de intracath;
- Gaze IV estéril;
- Campo estéril (simples ou fenestrado);
- Agulhas (40x12, 25x7 e 13x4,5);
- Luva estéril;
- Solução clorexidina degermante e alcoólica;
- Anestésico local - lidocaína 2% sem vaso conforme prescrição médica;
- Seringa 10ml e 20ml;
- Cateter venoso central: mono-lúmen, duplo-lúmen ou hemodiálise conforme necessidade do paciente;
- Soro fisiológico 0,9% de 100ml;
- Equipo macrogotas/simples;
- Fio seda 2,0;
- Avental estéril, gorro e máscara.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

CABE AO ENFERMEIRO:

- Supervisionar o preparo do material para o procedimento;
- Orientar o preenchimento correto do Bundle pelo técnico que assistiu o procedimento junto ao médico;

- Orientar o preenchimento pelo técnico em enfermagem da planilha de rastreabilidade de matérias da CME e anexá-la ao prontuário;
- Registrar o procedimento, realizando a evolução de enfermagem.

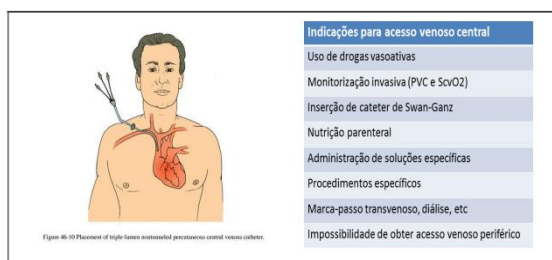
CABE AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Reunir o material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Abrir o material em mesa auxiliar em técnica asséptica;
- Fornecer o material necessário ao médico conforme solicitado;
- Estar presente durante todo o procedimento;
- Realizar curativo local após punção venosa;
- Recolher o material utilizado no procedimento;
- Realizar anotações pertinentes.

V. Siglas e Definições

Acesso venoso central (AVC) - Este procedimento pode ser definido como o posicionamento de um dispositivo apropriado de acesso vascular, cuja extremidade atinja as veias calibrosas do sistema venoso central. Os vasos do sistema venoso central; disponíveis para punção incluem as veias subclávias: direita e esquerda, jugulares internas: direita e esquerda e; femoral direita e esquerda.

VI. Anexos



VII. Referências

http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf

POP 031 - ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA / CÓDIGO AZUL

I. Objetivo

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. Este protocolo tem por objetivo tornar rápido e organizado o atendimento, aumentando a chance de sucesso das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), reduzindo o estresse e o desgaste dos profissionais encarregados desta função. Iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado melhorando a sobrevida e evitando sequelas pós PCR.

II. Materiais

- Carrinho de urgência;
- Desfibrilador;
- Monitor;
- Ambu completo;
- Laringoscópio;
- Telefone;
- Sistema de aspiração;
- Oxigênio;
- Fluxômetro O₂;
- Tábua rígida de massagem.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Verificar:

- Nível de consciência
- Ausência de pulso
- Ausência de movimentos respiratórios

IV.II - Assistência ventilatória ao paciente em PCR:

- Paciente em respiração espontânea ou traqueostomizado;
- Atendimento com um socorrista
- Colocar a vítima em decúbito dorsal horizontal, em uma superfície plana e dura;
- Manter a cabeça e o tórax no mesmo plano;
- Iniciar as compressões torácicas, de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto

Atendimento com um ou dois socorristas e auxílio de ambú

- Iniciar compressão/ ventilação na proporção de 30:2;
- Alternar com o colaborador a cada 2 ciclos;
- Paciente intubado ou traqueostomizado

Atendimento de RCP de alta qualidade: equipe completa

- Proceder na frequência de compressão de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto.
- = As ventilações de resgate, então, poderão ser aplicadas à frequência de cerca de uma ventilação a cada 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto). Deve-se evitar ventilação excessiva.

ABORDAGEM INICIAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Poderá ser feita por qualquer profissional que identificar os sinais clínicos de uma PCR

1. Determinar o nível de consciência do paciente tocando e chamando o paciente em voz alta;
2. Chamar por ajuda usando o "Código azul" e solicitar carrinho de emergência e desfibrilador;
3. Realizar compressões torácicas conforme orientações acima;
4. Proceder à desobstrução de vias aéreas realizando a hiperextensão da cabeça (manobra de protusão da mandíbula);

Para proporcionar melhor organização durante a PCR o enfermeiro deverá proceder:

1. Determinar as ações de cada membro da equipe, estipulando quem será técnico de enfermagem 1 e 2;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Marcar hora do início da PCR;
4. Ventilar o paciente, observando movimentos respiratórios;

5. Supervisionar as ações dos membros da equipe;
6. Acompanha transporte do paciente até o local de destino;
7. Informar ao enfermeiro das UTI's o encaminhamento do paciente;
8. Registra atendimento no prontuário;
9. Após o término do atendimento, fazer os registros necessários;
10. Repor o material do carrinho após o uso;
11. Conferir o material do carrinho após o uso;
12. Lacrar o carrinho;
13. Anotar número do lacre, datar, assinar e carimbar na folha de controle do lacre.

Técnico de Enfermagem 1:

1. Após detectada a PCR;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Retirar travesseiros;
4. Colocar tábua de massagem no dorso do paciente;
5. Retirar qualquer tipo de prótese dentária;
6. Ligar o ambú com o oxigênio a 10L/min
7. Auxiliar o Enfermeiro na Ventilação e Massagem Cardíaca.

Técnico de Enfermagem 2:

1. Levar carrinho de emergência e desfibrilador;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Certificar da monitorização do paciente;
4. Providenciar acesso venoso calibroso com dupla via e torneirinha (instalar solução fisiológica 0,9% de 500 ml)
5. Providenciar sistema de aspiração;
6. Preparar medicações solicitadas;

7. Administrar medicações solicitadas, elevando o membro puncionado após a administração da mesma ou bolus de SF 0,9%;
8. Preparar material para intubação;
9. Testar laringoscópio;
10. Testar cuff do TOT;
11. Inserir o fio guia no interior do TOT;
12. Entregar ao médico: Laringoscópio preparado e TOT com fio guia;
13. Aspirar sempre que necessário;
14. Fixar o TOT.

Médico:

1. Atuar de acordo com plano terapêutico;
2. Atende intercorrências de PCR
3. Solicitar materiais, equipamentos conformenecessidade;
4. Após estabilização do paciente solicitar vaga nasUTI's;
5. Acompanhar transporte do paciente até o local de destino (UTI's).

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2015: 10 pontos para lembrar!

Autor: Humberto Graner Moreira

Aqui estão os 10 pontos de destaque das novas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2010

1. A importância da Cadeia de Sobrevivência para o Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) proposto pela American Heart Association (AHA) foi reforçada nas novas diretrizes. Além da ênfase na RCP de alta qualidade, a cadeia ganhou mais um elo – Cuidados pós-parada cardiorrespiratória (PCR). O primeiro elo da cadeia continua sendo o reconhecimento imediato da situação de emergência, o que inclui PCR e o acionamento do

Serviço Médico de Emergência (Figura 1). FIGURA 1. Reproduzido de American Heart Association: Destaques das Diretrizes da

American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [Versão em Português].

2. As novas diretrizes encorajam RCP somente com compressões torácicas (RCPSCT) para o leigo que testemunha uma parada cardíaca súbita. RCPSCT é mais fácil de ser executada por indivíduos não treinados e pode ser facilmente instruída por telefone pelo atendente do Serviço Médico de Emergência (SME).

3. A avaliação da respiração "Ver, ouvir e sentir" foi removida do algoritmo de SBV. Estes passos demonstraram-se inconsistentes, além de consumir tempo.

4. A seqüência para atendimento recomendada para um socorrista que atua sozinho foi modificada. Agora a recomendação é que ele inicie as compressões torácicas antes da ventilação de resgate. A antiga seqüência A-B-C (vias Aéreas - Boa ventilação - Compressão Torácica) agora é C-A-B. A seqüência A-B-C permanece para o cuidado neonatal, pois quase sempre a causa de PCR nos recém-nascidos é asfixia.

5. Não houve alteração na recomendação referente à relação compressão-ventilação de 30:2 para um único socorrista de adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos).

6. A ênfase maior das Diretrizes 2015 é a necessidade de uma RCP de alta qualidade, o que inclui:

- Frequência de compressão mínima de 100 a 120 /minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto, como era antes);
- Profundidade de compressão mínima de 5 cm em adultos;
- Retorno total do tórax após cada compressão;
- Minimização das interrupções nas compressões torácicas;
- Evitar excesso de ventilação.

7. As novas diretrizes minimizam a importância de checar o pulso pelos profissionais de saúde treinados. A detecção do pulso pode ser difícil mesmo para provedores experientes, principalmente quando a pressão arterial está muito baixa. Quando for executada, a checagem do pulso não pode levar mais que 10 segundos.

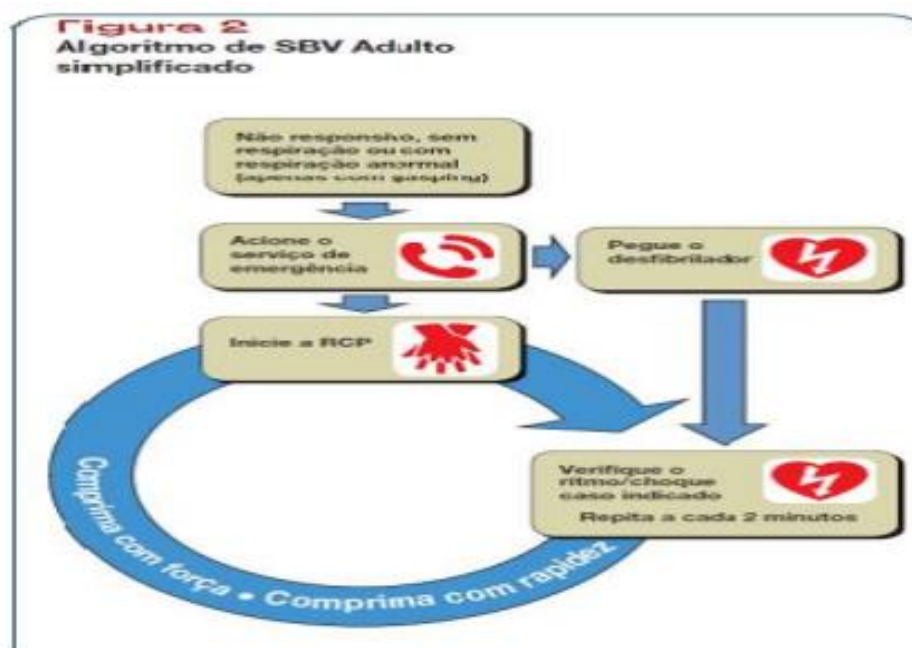
8. As recomendações anteriores de se utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) o quanto antes, em caso de PCR extra-hospitalar presenciada, foi reforçada. Quando a PCR não for presenciada, a equipe do SME deve iniciar RCP (se já não estiver sendo realizada pelo

leigo) enquanto o DEA verifica o ritmo. Nestes casos, pode-se considerar 1 a 3 minutos de RCP antes do primeiro choque de desfibrilação

9. Foi estimulada a implementação de programas que estabeleçam DEA acessíveis em locais públicos nos quais exista uma probabilidade relativamente alta de PCR presenciada. A AHA recomenda que esses programas sejam acompanhados de planejamento, treinamento e integração com o SME para melhor eficácia.

10. Os cuidados pós-PCR incluem: otimização da função cardiopulmonar e da perfusão dos órgãos vitais após o retorno da circulação espontânea, transporte para um hospital adequado ou UTI que disponha de recursos para cuidados pós-PCR, incluindo capacidade de intervenção em casos de síndromes coronarianas agudas, controle de temperatura para melhorar prognóstico neurológico, e tratamento e prevenção da disfunção de múltiplos órgãos.

Figura 2. Reproduzido de American Heart Association: Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [Versão em Português].



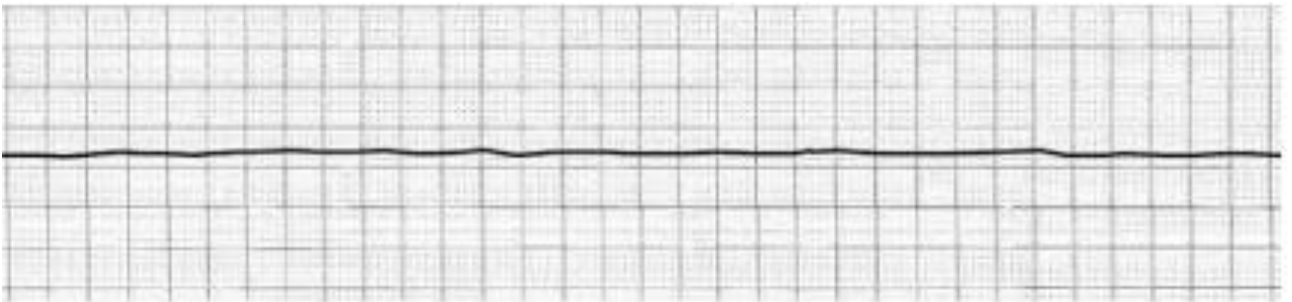
1. Compressões Torácicas: Devem ser feitas numa velocidade maior que 100 vezes por minuto. Enquanto o paciente não estiver entubado, a relação compressões/ventilações devem ser de 30:2. É necessário deixar que o tórax seja deprimido em 4 a 5 cm e que volte completamente à sua posição de repouso após cada compressão.



2. Modalidades de parada cardíaca

Ritmos não-chocáveis

Assistolia - É a cessação de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos. No eletrocardiograma (ECG) caracteriza-se pela ausência de qualquer atividade elétrica ventricular observada em, pelo menos, duas derivações.

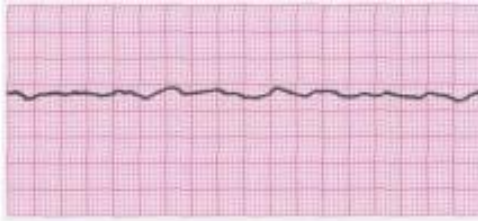


Atividade elétrica sem pulso - É caracterizada pela ausência de pulso detectável na presença de algum tipo de atividade elétrica, com exclusão de taquicardia ou FV. Ao ECG, caracteriza-se pela presença de alguma atividade elétrica organizada que não produz resposta de contração miocárdica eficiente e detectável.



Ritmos chocáveis

Fibrilação ventricular - É a contração incoordenada do miocárdio em consequência da atividade caótica de diferentes grupos de fibras miocárdicas, resultando na ineficiência total do coração em manter um rendimento de volume sanguíneo adequado. No ECG, ocorre a ausência de complexos ventriculares individualizados que são substituídos por ondas irregulares em ziguezague, com amplitude e duração variáveis



Fibrilação ventricular fina



Fibrilação ventricular grosseira

Taquicardia ventricular sem pulso - É a sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares que podem levar à acentuada deterioração hemodinâmica, chegando mesmo a ausência de pulso arterial palpável, quando, então, é considerada uma modalidade de parada cardíaca, devendo ser tratada com o mesmo vigor da FV. O ECG caracteriza-se pela repetição de complexos QRS alargados não precedidos de ondas P e, se estas estiverem presentes, não guardam relação com os complexos ventriculares.



Taquicardia ventricular polimórfica



Taquicardia ventricular monomórfica

3 - Desfibrilação: Deve ser realizada imediatamente nos casos de Fibrilação e Taquicardia Ventricular sem pulso (FV/TV). A corrente usada deve ser preferencialmente bifásica, mas aceita-se a monofásica na ausência da primeira.

- A quantidade de joules é de 150 a 200j para ondas bifásicas e 360j para corrente monofásica.
- Após a administração do choque deve-se imediatamente retornar as compressões torácicas e ventilações, sem verificar o pulso, por mais 2 minutos.
- 4- Acesso Venoso e monitorização: A monitorização e obtenção do acesso devem ser feitas simultaneamente à intubação. Idealmente a monitorização deve ser feita na derivação D2.

5- Administração de Fármacos: Todos os fármacos administrados na via intravenosa devem, obrigatoriamente, serem seguidos de 20 ml de bolus de soro fisiológico e ou elevação do membro por 10 a 20 segundos em casos de punção periférica.

Uso de medicamentos na RCR

Adrenalina (classe I)

Recomendações: na RCR a dose é de 1mg EV em bolus; repetir a cada 3 min. Cada dose usada na circulação periférica deverá ser seguida pela injeção de 20mL de SF para permitir que o medicamento atinja a circulação central. Doses maiores nunca mostraram claro benefício e não são indicadas rotineiramente.

Antiarrítmicos

Devem ser considerados para os casos de FV/TV que não responderam aos choques. Não há, entretanto, evidência clara de melhora da sobrevida (são classificados como Classe IIb ou indeterminada).

Amiodarona

300mg IV em bolus para FV/TV persistente. Uma segunda dose IV de 150mg na FV/TV recorrente. Dose máxima cumulativa de 2.2g em 24 horas Classe Iib.

Lidocaína

1 mg/kg IV em bolus para FV/TV persistente. Repetir, se necessário, após 3 minutos em dose máxima de 3mg/kg. Classe indeterminada

Sulfato de magnésio

1 a 2g IV na torsades de points e na hipomagnesemia
Classe IIb

Bicarbonato de sódio

1 mg/kg IV é indicado nas seguintes situações:

Hiperpotassemia pré-existente (classe I)

Acidose

pré-existente responsiva a bicarbonato (classe IIa)

Intoxicação por antidepressivos tricíclicos (classe IIa)

6-Critérios para Internação: Após realização de RCP e estabilização dos pacientes os mesmo deverão ser encaminhados ao setor de UTI.

VII. Referências

<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficente-senhoras/Documents/protocolosinstitucionais/protocolo-pcr.pdf>

http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/030_2010_atendimento_ao_paciente_em_PCR.pdf

<http://www.laerdal.com/br/News/47889010/As-novas-Diretrizes-em-RCP-lancaram>

http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

POP UTI 032- CONTROLE DA DOR

I. Objetivo

A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.

O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planejada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes.

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

II. Materiais

- Impresso;
- Caneta;
- Formulário de SSVV (Unidade de Internação);
- Folha de Balanço Hídrico (UTI Adulto).

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I – Fundamentação

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só o componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado à dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

A Dor Aguda, a exemplos destas no período pós-operatório, pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo. Em contrapartida a Dor Crônica, por exemplos: neuropática, oncológica e fibromialgia que são permanentes e de difícil controle, podendo ocasionar sequelas incapacitantes.

No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão sendo desenvolvidos e criados, por todo o País Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem desta sintomatologia.

Cabe mencionar que a Dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de algum tipo de dor (aguda ou crônica).

Nestes termos, considera-se como normas de boas práticas, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- O registo sistemático da intensidade da dor;
- A utilização para mensuração da intensidade da dor, através da aplicabilidade de uma das escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala;
- A inclusão da dor como o "quinto sinal vital" na folha de Balanço hídrico ou na folha de registo dos sinais e sintomas vitais é obrigatória, seu uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde em espaço próprio para registo da intensidade da Dor. A intensidade e o manejo da dor deverão ainda constar nas evoluções e anotações técnicas no sistema ;
- No Setor de UTI Adulto adotamos a Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces" e no setor de Unidade de Internação adotamos a Escala de faces e a Escala Numérica;
- A verificação da dor deverá ser feita utilizando a Escala de Dor, padronizada na instituição em todos os clientes hospitalizados e principalmente, os que apresentarem dor aguda de repetição ou dor crônica, sendo essa avaliação necessária antes e após a aplicação do analgésico prescrito ou realização de procedimentos que causem dor;
- No verso do impresso de Sinais Vitais e no formulário do balanço Hídrico a enfermagem deverá registrar os valores referidos após a avaliação da Escala de Dor, obedecendo os horários de avaliação a cada 4/4hs, (08hs, 2hs, 16hs, 20hs, 24hs 04hs).;
- Se o paciente NÃO queixar DOR apenas colocar "0" e assinar;
- Caso queixa DOR pesquisar o score de dor seguindo a tabela de EVA ou Escala Numérica conforme avaliação do estado de consciência/cognição do paciente do formulário em anexo;

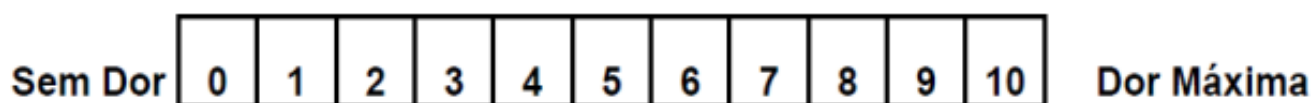
- A mensuração deverá ser feita através dos escores que vão de 1 a 10. Escore de 1 à 2 é considerado DOR LEVE, Escore de 3 à 7 considerado DOR MODERADA e Escore de 8 à 10 é considerado DOR INTENSA;
- Caso não tenha prescrição de medicamento conforme a dor mensurada, comunicar ao médico responsável;
- Na Unidade de Internação a anotação do valor da dor referida deverá ser registrada na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Escala para avaliação da dor em (Valor/Reav.)", com os valores numéricos referentes à intensidade;
- Na UTI Adulto a anotação do valor da dor referida deverá ser registrada na Folha de Balanço Hídrico no item AVALIAÇÃO DA DOR;
- Quando se fizer necessária intervenção medicamentosa para o controle da dor, esta deverá ser mensurada novamente após uma hora e proceder anotação na Folha de Sinais Vitais/ Formulário de Balanço Hídrico, no campo denominado "Conduta". Em caso de queixa excessiva do paciente, este tempo poderá ser reduzido de acordo com avaliação;
- A anotação na Folha de Sinais Vitais e no Formulário de Balanço Hídrico NÃO substitui a anotação de Enfermagem no sistema, que deverá conter os dados de início da dor, localização, intensidade, periodicidade dos episódios dolorosos e fatores de melhora ou piora, descrição da intervenção realizada e reavaliação;
- As medidas não-farmacológicas a serem utilizadas no controle da dor compreendem cuidados de enfermagem como: massagem e estimulação cutânea, terapias com gelo e calor, distração e relaxamento. Seu uso deverá ser concomitante com medidas farmacológicas, a fim de garantir sua eficácia e promover conforto ao cliente;
- A equipe de enfermagem deve-se atentar antes de realizar procedimentos que causem dor nos clientes, principalmente curativos, banho ou movimentação, se necessário a administração de analgesia prescrita pelo médico, com pelo menos 30 minutos de antecedência;
- Em caso de persistência da dor, deve-se adequar a intervenção ou solicitar avaliação médica;
- A analgesia administrada através de cateter peridural deverá ser realizada por médico anestesiológico;
- Notificar as não conformidades relacionadas a demora na entrega de medicamentos analgésicos pelo Serviço da Farmácia, que possa dificultar o processo de recuperação da dor do paciente.

IV.II – Regras de aplicação das escalas de avaliação da dor

- a) A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas;
- b) A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua coleta.

As escalas propostas aplicam-se a pacientes conscientes e colaborativos, com idade ≥ 5 anos. A escala utilizada, em um determinado paciente, deve ser sempre a mesma. Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o paciente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que o paciente compreenda corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

IV.II.I - Escala Numérica



A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao paciente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem dor" e a 10 a classificação "dor Máxima" (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

IV.II.II - Escala Qualitativa – Escala Visual Analógica de EVA

Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna.

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: "Sem Dor", "Dor Leve", "Dor Moderada", "Dor Intensa".

IV.II.III - Escala de faces

Na Escala de Faces é solicitado ao paciente que classifique a intensidade da "Dor" de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade

corresponde à classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima". Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo paciente.

IV.II.IV – Pacientes sedados

A avaliação e tratamento da dor são mais complexos em pacientes inconscientes ou sedados. Nesses casos deve-se suspeitar da presença de dor se o doente apresentar sinais de desconforto como contorcer-se, fazer careta ou apresentar sinais de ativação simpática, tais como taquicardia, hipertensão, taquipneia, sudorese e piloereção.

Em pacientes sedados ou em ventilação mecânica a medicação usada para Dor:

O BPS, de fácil aplicação, é usado para avaliar a dor de paciente sedado ou em ventilação. Se o escore for > 6, é considerado inaceitável, ou seja, paciente apresentando dor. A medicação que será administrada em caso de DOR nos pacientes sedados ou em ventilação mecânica será Morfina 0,2mg/ml ou Morfina 1ml/ml ou Fentanil 2ml/50mcg/ml. Solicitar ao médico de plantão a prescrição da medicação.

Quadro I – A Behavioral Pain Scale Analisa:

| |
|---|
| Expressão facial |
| Relaxada: 1 |
| Parcialmente tensa: 2 |
| Totalmente tensa: 3 |
| Fazendo careta: 4 |
| Movimentos dos membros superiores |
| Relaxado: 1 |
| Parcialmente flexionado: 2 |
| Totalmente flexionado: 3 |
| Totalmente contraído: 4 |
| Ventilação mecânica |
| Tolerando movimentos: 1 |
| Tossindo, mas tolerando durante a maior parte do tempo: 2 |
| Lutando contra ventilador: 3 |
| Impossibilidade de controle do ventilador: 4 |

IV.III – Medicções que serão usadas de acordo com a Escala Visual Analógica de EVA:

| Escore 0 – SEM DOR | Escore de 1 à 2 – DOR LEVE | Escore de 3 à 7 – DOR MODERADA | Escore de 8 à 10 – DOR INTENSA |
|--|--|---|--|
| Não realiza medicação | Dipirona 2ml/1 g EV ou Paracetamol 750 mg VO | Dipirona 5ml/2,5 g EV (1ª opção) Tramadol 2ml/100mg | Morfina 0,2mg/ml ou Morfina 1ml/ml Fentanil 2ml/50mcg/ml |
| OBS: Solicitar ao médico plantonista a prescrição da medicação | | | |

IV.IV – Medicaciones que serão usadas de acordo com a Escala BPS (pacientes sedados/ em VM):

Morfina 0,2mg/ml ou Morfina 1ml/ml ou Fentanil 2ml/50mcg/ml

V. Siglas e Definições

POP UTI 033 - AUXÍLIO NO IMPLANTE DE MARCAPASSO TRANSVENOSO E TRANSCUTÂNEO

I. Objetivos

O equipamento de marcapasso cardíaco é um dispositivo eletrônico utilizado para iniciar o batimento, quando o sistema intrínseco do coração é incapaz de gerar uma frequência cardíaca adequada à manutenção do débito cardíaco. Ele emite um estímulo elétrico ao coração determinando sua despolarização e a consequente contração do miocárdio. O marcapasso artificial é um aparelho que substitui o marcapasso natural, quando este apresenta defeito. De um modo geral, o marcapasso é um aparelho eletrônico composto de duas partes: 1. Caixa do marcapasso (gerador) que produz estímulos elétricos e 2. Fio de comunicação (cabo-eletrodo), que leva estes estímulos ao coração para garantir os batimentos cardíacos. Existem diversos tipos de marcapasso. Alguns utilizam um único cabo-eletrodo e produzem sempre o mesmo número de batimentos cardíacos (frequência fixa); outros podem proporcionar variação dos batimentos cardíacos conforme as necessidades. Para isso, às vezes, são necessários dois cabos-eletrodos. Existem vários tipos de marcapasso, dentre eles os mais utilizados em terapia.

Pode-se obter estimulação temporária através das vias cutânea-torácica, esofágica, epicárdica ou percutânea endocárdica. Porém será abordado apenas a via mais comum, essa última via.

A estimulação percutânea endocárdica é realizada através de cabo eletrodo bipolar colocado em contato com o endocárdio, geralmente do ventrículo direito, através de punção venosa. Os acessos mais frequentemente utilizadas são a veia subclávia esquerda, veia jugular interna direita ou esquerda.

Preconizamos a punção venosa com agulha, passagem de fio guia, dilatação e colocação de um introdutor de hemodinâmica 5F ou 6F para passagem do cabo eletrodo. Dessa maneira, esse procedimento minimiza as chances de lesões vasculares, pneumo ou hemotórax e facilita a manipulação e o correto posicionamento do cabo eletrodo dentro do coração. O cabo eletrodo pode ser corretamente posicionado com auxílio de um monitor cardíaco. Primeiramente é importante se obter um eletrocardiograma com 12 derivações do paciente. Uma vez realizada a punção venosa e colocado o Introdutor, o conector correspondente ao pólo distal do cabo eletrodo (o negativo ou catodo, geralmente) é ligado com auxílio de um cabo jacaré-jacaré ao pólo explorador do gerador externo.

Este gerador dever ser fixado preferencialmente próximo ao local de punção, e deverá se tomar muito cuidado com a manipulação do paciente.

- Programação e cuidados com o gerador externo:

Com a utilização de um cabo eletrodo bipolar deve-se conectar o pólo distal (geralmente marcado com o sinal negativo ou especificado como distal) ao pólo negativo do gerador enquanto que o anel proximal é ligado ao pólo positivo. A seguir deve-se proceder aos testes dos limiares de sensibilidade, comando e ajuste de frequência do marcapasso externo. Normalmente os geradores externos possuem botões tipo dial com essa finalidade.

Limiar de sensibilidade - indica a menor amplitude de um evento elétrico cardíaco que o marcapasso consegue "enxergar". A sensibilidade pode ser encarada como um muro: ela aumenta com o inverso da amplitude (em milivolts). Ou seja, valores pequenos de amplitude de sensibilidade fazem com que o marcapasso "enxergue mais" (o muro é baixo), ou seja, a sensibilidade é alta. Inversamente, altas amplitudes de sensibilidade "levantam o muro" e o marcapasso "enxerga pouco" (a sensibilidade é baixa). O teste de sensibilidade se faz colocando o gerador externo na sua menor frequência de estimulação e diminuindo progressivamente a sensibilidade (i.e. aumenta a amplitude) até que o aparelho "não veja mais" as despolarizações intrínsecas do paciente e passe a estimular de maneira competitiva. Recomenda-se um valor de sensibilidade igual ao dobro do encontrado (ou metade do valor numérico). Logicamente a determinação do limiar de sensibilidade só pode ser realizada se o paciente apresentar um ritmo de escape com frequência superior a frequência mínima alcançada pelo gerador externo. Limiar de comando - é a menor quantidade de energia capaz de despolarizar o miocárdio de um determinado paciente. Normalmente, nos geradores externos a largura de pulso é fixa e o limiar de comando acaba sendo sinônimo da amplitude mínima (em Volts) da espícula do marcapasso capaz de promover a despolarização do miocárdio. Esse valor é obtido estimulando-se o coração com uma frequência acima da de escape e diminuindo-se progressivamente a amplitude da espícula do marcapasso até que se observe perda de comando. Recomenda-se uma amplitude 2 a 3 vezes esse valor para assegurar uma margem de segurança adequada. Altos limiares de sensibilidade e/ou comando podem ser resultado da impactação do cabo eletrodo em um local inapropriado muitas vezes sendo necessário se tentar outro local.

II. Materiais

| MATERIAL | UNIDADE |
|-------------------------------------|---------|
| Luva cirúrgica estéril 7,5 | 01 |
| Gaze VI (compressa 7,5x7,5 estéril) | 04 |
| Seriga descartável sem agulha 20ml | 01 |
| Agulha descartável 40x12 | 01 |
| Agulha descartável 25x07 | 01 |
| Agulha descartável 13x4,5 | 01 |
| Lidocaína 2% s/ vaso 20ml | 01 |
| Fio seda 2,0 sem agulha | 01 |
| Introdutor de 5F ou 6F | 01 |
| Fio Guia | 01 |

| | |
|--------------------------------|----|
| Dilatador com agulha de punção | 01 |
| Jacaré | 01 |
| Cabo eletrodo temporário | 01 |
| Máscara descartável | 01 |
| Gorro descartável | 01 |

- Marcapasso Transcutâneo

- Equipamento

1 . Eletrodos de marcapasso externos.

2. Eletrodos sensores externos (podem ser os mesmos usados como eletrodos demarcapasso).

3. Marcapasso externo.

- Monitorização Necessária

Deve se utilizar a monitorização do desfibrilador, com a colocação dos eletrodos para monitorização com o cabo de ECG e oximetria se necessário.

III. Abrangência

Setores assistenciais

IV. Descrição dos passos da atividade

- Orientar sempre orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado.

- Conecte os eletrodos (pás adesivas) do marcapasso ao cabo e ao aparelho (desfibrilador).

- Realize se necessário a tricotomia do tórax para que as pás fiquem bem aderidas.

- Limpe a região da pele com álcool 70% ou água e sabão para retirar a camada de gordura da pele, se necessário, utilize gel condutor.

- Coloque uma pá posicionadas no tórax do paciente (lado superior direito) e a outra pá no tórax inferior esquerdo.

- Ligue o desfibrilador, selecionando a frequência de demanda e a corrente indicadas pelo médico.

- Utilize analgésicos ou sedação se necessário quando prescrito, pois é um procedimento incômodo para o paciente por produzir estímulos elétricos e sensação de choque.

- Mantenha o paciente constantemente monitorado (FC, FR, Oximetria).

- Fique atento para sinais de baixo débito cardíaco, queda na perfusão periférica, palidez cutânea, sudorese.
- Mantenha o paciente com o marcapasso transcutâneo até sua estabilização e o implante de um marcapasso transvenoso ou definitivo.
- Irritação da pele. Sob os eletrodos de marcapasso, a irritação da pele não representa normalmente um problema, especialmente quando o marcapasso é efetuado por um curto período de tempo.

Contudo, marcapasso transcutâneo prolongado pode levar à irritação e destruição da pele. Observar.

- Após utilização das pás do marcapasso, colar as mesmas em um saco plástico rígido e entregar para os enfermeiros.
- Antes de se iniciar a passagem, cheque se a bateria do equipamento está funcionando adequadamente e certifique-se de que hajam pilhas reservas.
- Oriente o paciente sobre o o procedimento.
- Mantenha o paciente em monitorização constante.
- Auxilie o médico no ato da passagem do marcapasso transvenoso.
- Durante o implante, fique atento a possíveis arritmias.
- Adapte o cabo do marcapasso aos terminais do eletrodo no gerador de pulso, respeitando os pólos positivo e negativo (geralmente por cores Vermelho é positivo e Preto é negativo).
- Realize o curativo da inserção conforme protocolo sistêmico.
- Registre em prontuário os parâmetros selecionados pelo médico (frequência cardíaca, amplitude de pulso).
- Caso necessite desfibrilação, o gerador deve ser desligado.
- Fixe o fio marcapasso + jacaré com micropore por toda sua extensão, para evitar que se desloque.
- Fixe o gerador de preferência no tórax ou MMSS do paciente para evitar que o eletrodo se desloque.

V. Siglas e Definições

- Marcapasso Transvenoso

Composto por uma bateria externa, o coração é estimulado por meio de impulsos elétricos gerados por um cabo- eletrodo, colocado geralmente dentro do ventrículo direito, onde é inserido por um acesso venoso central (subclávia ou jugular). É um dos tipos mais confiáveis de marcapasso temporário. Contudo, este requer um procedimento invasivo e tempo para a inserção de um marcapasso transvenoso de funcionamento apropriado.

- Marcapasso Transcutâneo

Também chamados de marcapasso transtorácico, compõe-se de duas pás de eletrodos descartáveis e adesivas que são fixadas no tórax e dorso do paciente e conectadas a um aparelho de desfibrilador ajustado no modo demarcapasso.

Muito utilizado nas emergências que envolvem as bradiarritmias e bloqueios atrioventriculares com repercussão hemodinâmica que não respondem adequadamente as drogas.

O marcapasso transcutâneo pode ser executado mais rapidamente do que o intravenoso. Ele é, deste modo, apropriado como terapia inicial em pacientes necessitando de marcapasso de emergência. Ele também pode ser usado como uma alternativa em situações onde as chances de necessidade de marcapasso são pequenas e os benefícios do marcapasso transvenoso não elevam os riscos. As maiores desvantagens do marcapasso transcutâneo são:

- Ele não é tão confiável quanto o marcapasso transvenoso.
- Ele é usualmente desconfortável para o paciente porque a corrente necessária para obter marcapasso ideal é geralmente alta.

Contra-Indicações: Nenhuma.

É um equipamento totalmente implantado, onde a bateria se localiza no subcutâneo e os fios bicamerais são posicionados no átrio e no ventrículo. Necessita ser colocado através de procedimento cirúrgico.

VI. Anexos

VII. Referências

https://www.incor.usp.br/marcapasso/orientacao_mp.html#5

<http://enfermagemcardiologia.webnode.com.pt/cuidados-de-enfermagem-em-cardiologia/pacientes-emuso-de-marcapasso/>

<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/terapia/livro3/cap/cap26.htm>

http://educacao.cardiol.br/manualc/PDF/ta_marcapasso_cardiaco.pdf

POP CME 001 – PROCEDIMENTO PARA ENTREGA DE MATERIAIS INFECTADOS NA CME

I. Objetivos

Definir o procedimento para entrega de materiais infectados ao CME.

II. Materiais

Saco plástico preto, caixa branca identificada, materiais de fisioterapia respiratória (respiron, shacker, traquéias, máscaras etc), livro de protocolo de materiais da fisioterapia para CME.

III. Descrição dos passos da atividade Ambulatório de Fisioterapia

- Todos os materiais infectados utilizados pelo Serviço de Fisioterapia do ambulatório devem ser colocados no saco plástico (disponível na recepção de fisioterapia, última gaveta do móvel 01 ou dentro do recipiente já preestabelecido e identificado que se encontra no almoxarifado do Ambulatório de Fisioterapia).
- Os materiais utilizados por fisioterapeutas do Ambulatório de Fisioterapia devem ser protocolados detalhadamente no caderno que se encontra no almoxarifado do Ambulatório de Fisioterapia.
- A entrega dos materiais ao CME, utilizados no ambulatório de fisioterapia deve ser feita pelo fisioterapeuta responsável que utilizou o material logo após o uso e o mesmo deverá buscar no início do plantão seguinte e guardá-los no seu local de armazenamento.

UTI Adulto

- Todos os materiais infectados utilizados pelo Serviço de Fisioterapia das UTI's, devem ser colocados pelo fisioterapeuta que o utilizou, dentro do recipiente já preestabelecido e identificado que encontra-se nos expurgos das UTI's,
- Os materiais que serão utilizados durante os atendimentos por longos períodos (no mesmo paciente) devem ser colocados dentro de saco plástico transparente disponível nas unidades, identificado com nome do paciente e leito e posteriormente guardado dentro do recipiente identificado ("Materiais em Uso") alocado no armário de materiais da fisioterapia das UTIs.
- O coordenador das UTI's será o responsável por conferir, registrar (Livro de protocolos de materiais enviados ao CME) e levar os materiais para o CME, assim como buscá-los e guardá-los nos seus respectivos lugares.

Unidades de Internação

Todos os materiais infectados utilizados pelo Serviço de Fisioterapia das Unidades de Internação devem ser encaminhados ao CME logo após o uso pelo fisioterapeuta que o utilizou e buscar no início do plantão seguinte, guardando-os no seu local de armazenamento. O mesmo é responsável por conferir e registrar no Livro de protocolos de materiais enviados ao CME, detalhadamente todos os materiais enviados e recolhidos.

Os materiais que serão utilizados durante os atendimentos por longos períodos (no mesmo paciente) devem ser colocados dentro de saco plástico transparente disponível nas unidades, identificado com nome do paciente e leito e posteriormente guardado dentro do recipiente identificado ("Materiais em Uso") alocado no armário de materiais da fisioterapia das Unidades de Internação.

OBS 1: Sempre ao buscar o material no CME, deve-se conferir detalhadamente com o caderno de protocolo de materiais pra CME e retirar apenas o que foi entregue. Nunca retirar materiais que foram entregues por outro profissional.

OBS 2: O manuseio de todos os materiais infectados deve ser feito com cuidado e luva de procedimentos.

IV. Siglas e Definições

CME- Centro de Materiais para Esterelização

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Matriz de Risco.

POP CME 002 – RECEBIMENTO DE MATERIAIS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES

I. Objetivos

Padronizar o recebimento dos materiais contaminados , conferindo os mesmos, para iniciar o processo de limpeza adequado às especificidades dos materiais.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, avental impermeável, calçado fechado, livros de registro e/ou, formulário de devolução de material (devolução impressa), caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

EXPURGO (Material Sujo):

- O técnico de enfermagem deverá paramentar-se com EPI's necessários: gorro, máscara, óculos de proteção e luvas de procedimento e avental impermeável;
- Receber materiais dos demais setores assistenciais da instituição, conforme acordos de entrega pré estabelecidos, conferir se os mesmos estão sendo transportados em recipientes adequados: container com tampas e identificados como transporte de material contaminado;
- Conferir com o impresso de devolução o código (02.019), a quantidade do material à ser devolvido e a integridade dos mesmos. Os materiais que vem instituição são listados em planilhas e acondicionados na pasta específica, da Clínica de Odontologia e dos médicos são registrados no livro de recebimento conferindo os itens supracitados.
- Todos materiais ortopédicos deverão ser recebidos no expurgo, conferidos com o instrumentador e ou representante da empresa contratada, onde será realizada uma limpeza e após secagem encaminhamento para área limpa para realização do pacote e esterilização;
- Materiais do centro cirurgico deverão ser conferidos no expurgo do CC pelo técnico de enfermagem da CME, onde será verificado junto ao check-list das bandejas e caixas cirúrgicas contendo a quantidade e as peças das mesmas, que deverá ser conferido e assinado pelo enfermeiro do CC, (separar se estiver faltando , solicitar a presença do circulante responsável pela utilização do material para rever a sala de operação, caso perda ou falta do material comunicar ao Enfermeiro Responsável do CC e da CME); Todo material em desacordo com o Check -list ou que não seja material reprocessado na CME deverá ser comunicado de imediato ao enfermeiro do CC. Material que não é reprocessado na CME não deverá ser encaminhado

para o setor.

Manipular com cuidado os materiais evitando quedas, acondicionar no carrinho de transporte de material contaminado para ser posteriormente levado à CME para reprocessamento. O carrinho de transporte de material contaminado deve estar identificado, deve ser colocado um campo limpo à cada transporte. A desinfecção é realizada aos sábados pelo colaborador da higiene e limpeza.

O carrinho de transporte de material contaminado da área de COVID deve estar identificado, deve ser colocado um campo limpo à cada transporte e irá fazer o transporte do material de forma exclusiva mantendo sempre a tampa fechada, não excedendo o volume do container. A desinfecção é realizada diariamente pelo colaborador da higiene e limpeza após a retirada do material do mesmo.

Separar materiais danificados, acondicioná-los no recipiente próprio e comunicar ao enfermeiro responsável; o enfermeiro deverá transcrever o quantitativo dos materiais em planilha própria de manutenção e descarte que será posteriormente encaminhado para a manutenção onde será avaliado a necessidade do conserto e /ou orientação para o descarte; conforme solicitação de serviço via sistema: SUPORTE.

Proceder limpeza prévia do material umidificando-o com água corrente , retirando o excesso de matéria orgânica com auxílio de pistola de água morna;

No recebimento dos materiais termossensíveis, os materiais deverão ser submetidos ao processo de limpeza e rigorosa secagem, e posteriormente acondicionados em invólucros específicos e identificado com etiqueta própria com nome do material, colaborador que preparou e data de validade para posterior reprocessamento. Não serão enviados materiais particulares sem anuência do enfermeiro responsável .

ÁREA LIMPA (Materiais limpos):

Obs: Os materiais recebidos na área limpa compreendem materiais já preparados para serem reprocessados pela CME, tais como: materiais da lavanderia (pacotes de roupas cirúrgicas); os pacotes da lavanderia que são entregues no setor em horários e quantidades acordadas em CCF;

Clínica de odontologia: receber os materiais conferir integridade dos pacotes identificação e protocolar recebimento. Obs: Todo material solicitado à instituição e ou empresa que não compreende em nosso arsenal e será necessário para a realização das cirurgias, deverão ser entregues na área limpa já reprocessados onde será submetido a conferência e novo processo de esterilização a fim de podermos rastrear o processo, quando o mesmo deverá ser encaminhado para expurgo, procedendo todas fases do processo de limpeza,conferencia

,inspeção , montagem e esterilização.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

ME: Central de Material e Esterilização

CC: Centro Cirúrgico

V. Anexos

NA.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007;

APECIH-Limpeza,desinfecção e Esterilização de Artigos em Serviço de Saúde. 1ª Edição-2010.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticaspara o processamento de produtos para saúde e dá outrasprovidências.

MGR CME 001

POP CME 003 – LIMPEZA DE ARTIGOS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES

I. Objetivos

Realizar a limpeza adequada removendo a sujidade visível, reduzindo a carga microbiana natural, retirando contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos; manter segurança e qualidade no reprocessamento dos materiais médico-odonto hospitalares.

II. Materiais

EPI: Roupa privativa da CME, máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luvas de cano longo, calçados fechados e avental impermeável.

INSUMOS: detergente neutro, detergente enzimático, escovas e esponjas de preferência vegetal e não abrasiva.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Colocar paramentação adequada para iniciar o processo de limpeza.
- ✓ Higienizar as mãos antes e após cada atividade.
- ✓ A limpeza dos materiais é realizada no Expurgo da CME, consistindo em pré limpeza manual com auxílio de detergente neutro e escovas/esponjas apropriadas e limpeza mecânica com auxílio delavadora ultrassônica e detergente enzimático.
- ✓ Antes do processo de limpeza, os materiais devem ser desmontados em todas as partes possíveis.
- ✓ Os materiais termossensíveis deverão passar pelo processo de limpeza e depois transferidos para sala de Termodesinfecção, onde se dará continuidade ao processo;
- ✓ Manipular todos os artigos com cuidado evitando quedas e batidas, observar e limpar com atenção as ranhuras, cremalheiras e articulações dos instrumentais;
- ✓ Separar os materiais maiores para limpeza manual manipulando com cuidado evitando quedas;
- ✓ Friccionar os artigos sob água para evitar dispersão de aerossóis.
- ✓ Efetuar limpeza manual: promover remoção da sujidade por meio da ação física com auxílio de detergente neutro, água, escova e/ou esponjas (de preferência vegetal não abrasiva). Os artigos devem ser limpos individualmente, e itens longos e com lumens inspecionados com atenção.

- ✓ Após a limpeza enxaguar os materiais abundantemente, para retirada de toda matéria orgânica e o detergente neutro utilizado.
- ✓ Atentar que as escovas utilizadas na limpeza devem ser limpas e mantidas secas.
- ✓ Instrumentos cortantes quando imersos em soluções de limpeza devem ser removidos com auxílio de uma pinça e não com as mãos, para evitar acidentes.
- ✓ Após a limpeza manual encaminhar os artigos para a lavadora ultrassônica.
- ✓ A lavadora ultrassônica utilizada na instituição tem capacidade de 42 litros de água. Utilizar detergenteenzimático, atentando para diluição correta.



- ✓ Para diluição e tempo de imersão corretos consultar a FISPQ do produto e a enfermeira responsável pelo setor.
- ✓ A solução deve ser trocada de acordo com orientação do fabricante e/ou sempre que estiver saturada.
- ✓ Abrir as pinças, desmontar afastadores, canulados, acondicionar em cesto de inox da lavadora ultrassônica, colocando por baixo os mais pesados e os mais leves e delicados por cima;
- ✓ Ligar a lavadora ultrassônica programando o ciclo de acordo com materiais a serem reprocessados(Ciclo de Instrumentais ou ciclo de Canulados);
- ✓ Os materiais utilizados em cirurgia videolaparoscópicas e ou canulados são reprocessados na ultrassônica no Ciclo de Canulados, lembrando de colocar os adaptadores de encaixes;
- ✓ Mergulhar o cesto no reservatório da lavadora ultrassônica e ligar após fechamento da câmara;

- ✓ Após o término da limpeza mecânica realizado pela lavadora ultrassônica, retirar o cesto da lavadora e colocar dentro do tanque de enxágue;
- ✓ Enxaguar as peças abundantemente até remover todo o detergente enzimático;
- ✓ Dispor os materiais no balcão sob pano limpo, para posterior secagem e conferência;
- ✓ Verificar presença de matéria orgânica nos artigos e repetir o processo de limpeza se necessário;
- ✓ Retirar os EPI's deixando-os limpos e em local apropriado.

Obs.: O técnico de enfermagem ao verificar que a limpeza dos materiais não está sendo eficaz comunicar imediatamente ao enfermeiro para avaliação e tomada de providência.

- ✓ Fica estabelecido que a validação das escovas será de três meses em uso. Antes do descarte, será registrado em planilha a data do descarte e motivo. Todas as embalagens de inseticidas abertas (detergente neutro e detergente enzimático) devem ser identificadas com rótulo próprio contendo a data de abertura, data de validade e assinatura do profissional que abriu.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual
CME: Central de Material e Esterilização

V. Anexos

Planilha de descarte de escovas

VI. Referências

Práticas recomendadas – SOBECC- 4ª edição-2007 APECIH- 9ª edição RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. MGR CME 001.

POP CME 004 – SECAGEM CONFERENCIA E MONTAGEM DOS PACOTES CIRÚRGICOS

I. Objetivos

Realizar a secagem dos artigos inspecionando a limpeza e funcionalidade dos mesmos, montagem das bandejas adequadamente, padronizar a realização dos invólucros.

II. Materiais

Gorro, máscara, óculos de proteção e luvas de procedimento, lupa e compressas, invólucros, etiquetas de identificação, integradores, canetas esferográficas, planilhas de carregamento das autoclaves.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ O técnico de enfermagem deverá se paramentar com EPI's para iniciar o processo de secagem dos materiais, utilizando compressas e ar comprimido para canulados;
- ✓ Inspeccionar cada material/ instrumental, verificando se há presença de sujidade e ou matéria orgânica através de visualização com lupa*;



- ✓ Retornar ao expurgo os materiais com sujidade para repetir todo processo de limpeza;
- ✓ Dispor os instrumentais no balcão por categoria, facilitando a posterior montagem das bandejase caixas;



- ✓ Montar as bandejas e caixas, forrando com SMS, as pinças devem ser armadas na 2ª cremalheira, materiais pesados no fundo e leves por cima;



- ✓ Conferir os materiais novamente, procedendo a montagem das bandejas e caixas de instrumentais seguindo o catálogo e check list;
- ✓ Retirar luvas e lavar as mãos;
- ✓ Empacotar os materiais no invólucro proposto: SMS para materiais de densidade** e, Grau cirúrgico para materiais de superfície***;



- ✓ Identificar os invólucros com etiqueta própria confeccionada a partir do programa Zebra Designer®, disponível no computador da CME, anotando: Nome da bandeja ou caixa, nº de peças, quem preparou, quem esterilizou, lote, datas de esterilização/validade;
- ✓ Caso a bandeja esteja incompleta, realizar a reposição da peça que será marcada com identificação característica da bandeja. Na impossibilidade da reposição desta peça, identificar no check list a ausência da mesma. Avisar o enfermeiro supervisor para avaliação e conduta.
- ✓ Anexar sobre a caixa, bandeja ou pacote de grau cirúrgico a etiqueta de rastreabilidade com lotes e validades de acordo com a programação de esterilização;
- ✓ Nas caixas e bandejas anexar check list de conferência dos materiais que consta em seu interior, anotando a falta de alguma peça, e a quantidade real de peças da bandeja.



| HMT | |
|-------------------|--------------------|
| CONTEUDO: B RAQUI | |
| Nº PEÇAS: 02 | PREPARADO: LEANDRA |
| AUTOCLAVE: 01 | CICLO: 01 |
| LOTE: 1148 | OPERADOR: ANDRESSA |
| DATA: 17/10/19 | VALIDADE: 17/12/19 |

Acondicionar os pacotes em local adequado para posterior esterilização e lavar as mãos.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

SMS: Spun bonded/melt blown/spun bonded- não tecido

***Lupa:** Lente intensificadora de imagem com ampliação de oito vezes.

****Materiais de densidade:** materiais pesados (caixas, bandejas e roupas barreira de penetração do vapor esterilizante;

*****Materiais de superfície:** materiais leves (pinças avulsas, pacotes e materiais leves e termosensíveis), materiais menor barreira de penetração do vapor esterilizante;

V. Anexos

NA

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC- 4ª edição-2007 APECIH- 9ª edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

MGR CME 001.

POP CME 005 – INSPEÇÃO DA LIMPEZA DOS ARTIGOS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES

I. Objetivos

Realizar a inspeção de todos os materiais que passaram pelo processo de limpeza manual/mecânica através de inspeção com lupa de aumento, para posterior preparo, conferência, montagem, embalagem e esterilização.

II. Materiais

Gorro, luvas de procedimento, calçados fechados, lupa articular de mesa, material de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ O técnico de enfermagem deverá paramentar-se com EPIs necessários;
- ✓ Recolher os materiais após a secagem, conferindo nº de peças, se estão completos e com sua devida identificação, manipulando com cuidado evitando quedas;
- ✓ Realizar a inspeção de cada instrumental com auxílio da lupa de aumento;



- ✓ Dispor todos os materiais na bancada de preferência cada conjunto com cores definidas,



- ✓ Verificar também integridade dos materiais, funcionalidade, separar os inapropriados para o uso, realizando a substituição do mesmo e comunicar ao enfermeiro para tomada de providências;
- ✓ Ou seja, os instrumentais com os seguintes problemas: tesouras sem corte, pinças com cremalheiras sem preensão, materiais desgastados, afastadores sem arruelas, alicates e furadeiras sem lubrificação, pinças hemostáticas com ponteiros sem justaposição, materiais ventilatórios incompletos (sem adaptadores, ambú sem máscara e/ ou sem bolsa e intermediário) deverão ser separados dos demais, registrados em impresso próprio e comunicar ao enfermeiro responsável para reposição dos mesmos pelo setor de origem.
- ✓ Registrar em impresso próprio a quantidade de instrumentais que foram verificados no momento;
- ✓ Registrar o número de instrumentais com presença de sujidade visível e posteriormente devolvê-lo para o expurgo, estes materiais deverão passar por um novo processo de limpeza;
- ✓ Retirar os EPIs deixando-os limpos e em local apropriado e lavar as mãos.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos

LIVRO DE REGISTRO (recebimento de material)

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9ªedição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticaspara o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 006 – UTILIZAÇÃO DOS INTEGRADORES QUÍMICOS

I. Objetivo

Padronizar a utilização dos integradores químicos nas bandejas, caixas de instrumentais e kit parto cirúrgicos e contribuir para o processo de rastreabilidade.

II. Materiais

Gorro, planilha de carregamento de autoclave, integrador químico classe 5, caixas e bandejas de instrumentais cirúrgicos montados e materiais de escritório.

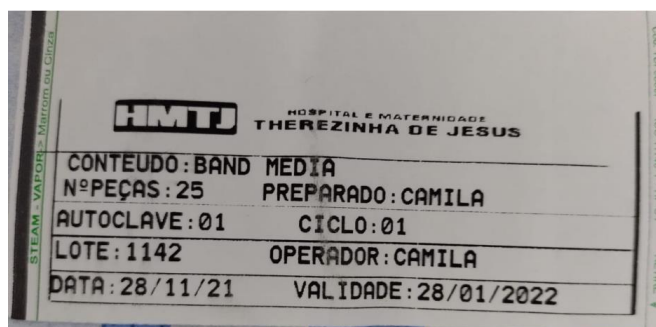
III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ O técnico de enfermagem colocará os integradores químicos classe 5 em todas bandejas e caixas cirúrgicas e kit parto. Nas caixas com conjunto de duas ou mais bandejas deverá ser colocado 1 integrador em cada bandeja;
- ✓ A leitura do integrador é simples: verificar se o agente químico atingiu região ACCEPT ou REJECT para posterior utilização do material esterilizado, segue figura abaixo:



- ✓ Na abertura dos materiais na sala de cirurgia solicitar ao cirurgião e/ou instrumentador que o integrador químico seja visualizado antes da montagem da mesa, afim de constatar que o material esta realmente esterilizado evitando contaminação do campo;
- ✓ Ao término do procedimento cirúrgico o integrador deverá ser anexado ao protocolo de cirurgia segura do paciente;
- ✓ Nos demais setores deverão ser anexados no formulário de rastreabilidade de procedimentos invasivos, tanto a etiqueta de identificação do material que auxilia na rastreabilidade quanto o integrador.
- ✓ Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material, número de peças, nome de quem preparou, ciclo, lote da carga que identifica o número da autoclave, do programa (tipo de garga), do plantão e número da carga do dia, dia de esterilização e

validade conforme invólucro escolhido, via etiqueta de rastreabilidade;



IV. Siglas e Definições

ACCEPT: ACEITO

REJECT: REJEITADO

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ª edição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 007 – REALIZAÇÃO DO TESTE BIOLÓGICO – BOWIE DICK E ARQUIVAMENTO

I. Objetivo

Descrição da realização dos testes biológicos para validar o equipamento (autoclaves) e o processo de esterilização, assegurando as unidades consumidoras o material reprocessado evitando a infecção hospitalar e arquivamento dos mesmos.

II. Materiais

Gorro, máscara, luva de procedimento, compressas, água, sabão neutro, luva de proteção térmica, planilha de carregamento de autoclave, pacotes de teste desafio, planilha de registro de teste biológico e materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Solicitar ao almoxarifado os pacotes de Teste Biológico e Bowie Dick através de requisição via sistema;
- ✓ Cabe ao enfermeiro treinar, orientar e supervisionar a realização do teste;



- ✓ A câmara interna da autoclave passa por uma prévia limpeza, utilizando compressas umedecidas com sabão neutro, seguida por enxague somente com compressas umedecidas com água potável. Atenção: não retirar o ralo do dreno;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Colocar o pacote de teste desafio padronizado próximo ao dreno da autoclave; (para teste);
- ✓ Ao término da limpeza realizar um ciclo de processo no programa nº 6 com a câmara vazia;
- ✓ Após o ciclo terminado, aguardar o resfriamento da câmara e posteriormente prepara-la para o teste;
- ✓ Fazer o teste de Bowie Dick na 1ª carga do dia após 00:00hs programando a autoclave para o programa nº6;
- ✓ Retirar fita registradora da impressora da autoclave, verificar data e os registros, assinar e

- anexar na ficha de carregamento de autoclave ao fim do processo para posterior arquivamento,
- ✓ Após término do ciclo, aguardar 20 minutos para esfriamento, abrir a porta da autoclave, retirar o pacote;
 - ✓ Fazer a leitura visual do teste de BD, grampear fita de registro do processo, fazer as devidas anotações, coletar assinatura do enfermeiro supervisor e arquivar;
 - ✓ Na segunda carga colocar o pacote de teste biológico também sobre o dreno, selecionar o programa nº 1 (Pacotes), fechar a autoclave e iniciar o processo;
 - ✓ Ligar a incubadora, realizar a quebra das ampolas na borda da incubadora, adicionar uma ampola teste que não foi à autoclave - ampola controle ou piloto;
 - ✓ Atentar para que ampola piloto e a do teste desafio sejam do mesmo LOTE
 - ✓ A primeira leitura deverá ser realizada após 3h de incubação, modalidade usada na instituição no momento;
 - ✓ Iniciar os devidos registros em impresso próprio;
 - ✓ Retirar etiquetas de identificação das ampolas teste desafio e piloto após a leitura final e colar em impresso próprio para registro. Desprezar ampolas no descartex;
 - ✓ Assinar os registros e comunicar resultados ao enfermeiro responsável;

APÓS MANUTENÇÃO CORRETIVA/ PREVENTIVA NAS AUTOCLAVES:

- ✓ Realizar todo o processo descrito acima;
- ✓ Liberar o uso das autoclaves após a última leitura do teste biológico;
- ✓ Comunicar imediatamente ao enfermeiro do centro cirúrgico/centro de parto normal para validar os resultados e assinar o impresso de controle de teste biológico conforme acordo com o serviço;
- ✓ Os testes são realizados diariamente em cada equipamento, na primeira carga do período noturno e, após cada manutenção preventiva e corretiva;
- ✓ Os resultados são comunicados verbalmente ao enfermeiro responsável se "positivos", a autoclave é interditada ;
- ✓ O enfermeiro responsável deverá acionar a Fisiotec via telefone conforme escala de sobre aviso;
- ✓ O enfermeiro da CME no dia seguinte realizará a ordem de serviço formalizando através de programa próprio de prestação de serviço via Sismetrol.
- ✓ Após a manutenção prestada, é realizado novo teste Bowie Dick e teste biológico e posteriormente a autoclave é liberada para utilização se o resultado do teste for "negativo".

Arquivamento dos testes realizados (AUTOCLAVES 1 e 2):

- ✓ O técnico de enfermagem do plantão noturno deverá reunir todas as planilhas das autoclaves
- ✓ 1 e 2 referentes ao dia determinado, os bowie & dicks das primeiras cargas, os testes biológicos e os impressos das autoclaves; colocando na sala administrativa do setor.
- ✓ Cabe ao enfermeiro do setor conferir e validar as planilhas, fazendo a contagem dos pacotes preparados, ciclos realizados e cargas implantadas para lançamento na planilha de indicadores. Organizar planilhas, testes e impressos da autoclave 1 e autoclave 2, assinando e carimbando ao final das folhas de cada um. Arquivar em envelope identificado a produção do dia determinado e colocar em caixa arquivo identificado com o mês de referência.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual;

CME: Central de Material e Esterilização.

Anexos



Teste Bowie Dick



Teste Biológico – leitura em 3h



Encubadora Attest 3M para leitura do teste Biológico

V. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 008 – PROTOCOLO DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

I. Objetivo

Padronizar os processos realizados pela equipe de enfermagem permitindo direcionar o trabalho de limpeza e esterilização, removendo a sujidade visível, reduzindo a carga microbiana natural e extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos, além de manter segurança e qualidade no reprocessamento dos materiais médico odonto hospitalares.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luvas de cano longo, calçados fechados e avental impermeável.

III. Descrição dos passos da atividade

O técnico de enfermagem após paramentar-se com EPIs necessários irá iniciar o processo de limpeza dos materiais:

- A limpeza dos materiais é realizada no Expurgo da CME, consistindo em limpeza manual mecânica com auxílio de lavadora ultrassônica;
- A capacidade da lavadora que possuímos é de 42 litros, sendo que o detergente enzimático que é padronizado, nos orienta utilizar 2ml para cada litro de água;
- Sempre atentar para a orientação do fabricante impressa no rótulo do enzimático antes de proceder com a diluição.

DEFINIÇÕES:

DESCONTAMINAÇÃO: remoção de microrganismos patogênicos na forma vegetativa de objetos e superfícies contaminados com matéria orgânica fazendo com que os mesmos fiquem seguros para serem manuseados durante o processo de limpeza manual. O processo pode ser químico (soluções germicidas) ou físico (lavadoras automática ultrassônica).

LIMPEZA: completa remoção de toda sujidade e material orgânico dos objetos e é o mais eficiente meio de redução da carga microbiana dos artigos. O processo pode ser feito com água, detergente e ação mecânica manual, lavadoras ultrassônicas ou de túnel ou por imersão em solução enzimática. Deve preceder os processos de desinfecção e esterilização.

DESINFECÇÃO: processo que elimina formas vegetativas de microrganismos patogênicos de objetos inanimados. Pode ser feita através de processos químicos (soluções germicidas) ou físicos (fervura e máquinas lavadoras - desinfetadoras). A atividade antimicrobiana de qualquer solução germicida pode ser alterada por erros na diluição e presença de matéria orgânica.

ESTERILIZAÇÃO: processo que utiliza métodos químicos (óxido de etileno) ou físicos

(esterilização em autoclave) para destruir todas as formas de vida microbiana (vegetativas ou esporuladas) e aplica-se especificamente para objetos inanimados.

A efetividade dos processos de esterilização e/ou desinfecção depende do tipo e do volume estimado de contaminantes no objeto, temperatura, tempo de contato, concentração do produto e natureza do objeto.

LIMPEZA: A limpeza é o primeiro passo para o processamento de artigos, e está intimamente ligada à qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o número de microrganismos sobre o artigo. Consiste na retirada da sujidade depositada em superfícies inanimadas, incluindo a matéria orgânica, por meio de uma ação mecânica, com o objetivo de garantir a eficácia do processo de desinfecção ou esterilização e preservar o artigo.

Todo artigo para ser submetido à desinfecção deve primeiro ser adequadamente limpo, facilitando assim o contato do agente desinfetante. A falha em procedimentos de limpeza pode comprometer os procedimentos seguintes (desinfecção e esterilização).

Antes do processo de limpeza, os materiais devem ser desmontados em todas as partes possíveis, para que se efetue uma boa Limpeza manual: é um procedimento realizado manualmente, onde a sujidade é removida por meio da ação física com auxílio de detergente, água e artefatos como escova e esponjas de preferência vegetal não abrasiva.

Os artigos devem ser limpos individualmente, e itens longos e com lumens inspecionados com atenção. Não utilizar artefatos abrasivos, ou seja, utilizar escovas de cerdas macias e esponjas e após a limpeza enxaguar os materiais abundantemente, para retirada de toda matéria orgânica e o detergente utilizado. As escovas utilizadas na limpeza devem ser limpas e mantidas secas.

É fundamental para o processo de limpeza a utilização de detergente neutro e ou enzimático que não danifique o material. Detergentes domésticos contêm lipídeos, que podem formar biofilme, dificultando o processo de limpeza e a desinfecção / esterilização. A solução deve ser trocada de acordo com orientação do fabricante sempre que estiver saturada. A limpeza manual oferece maior risco de contaminação ao profissional de saúde, seja por respingos de matéria orgânica em mucosas, seja pelos acidentes com material perfurocortante, portanto, o uso de equipamento de proteção individual (luvas de cano longo, óculos de proteção, aventais impermeáveis e máscara) se faz necessário. Instrumentos cortantes quando imersos em soluções de limpeza devem ser removidos com auxílio de uma pinça e não com as mãos, para evitar acidentes.

DESINFECÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES:

Desinfecção é um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção de alto número de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos.

Classificação de artigos:

Para a escolha do tipo de processamento ao qual será submetido o artigo, é utilizada a classificação proposta por Spaulding (1968), com objetivo de racionalizar sua indicação. Segundo Spaulding (1968) os artigos podem ser classificados em três categorias segundo o grau de risco de

infecção envolvido no uso dos mesmos, ou seja, em artigos críticos, artigos semi-críticos e artigos não críticos.

Artigos críticos: são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e, portanto possuem alto risco para aquisição de infecção. Estes artigos devem ser esterilizados para o uso. Nesta categoria estão incluídos os cateteres venosos, as agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, cateteres urinários, etc.

Artigos semi-críticos: são artigos que entram em contato com membrana mucosa íntegra ou pele não íntegra, e normalmente devem ser livres de todos os microrganismos, com exceção de elevado número de esporos bacterianos. Requerem desinfecção de alto nível entre pacientes. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamentos de terapia respiratória, etc.

Artigos não críticos: são aqueles que entram em contato apenas com pele íntegra, ou não entram em contato com pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção, pois a pele do paciente é barreira efetiva a microrganismos. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Requerem apenas limpeza com água e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível. Como exemplos nesta categoria estão comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelhos de pressão, termômetros, etc.

Níveis de ação de germicidas:

Segundo Rutala desinfetante é um germicida que inativa virtualmente todos os microrganismos patogênicos reconhecidos, mas não necessariamente todas as formas microbianas (por exemplo esporos bacterianos) em objetos inanimados. Os desinfetantes podem ser classificados de acordo com sua capacidade de eliminar microrganismos em:

Desinfecção de alto nível: destrói todos os microrganismos com exceção de alto número de esporos.

Desinfecção de nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, a maioria dos vírus e fungos e micobactérias.

Desinfecção de baixo nível: elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não elimina micobactérias.



Figura 1: Fluxo de processamento de artigos.

IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

Anexo 1 - Livro de registro de dispensação de materiais esterilizados.

VI. Referências

MGR CME 001.

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9ªedição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 009 – CHECK LIST DE DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

I. Objetivo

Realizar o correto descarregamento da autoclave mantendo a integridade dos pacotes e manuseando com segurança.

II. Materiais

Gorro, máscara, luvas de proteção térmica, pranchetas, impresso de carregamento da autoclave, materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Lavar as mãos ou realizar fricção com álcool gel a 70%;
- ✓ Utilizar EPIs: máscara, gorro, luvas de proteção térmica.



- ✓ Descarregar a autoclave manuseando os pacotes com cuidado e delicadeza verificando:
- ✓ Se houve a viragem das listas das fitas de autoclave e ou tarja das etiquetas duplo adesivas (indicador classe I), lembrando que, quando o mesmo fica escurecido nos demonstra apenas uma leitura visual do material que passou pelo processo de esterilização;
- ✓ Integridade dos pacotes, avaliando fechamento dos mesmos, selagem eficaz, microfissuras e ou rasgos;
- ✓ Se o material está úmido ou molhado;
- ✓ Se o material não estiver conforme, deverá retornar para área de preparo e submeter uma nova embalagem e posterior esterilização;

- ✓ Se estiverem em perfeitas condições, dispor os pacotes em superfície coberta com campos duplo evitando condensação;
- ✓ Armazenar os pacotes cirúrgicos esterilizados no armário próprio no Arsenal da CME para posterior distribuição;
- ✓ Os materiais deverão ser armazenados respeitando as datas de validades dos mesmos, dispostos no sistema PEPS (o primeiro que entra é o primeiro que sai), afim de realizar a dispensação ordenada por data de validade;



- ✓ Conferir e preencher o campo na planilha de descarregamento de autoclave com a hora de término do ciclo, assinatura e carimbo do funcionário que retirou e acondicionou a carga no lugar discriminado para tal;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo, inadequação de pacotes e materiais utilizados na CME.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

CME: Central de Material Esterilizado.

V. Anexos

Anexo 1- Planilha de Carregamento de autoclaves.

VI. Referências

MGR CME 001.

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 010 – DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES ESTERILIZADOS DE ACORDO COM DEMANDA APRESENTADA

I. Objetivos

Padronizar a dispensação adequada dos materiais esterilizados, garantindo a esterilidade e integridade dos pacotes desde seu armazenamento até a distribuição, proporcionando qualidade e uma maior segurança na utilização dos mesmos

II. Materiais

Caneta esferográfica azul, livros de registro, requisição impressa, mapa cirúrgico impresso, telefone.

III. Descrição

- A demanda da CME é reconhecida de acordo com a programação de procedimentos agendados eletivamente, tendo como forma de identificação os mapas de procedimentos dos setores, para a programação da CME;
- O técnico de enfermagem / Enfermeiro da CME deverá verificar o mapa de procedimentos eletivos assim que o mesmo for entregue no setor, verificando o estoque do arsenal e providenciando o preparo dos pacotes e instrumentais afim de atender todos ao procedimentos programados;

| Sala 1 | | 1 | | |
|--------|-----------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------|
| HORA | PACIENTE | PROCEDIMENTO | MEDICO | AGENDAMENTO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Sala 2 | | 2 | | |
| HORA | PACIENTE | PROCEDIMENTO | MEDICO | AGENDAMENTO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Sala 3 | | 3 | | |
| HORA | PACIENTE | PROCEDIMENTO | MEDICO | AGENDAMENTO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Sala 4 | | 4 | | |
| HORA | PACIENTE | PROCEDIMENTO | MEDICO | AGENDAMENTO |
| 07:15 | VINICIUS VICTORINO DOS REIS | FRATURA DE COTOVELO | DR LEANDRO FURTADO DE SIMONI | SUS 04/01/2023 12:17 |
| 09:15 | ISMAR DELFINO DE ANDRADE | FRATURA DE COTOVELO | DR LEANDRO FURTADO DE SIMONI | SUS 04/01/2023 12:18 |
| 11:15 | NEUSA DE OLIVEIRA | FRATURA FEMUR | DR LEANDRO FURTADO DE SIMONI | SUS 04/01/2023 12:20 |
| 13:15 | SHERLEI BARBOSA DOS ANJOS | FRATURA DE OMEIRO | DR LEANDRO FURTADO DE SIMONI | SUS 04/01/2023 12:2 |
| | | RECEPÇÃO URGÊNCIA | | |

- O mapa cirúrgico eletivo é enviado para a CME com 1 dia de antecedência e é disponibilizado de forma física para que todos tenham acesso e visibilidade do mesmo durante a jornada laboral;
 - O técnico de enfermagem do período noturno da CME deverá disponibilizar todos os instrumentais e pacotes necessários para atender os procedimentos agendados no mapa cirúrgico, e em caso da falta do material deverá comunicar ao enfermeiro responsável imediatamente para que o mesmo possa providenciar o mesmo conforme plano de Contingência;
 - No mapa deverá conter as seguintes informações: sala reservada, data e hora do procedimento, nome completo e leito do paciente, nome do procedimento a ser realizado , médico responsável pelo procedimento e informações complementares como solicitação de OPME e Reserva de UTI quando necessário;
 - O material é solicitado via telefone e encaminhado pela CME de acordo com a demanda e é enviado ao C.C que é o nosso maior consumidor pelo monta Carga, nos demais setores a solicitação é realizada via sistema;
 - As cirurgias de urgência / emergência que não entram na programação, a requisição do material é realizada no arsenal via telefone , o técnico responsável pela CME realiza a liberação do material de acordo com a solicitação apresentada;
 - O técnico de enfermagem deverá conferir o material a ser dispensado, data de validade, identificação, número de peças e setor a ser direcionado.
- ✓ Não utilizar artigos que apresentem as seguintes alterações:
 - Papel grau cirúrgico amassado, apresentando microfissuras que comprometam a esterilidade do pacote,
 - Invólucros com umidade ou com manchas, embalagem de não-tecido com desprendimento de partículas, suspeita de abertura do embrulho e presença de sujeidade;
 - ✓ Dispensar os artigos do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos (SISTEMA PEPS). □ Manipular os materiais com cuidado, inspecionar as embalagens, considerar como contaminado os pacotes que caírem no chão ou que tiverem rasgos na embalagem.
 - ✓ Proteger os artigos para evitar sua contaminação durante o transporte.
 - ✓ Separar os materiais/ embalagens danificadas, rasgadas ou úmidas, e encaminhar para setor de preparo para novo reprocesso.
 - ✓ O material dispensado para o Bloco Cirúrgico é transportado pelo monta cargas, não dispensar para outros setores, somente em casos de urgência utilizando este via.



- ✓ Os materiais pesados como, por exemplo, as caixas ortopédicas solicitadas para uso imediato, poderão ser dispensadas pelo monta carga, sendo 01 (uma) caixa por vez. As demais caixas deverão ser encaminhadas para o Arsenal do Centro Cirúrgico em carro fechado de transporte de material estéril;
- ✓ A dispensação de materiais esterilizados da Clínica de Odontologia será entregue em horários acordados mediante apresentação de protocolo de entrega, com rigorosa conferência do número de protocolo, nome do aluno e quantidade de peças;
- ✓ A dispensação de materiais para os demais setores é orientado para ser realizado em contêiner fechado identificado como transporte de material esterilizado;
- ✓ Em regras gerais a distribuição de material esterilizado é relacionada ao mesmo quantitativo de material entregue na CME para reprocessamento;
- ✓ Existem dois livros de dispensação de materiais; um livro exclusivo para material médico e outro para os demais setores e unidades externas.

IV. Siglas e Definições

PEPS: Primeiro que Entra é o Primeiro que Sai ;

CME: Central de Material Esterilizados;

UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

CC: Centro Cirúrgico;

OPME: Órteses Próteses e Materiais Necessários (Específicos).

V. Anexos

Livro de registro de dispensação de materiais esterilizados.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007- APECIH- 9ª edição RESOLUÇÃO - RDC No-15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

MGR CME 001

POP CME 011 – CONTROLE DE VALIDADE DOS PACOTES REPROCESSADOS NA CME

I. Objetivos

Descrição dos fatores que contribuem para garantir o controle de validades dos pacotes cirurgicos padronizados na CME.

II. Materiais

Gorro, mascara, luva de proteção, planilha de carregamento de autoclave, pacotes de teste desafio, planilha de registro de teste biológico, planilha de registro de temperatura ambiente e materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- Todos os materiais reprocessados na CME, são validados seguindo indicadores de qualidade de processo: Possuímos duas autoclaves de barreira, minimizando o cruzamento de material estéril com material limpo;
- Todo processo de esterilização é emitido da autoclave através de um registro microprocessado que monitora toda mudança do ciclo de esterilização que posteriormente é anexado na planilha de carregamento da autoclave;
- Em cada carga/ ciclo de processamento de artigos na autoclave é colocado um pacote desafio com um integrador químico classe 5, identificando data e código de carregamento, que posteriormente é anexado também a planilha de carregamento de autoclave, garantindo que o agente esterilizante tenha penetrado nos pacotes de forma satisfatória;
- Realizamos teste Bowie Dick e Teste biológico diariamente, sempre no período noturno – após 00hs, onde a demanda de realização dos procedimentos é reduzida, proporcionando tempo hábil para a verificação do resultado do teste biológico e posterior liberação de materiais esterilizados;
- Possuímos sala de guarda de material esterilizado que possui controle de Temperatura ambiente através de registros diários em planilha de controle de temperatura, através de monitorização por quadro de controle do ar condicionado e sistema SITRAD;



- Valores de referência: Umidade relativa do ar 30 a 60% e temperatura (T°) 21 °C à 26 °C .
- Nas portas de descarregamento das autoclaves possui sistema de exaustão, não interferindo no controle de temperatura do setor;
- Fluxo de dispensação é unidirecional evitando o cruzamento com fluxos de materiais contaminados. □ As embalagens são escolhidas adequadamente ao tipo de material, conforme citado abaixo e com tempo de validade descrito

SMS: têm validade de (02) meses/ 60 dias.

GRAU CIRÚRGICO: têm validade de (02) meses / 60 dias.



TYVEC: Têm validade de (12) meses/ 365 dias

- Utilizar Grau Cirúrgico para materiais de superfície;
- Utilizar SMS para materiais pesados e de densidade;
- Selar os pacotes em grau cirúrgico adequadamente, deixando 5 cm na extremidade do pacote para promover a abertura asséptica do mesmo;

- Nos invólucros com SMS, realizar a dobradura de forma asséptica, evitando contaminação do material no momento da disposição do mesmo;
- Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material, número de peças, nome de quem preparou e de quem carregou (operou) a autoclave, número da autoclave, lote da carga, dia de esterilização e validade conforme descrita acima;
- A CME realiza a termodesinfecção mecânica em lavadora própria nos artigos termossensíveis e posterior esterilização em autoclave de Peróxido de Hidrogênio (V-Pro). Na falha dos equipamentos, a contingência, alguns materiais são encaminhados para reprocessamento por óxido de etileno e outros reprocessados nas autoclaves em carga leve (Temperatura de 121°C, Programa 02 latex);
- Todo material que passa pelo processo de desinfecção são devidamente identificados com etiqueta padronizada constando: método de termodesinfecção utilizado, conteúdo, data de processamento, validade, assinatura de quem processou e lote.
- Os materiais de assistência ventilatória e inaloterapia que são reprocessados na termodesinfecção tem validade de 30 dias. Materiais de fisioterapia que passam por termodesinfecção tem validade de 30 dias.
- Materiais termossensíveis que passam pelo processo de esterilização no óxido de etileno tem validade de 2 anos e peróxido de hidrogênio terão com validade de 01 ano conforme o fabricante.

IV. Siglas e Definições

SMS: Spunbonded / Meltblown / Spunbonded

CME: Central de Material e Esterilização

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-200 APECIH- 9ª edição RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012, Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 012 – CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

I. Objetivos

Realizar o correto carregamento das autoclaves para garantir o processo de esterilização dos pacotes cirúrgicos.

II. Materiais

Gorro, máscara, pranchetas, impresso de carregamento das autoclaves, materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Realizar o carregamento adequado das autoclaves para garantir a passagem do vaporesterilizante nos pacotes cirúrgicos;
- ✓ Ocupar somente 80% da câmara da autoclave;
- ✓ Separar as cargas de acordo com a classificação dos materiais;
- ✓ Nossas autoclaves estão programadas para realização de três tipos de Ciclos:
Programa 1: Pacotes - orienta-se a esterilização de pacotes diversos como campos operatórios, aventais, caixas e bandejas, materiais pesados (materiais de densidade);
Programa 2: Látex: onde são esterilizados todos materiais termossensíveis, delicados, látex, furadeiras, manetes de foco, pinças avulsas (materiais de superfície), copos do lactário, etc.;
- Programa 6: Bowie Dick: ciclo próprio para realização do teste de Bowie Dick;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Utilizar gorro e máscara para manuseio dos pacotes;
- ✓ Carregar a autoclave inspecionando cada pacote antes do acondicionamento no rack/cesto da autoclave, avaliando integridade dos mesmos e selagem adequada;
- ✓ Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação do vapor esterilizante nos pacotes favorecendo a secagem;
- ✓ Dispor os pacotes em grau cirúrgico de forma a ficar a posição de filme transparente paralela a filme transparente e papel paralelo ao papel;
- ✓ Registrar em impresso próprio toda a carga realizada na autoclave anotando:
 - Data/ Número da autoclave/ Lote/ Número do código da carga/ Quantidade/ Nome do material/ Hora do início do processo/ Assinatura e carimbo do funcionário que fechou a carga/ Assinatura e carimbo do funcionário que armazenou os materiais no arsenal.

- ✓ O número do código da carga que é pedido na planilha faz referência a qual programa da autoclave é realizado no momento daquela carga. Na própria planilha existe a legenda dos 3 possíveis códigos (POP: Elaboração de lotes das Autoclaves e Termodesinfectora).
- ✓ Na segunda carga do dia e em todas as cargas que contenham implantes colocar na porta da autoclave, próximo ao dreno, um pacote de Teste Biológico, além do pacote de teste desafio com integrador químico classe 5 com lote e data da carga;
- ✓ Fechar a porta da câmara da autoclave;
- ✓ Realizar os devidos registros e lavar as mãos;
- ✓ Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo de esterilização para providenciar manutenção corretiva das mesmas.

O LOTE é elaborado a cada carga onde:

1º número: corresponde ao número da autoclave (1 ou 2);

2º número: é o número do ciclo que está sendo realizado (1, 2 ou 6); 3º corresponde: ao número do plantão (1,2,3,4 ou 5 para diaristas); 4º corresponde: ao número da carga que esta sendo feita (1,2,3...10).

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9ªedição. RESOLUÇÃO - RDC No-15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências

POP CME 013 – CONTROLE DE REESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS

I. Objetivos

Reprocessar materiais médico odonto hospitalares com vencimento de validade e ou manuseio excessivo, em período estipulado, afim de garantir a dispensação de material esterilizado evitando infecção hospitalar.

II. Materiais

Gorro, mascara, invólucros padronizados, planilha de carregamento de autoclave, pacotes de teste desafio, planilha de registro de teste biológico e materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

Conforme orientações do POP CME – Validade dos pacotes cirúrgicos:

- ✓ Os pacotes cirúrgicos : SMS: têm validade de (02) mês / 60 dias; GRAU CIRÚRGICO: têm validade de (02) meses / 60 dias;
- ✓ Acrescentamos a validade dos materiais reprocessados por método de Termodesinfecção com temperatura de 70°C e secagem no gabinete quando se aplicar de 55°C, no período de : 30 dias ;
- ✓ Os materiais após esterilização e desinfecção são distribuídos para os demais setores em demanda espontânea.
- ✓ A dispensação para o bloco cirúrgico é realizada mediante solicitação prévia e de acordo com mapa cirúrgico, sendo estes materiais armazenados no Arsenal do Centro cirúrgico, obedecendo os mesmos princípios de boas práticas de armazenamento: possuir controle de Temperatura ambiente e Umidade relativa do ar através de registros diários em impresso próprio;
- ✓ Valores de referência: Umidade relativa do ar 30 a 60% e T°: de 21°C a 26°C.
- ✓ A sala de guarda de materiais esterilizados possui também climatização.
- ✓ O colaborador da CME deve fazer a verificação do vencimento da esterilização de todos pacotes cirurgicos esterilizados por método físico a vapor saturado sob pressão (autoclave) e por método de termodesinfecção. Estes materiais serão separados – considerando vencimento nos próximos sete dias, para serem dispensados de quarta- feira até domingo, o que não for dispensado será reprocessado no domingo, dia que não temos agenda cirurgica;
- ✓ Ao separar os materiais aproveitar e manter a organização dos demais em ordem cronológica;
- ✓ Além da validade, observar microfissuras dos pacotes, rasgos, perfurações, umidade,

identificação errada, tudo que possa comprometer a esterilidade do pacote, sendo estes necessários reprocessamento;

- ✓ Anotar em planilha própria a data, quantidade, nome e peso de materiais reesterilizados por perda da validade, para posterior compilação de indicador;
- ✓ Materiais que não tem tanta saída, sendo reprocessado todo dia de reesterilização, é comunicado ao enfermeiro para que este seja disponibilizado em menor quantidade armazenado em local apropriado;
- ✓ Realizar os pacotes em embalagem correta e mais adequada ao tipo de material;
- ✓ Utilizar grau cirúrgico para materiais de superfície; utilizar SMS para materiais pesados e de densidade;
- ✓ Selar os pacotes em grau cirúrgico adequadamente, deixando 5 cm na extremidade do pacote para promover a abertura asséptica do mesmo;
- ✓ Nos invólucros com SMS, realizar a dobradura de forma asséptica, evitando contaminação do material no momento da disposição do mesmo;
- ✓ Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material/ conteúdo, nome de quem preparou e de quem carregou a autoclave, lote da carga, dia de esterilização e validade conforme descrita acima;
- ✓ Quanto aos materiais dos demais setores com vencimento de validades de esterilização e ou desinfecção, os mesmos deverão ser encaminhados em containers fechados para a CME conforme acordo de horários pré estabelecidos.

IV. Siglas e Definições

SMS: Spunbonded / Meltblown / Spunbonded

CME: Central de Material e Esterilização.

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-7ªedição-2007APECIH- 9ª edição

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 014 – CARREGAMENTO DA TERMODESINFECTORA

I. Objetivo

Realizar o correto carregamento da termodesinfectora, garantindo o processo de desinfecção de materiais termosensíveis, tais como: materiais de assistência ventilatória e inaloterapia e fisioterapia.

II. Materiais

- ✓ Gorro;
- ✓ Máscara;
- ✓ Pranchetas;
- ✓ Caneta esferográfica;
- ✓ Impresso de carregamento da termodesinfectora;
- ✓ Dispositivo de monitoramento do processo de lavagem All Clean Test.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Lavar as mãos e colocar EPI's;
- ✓ Realizar a limpeza com álcool a 70% da mesa de preparo e a troca de campo operatório da mesma;
- ✓ Acondicionar os materiais na termodesinfectora pela janela do expurgo;
- ✓ Anotar na planilha de carregamento da termodesinfectora: data, número do lote material; quantidade; operador do equipamento;
- ✓ Inserir código para identificação da carga, demonstração "DXYZ" descrição abaixo:
 - D: Desinfecção;
 - X: Programa escolhido (1 ou 2 conforme a natureza do material);
 - Y: Número do plantão;
 - Z: Número do ciclo.
- ✓ Selecionar o programa;
- ✓ Programa 1: utilizado para instrumentais;
- ✓ Programa 2: utilizado para materiais de assistência ventilatória e inalatória e de fisioterapia;

- ✓ Programar o equipamento para que o ciclo ocorra em um total de 80 min. (1h e 20min);
- ✓ Ao término do ciclo da termodesinfectora, acondicionar os materiais no Gabinete de Secagem;
- ✓ Conferir check list (planilha de carregamento) e assinar.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

Termodesinfectora: Equipamento destinado à lavagem, enxague, desinfecção térmica automática de instrumentais, utensílios, vidrarias de laboratórios, tubos e acessórios para anestesia, tubos de sucção, embalagens, entre outros.

V. Anexos

Figura 1: Tela de início da termodesinfectora



Figura 2: Materiais para termodesinfecção

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 015 – ELABORAÇÃO DE LOTES DAS AUTOCLAVES E TERMODESINFECTORA

I. Objetivo

Padronizar método de identificação dos materiais reprocessados na CME visando a necessidade de realização da rastreabilidade de todo seu processo, através da elaboração dos números de lotes dos colaboradores que operam as Autoclaves e a Termodesinfectora.

II. Materiais

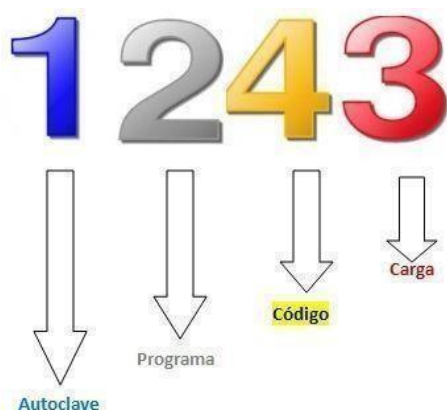
- ✓ Planilha de Carregamento das Autoclaves;
- ✓ Planilha de Carregamento da Termodesinfectora;
- ✓ Planilha de Carregamento da Secadora;
- ✓ Planilha com código de cada colaborador (código do operador);
- ✓ Caneta esferográfica;
- ✓ Etiqueta dupla adesiva com indicador químico classe I;
- ✓ Computador;
- ✓ Impressora .

III. Descrição dos passos da atividade

Na autoclave, seguir a ordem em que se apresentam as orientações:

1. Digitar o número da autoclave em que se iniciará o ciclo (Autoclave 1 ou Autoclave 2);
2. Em seguida, digitar o número do programa ao qual se destina a próxima carga (por ex.: Bowie Dick, pacotes ou látex);
3. Inserir o código do operador da autoclave, (cada tem o seu código) – ver Planilha em anexo;
4. Por último, digitar o número da carga (por ex., 1ª carga: 1).

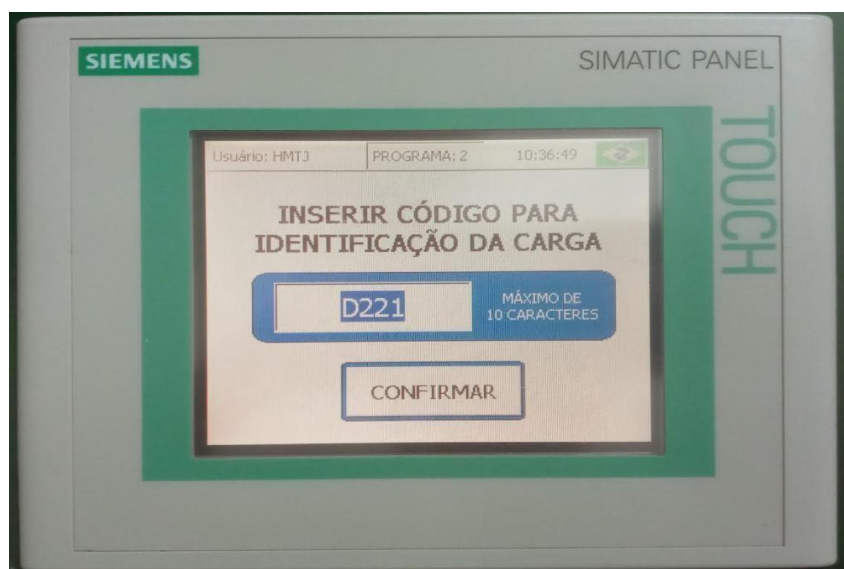
Figura 1: Orientações de uso autoclave



Na termodesinfectora, seguir a ordem em que se apresentam as orientações:

1. Digitar a letra "D" (desinfecção) – constante;
2. Digitar o número "2" – constante;
3. Inserir o código do operador da termodesinfectora, (cada plantão deverá ter o seu código) – ver Planilha em anexo;
4. Por último, digitar o número da carga (por ex., 1ª carga: 1).

Figura 2: Orientações de uso termodesinfectora



IV. Siglas e Definições

N. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 016 – REGISTRO DE CARGA IMPLANTE

I. Objetivo

Promover a rastreabilidade dos materiais implantados em cirurgias a fim de prevenir e documentar infecções de cirurgias limpas.

II. Materiais

- Impresso próprio de carga implante; Teste biológico; Incubadora; Caneta esferográfica;

III. Descrição

- ✓ Identificar caixas na sala de preparo que serão utilizadas nas cirurgias agendadas no centrocirúrgico;
- ✓ Na chegada dos materiais realizar limpeza prévia antes de proceder ao empacotamento;
- ✓ Após empacotar as caixas colocá-las na autoclave junto com integrador químico e teste biológico próprio para essas cargas, independente se na mesma carga irão materiais extras;
- ✓ Anotar em impresso próprio a data, hora, número da autoclave a realizar o processo, quais caixas implantes estão sendo esterilizadas, e nome da funcionária que fechou essa carga na autoclave;
- ✓ Ao término da esterilização o técnico deverá proceder na incubação da ampola teste, sendo o material esterilizado dispensado somente após a leitura final de 3 horas;
- ✓ O material deverá ser descarregado da autoclave e armazenado no arsenal da CME sendo este separado até o resultado final do teste biológico.
- ✓ Observar a integridade da embalagem e a fixação da etiqueta de rastreabilidade,
- ✓ Não colocar a caixa em superfície fria para que não ocorra condensação.
- ✓ Após o resultado final é feita a leitura, registrado em impresso próprio, anexado á planilha de carregamento e logo arquivado.

IV. Siglas e Definições

NA.

V. Anexos

NA.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007

APECIH-Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviço de saúde. 1ª edição- 2010. RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012, Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 017 – MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO-DESCARTE

I. Objetivo

Promover processo de manutenção dos instrumentais danificados e/ou descarte, controle de estoque/inventário e solicitação de aquisição de materiais para reposição a fim de manter a qualidade da assistência ao paciente sem desabastecimento.

II. Materiais

- ✓ Impresso próprio de materiais danificados e/ou descartados;
- ✓ Planilha de Carregamento das Autoclaves,
- ✓ Descartex.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Durante o recebimento e limpeza dos materiais no expurgo, o técnico de enfermagem deverá inspecionar e identificar a completude do material e/ou danificação dos mesmos;
- ✓ Os materiais advindos do centro cirúrgico com defeitos e/ou danos deverão ser encaminhados com identificação;
- ✓ Separar o material na sala da administração em local específico de materiais para manutenção e materiais para descarte;
- ✓ Revisar diariamente as caixas onde são acondicionados os materiais que aguardam manutenção, registrar em planilha própria o nome do material, quantidade, origem do material danificado (bandeja ou caixa), se será enviado para manutenção ou descarte;
- ✓ Todo material separado e sem possibilidade de concerto comunicar ao coordenador do setor antes de descartá-lo;
- ✓ Sendo material único, formalizar compra através de impresso/programa próprio de aquisição de produto e encaminhar para setor de Compras.
- ✓ O coordenador do setor deverá verificar junto ao setor de compras a viabilidade de envio dos materiais planilhados para manutenção externamente;
- ✓ O coordenador do setor deverá solicitar compra de materiais que estiverem escassos e comprometendo a assistência, através de levantamento de inventário que é realizado semestralmente;
- ✓ Caso não haja aproveitamento do material, este deverá ser descartado em descartex.

IV. Siglas e Definições

N. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

APECIH- Limpeza, desinfecção e Esterilização de artigos em Serviços de Saúde. 1ªedição-2010.Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 018 – CONTROLE DE TEMPERATURA DA CME

I. Objetivo

Realizar monitorização da temperatura e umidade realtiva do ar recomendada para o Arsenal, a fimde manter a qualidade e manutenção da esterilidade dos pacotes armazenados.

Registrar a temperatura ambiente da Área Limpa e do Expurgo em conformidade com a RDC vigente, promovendo ambiente adequado para trabalho e manipulação dos materiais.

II. Materiais

Máscara, gorro, caneta e planilha atualizada de temperatura, computador.

III. Descrição dos passos da atividade

O técnico de enfermagem e/ou enfermeiro do setor, no recebimento do plantão, deverá visualizar a temperatura e umidade relativa do ar do arsenal, no computador pelo programa, atentando para que os registros estejam dentro dos parâmetros de boas práticas.

Na ocorrência de registros inadequados aos parâmetros recomendados o próprio programa, emite um sinal sonoro ;

O enfermeiro/ técnico de enfermagem deverá proceder de forma a identificar o problema, silenciar o alarme, acionar manutenção corretiva mediante solicitação de visita técnica para avaliação e conduta, viaordem de serviço enviada pelo programa Sismetrom.

Os valores de referência no arsenal para controle de temperatura e umidade relativa do ar que promove a manutenção da esterilidade dos materiais reprocessados na CME são:

✓ Umidade relativa do ar de 30% á 60%

✓ Temperatura de 21°C a 26°C.

O programa SITRAD permite o registro 24hs da temperatura e umidade relativa do ar e é possívela impressão de relatórios;

Nas áreas de Expurgo e área limpa a monitorização da temperatura ambiente ocorrerá através de termometro digital e deverá ser registrada em planilha própria nos horários de 08hs, 14hs e as 20hs, pelo técnico de enfermagem e validado pelo enfermeiro do setor.

Os parâmetros recomendados de temperaturas ideais do ambiente das áreas de expurgo e área limpa são: 18° à 22°C; 20° à 24°C, respectivamente.

Caso ocorra registro de temperaturas inadequadas, acima do recomendado, o enfermeiro deverá realizar uma OS para manutenção predial pelo sistema Sismetrom.

Caso ocorra temperatura abaixo do recomendado o mesmo deverá ajustar a temperatura do ar Condicionado e manter portas fechadas.



Figura 1: Controle de temperatura CME

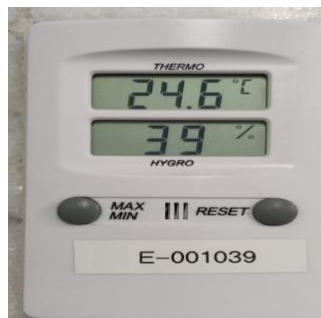
Para identificar no painel a Temperatura do Arsenal: A letra **t** primeiro aparece e depois a quantificação.

Figura 2: Controle de humidade CME



Para identificar no painel a Umidade do Arsenal: A letra **h** primeiro aparece e depois a quantificação.

Figura 3: Controle de temperatura da área limpa CME e expurgo



Orientações fornecidas pela engenharia clínica para realização da leitura da Temperatura e Umidade relativa do ar do arsenal no programa SITRAD:

1. Entrar no sistema SITRAD
2. Conferir temperatura e umidade na tela principal.

Passo a passo para solicitação de manutenção (quando a temperatura ou umidade estiverem fora dos parâmetros- alarme):

1. Entrar no sistema SITRAD;
2. Conferir através do alerta visual qual o parâmetro está desajustado;
3. Clicar em parâmetros;
4. Senha: 123;
5. Clicar em "Buzzer...";
6. Colocar o número 1 e clicar em "enviar"; Após fazer isso, minimizar o programa;
7. Clicar no ícone "suporte" (área de trabalho) programa Mysuite;
8. Realizar login com suas credenciais;
9. Clicar em "novo ticket";
10. Preencher o campo "assunto"
11. Escolher o setor (Manutenção Predial); Selecionar a "Categoria";
12. Preencher o campo de mensagem com a solicitação a ser feita; Clicar em gravar ticket e anotar o número da requisição.

IV. Siglas e Definições

N. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição
RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 019 – MONITORAMENTO DE LIMPEZA DA LAVADORA ULTRASSÔNICA E TERMODESINFECTORA

I. Objetivos

Validação e monitoramento rotineiro da eficácia dos processos de limpeza e desinfecção para instrumentos cirúrgicos e materiais termosensíveis.

II. Materiais

- ✓ Indicador de limpeza para Ultrassônica: ParaSure CEI (indicador Standard Basket); Recipiente protetor para o indicador ParaSure CEI: PCD (caixa inox);
- ✓ Indicador de limpeza para Termodesinfectora: Teste Verify All Clean; Recipiente protetor para o indicador All Clean Test: Suporte Browne STF LoadCheck
- ✓ Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luva de procedimento, material a ser higienizado, caneta esferográfica, formulário de Monitoramento do teste de Limpeza, guia de interpretação de resultados de cada teste;

III. Descrição dos passos da atividade Indicadores:

1. Escolha o indicador de limpeza conforme o equipamento que será utilizado para o processo (Ultrassônica- ParaSure CEI / Termodesinfectora- All Clean Test).
2. Coloque o indicador no recipiente específico (ParaSure CEI -PCD (caixa Inox) e All Clean Test -Suporte Browne)
3. Coloque os recipientes com os indicadores nos equipamentos respectivos em um ponto representativo na cesta de carga.
4. Coloque o cesto de carga na lavadora ultrassônica e termodesinfectora.
5. Verifique o programa e realize o ciclo de limpeza.
6. Uma vez que o ciclo de limpeza está completo, retire o indicador de limpeza e avalie o resultado visualmente com o auxílio do guia de interpretação de resultados de cada teste.
7. Compare o indicador com as imagens do Guia de interpretação de resultados:
 - ✓ Nenhum resíduo de teste de solo = processo de limpeza bem sucedido;
 - ✓ Resíduo do solo testado visível = Processo de limpeza não bem sucedido.
8. Anote o resultado da avaliação visual no formulário de "Monitoramento do teste de limpeza" (em anexo- disponível no SIGQUALI) e libere ou não a carga, de acordo com o resultado do

teste.

9. Após a avaliação, o indicador pode ser eliminado como resíduo comum.

Periodicidade da realização monitoramento de limpeza:

1. Semanal sendo, ParaSure CEI e Teste Verify All Clean realizados toda sexta-feira.

Avaliação visual dos testes – Guia de interpretação de resultados: Lavadora Ultrassônica (ParaSure CEI):

| Resultado | Avaliação | Ação necessária |
|---|---|---|
|  | Indicador de referência: local da sujidade | |
| Falha no processo de limpeza | | |
|  | Local de sujidade completamente visível | Não libere o lote |
|  | Local de sujidade visível | Verifique a carga, temperatura, dosagem e tempo |
|  | Local de sujidade visível | Repita o teste |
|  | Local de sujidade levemente visível | No caso de limpezas insuficientes repetidas, chame |
| Sucesso no processo de limpeza | | |
|  | Sujidade completamente removida | Libere lote |



Termodesinfectora (All Clean Test):

Antes do processo

Local de sujidade visível

Sujidade removida parcial

IV. Siglas e Definições

ParaSure CEI – Integrador de limpeza


PCD – Recipiente protetor do integrador de limpeza

CME – Centro de Material Esterilizado

V. Anexos

Formulário de Monitoramento do teste de limpeza

| Data / Hora | | Lote | Programa | Resíduo visível | Teste aceito | Visto |
|-------------|--|------|----------|-----------------|-----------------|-------|
| | | | | () Sim () Não | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | () Sim () Não | |
| | | | | () Sim () Não | () Sim () Não | |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| CME | |  |
| Título: Monitoramento do teste de limpeza | | Ano: |
| Instituição: | Departamento: | |
| Equipamento: | Fabricante: | |
| Agente de limpeza: | Desinfectante: | |
| Indicador de monitoramento: | Lote: | Validade: |

VI. Referências

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 020 – DESCARTE DE ESCOVAS E ESPONJAS DE LIMPEZA UTILIZADAS NA CME

I. Objetivos

Padronizar o descarte de escovas e esponjas de limpeza dos materiais recebidos na CME proveniente das unidades hospitalares, por tempo de uso e/ou por desgaste, promovendo a limpeza adequada removendo a sujidade visível e, por conseguinte, reduzindo a carga microbiana e extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos.

Manter segurança e qualidade na limpeza e desinfecção dos materiais médico hospitalares e instrumentais cirúrgicos.

II. Materiais

- Escova;
- Esponja;
- Impresso próprio;
- Caneta.

III. Descrição dos passos da atividade

Inspecionar as escovas e esponjas diariamente substituindo-as quando perderem suas características necessárias para a ação limpadora (atrito para a remoção da sujidade).

Comunicar ao enfermeiro do serviço p a r a solicitação de reposição do material. Fica estabelecido, que mantida as características de uso, a validação desse instrumento (escova e esponja) será de três meses. Antes do descarte, será registrado em planilha a data do descarte e motivo.

IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

Planilha: Descarte de escovas de limpeza.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ª edição-2007.

POP CME 021 – CHECK LIST DE MATERIAIS E QUIPAMENTOS NA CME

I. Objetivos

Manter equipamentos em condições de uso e manusear corretamente o equipamento;
Validação e monitoramento rotineiro da eficácia dos processos dos equipamentos do setor;
Realizar o carregamento das autoclaves para garantir o processo de esterilização dos pacotes cirúrgicos; Zelar pelo bom funcionamento de cada equipamento;
Garantir a segurança do cliente,

II. Materiais

- Equipamentos em geral;
- Planilha de conferências dos testes biológicos e bowie & dick;
- Materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

No início do plantão, o técnico de enfermagem da central de material esterilizado deverá realizar a conferência dos equipamentos;

- Verificar se os insumos para utilização dos equipamentos estão disponíveis no setor em quantidade suficiente ;
- Realizar a limpeza dos equipamentos com álcool a 70%;
- Verificar registro de passagem de plantão para identificar registros de possíveis problemas com os equipamentos;
- Capacitação dos colaboradores para manuseio correto dos equipamentos;
- Caso falte algum material, comunicar o enfermeiro de plantão;
- Realizar solicitação de manutenção em caso de defeitos nos equipamentos;
- Liberar o equipamento somente após os testes de validação;
- Anotar resultados dos testes realizados para a liberação do equipamento após manutenção;

O técnico de enfermagem deverá tomar o cuidado com seguintes equipamentos:

Lavadora Ultrassônica:

- Verificar conexão adequada da tomada;

- Verificar voltagem 220 v;
- Verificar se o galão do detergente enzimático está em volume adequado;
- Realizar o teste do aparelho:
- Pressionar o botão liga/desliga;
- Depositar o material no interior do equipamento já com a pré lavagem realizada;
- Aguardar o tempo de processamento até o aparelho emitir um som para a retirada no material;

Termodesinfectora:

- Verificar conexão adequada da tomada;
- Verificar voltagem 220 v;
- Pressionar o botão liga e desliga;
- Inserir código para identificação da carga, demonstração "DXYZ" descrição abaixo:
- D: Desinfecção;
- X: Programa escolhido (1 ou 2 conforme a natureza do material);
- Y: Número do plantão;
- Z: Número do ciclo.
- Preencher a câmara do equipamento com o material a ser processado já pré lavado;
- Selecionar o programa;
- Programa 1: utilizado para instrumentais;
- Programa 2: utilizado para materiais de assistência ventilatória e inalatória e de fisioterapia;
- Programar o equipamento para que o ciclo ocorra em um total de 80 min. (1h e 20min);
- Fechar a tampa do equipamento;
- Verificar se o galão do detergente enzimático está em volume adequado;
- Pressionar o botão liga/ desliga;
- Aguardar o tempo de processamento até o aparelho emitir um som para a retirada no material;
- Ao término do ciclo da termodesinfectora, acondicionar os materiais no Gabinete de Secagem;

- Conferir check list (planilha de carregamento) e assinar.
- Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável;
- O enfermeiro deverá solicitar reparo e ou manutenção corretiva através do sistema SISMETRO (ferramenta que permite o acompanhamento da manutenção e avaliação do serviço prestado).

Secadora de Artigos:

- Verificar conexão adequada da tomada;
- Verificar voltagem 220 v;
- Pressionar o botão liga e desliga;
- Acondicionar os materiais no Gabinete de Secagem;
- Verificar temperatura que o gabinete atinge, sendo o pico máximo entre 70°C a 80°C;
- Conferir check list (planilha de carregamento) e assinar;
- Aguardar o tempo de processamento até o aparelho emitir um som para a retirada no material;
- Conferir check list (planilha de descarregamento) e assinar;
- Caso o aparelho venha apresentar algum tipo de falha, deverá ser comunicado o responsável de plantão;
- Abrir ordem de serviço sempre que o equipamento apresentar qualquer tipo de falha no sistema SISMETRO.

Autoclave de Peróxido de Hidrogênio:

- Verificar se o equipamento está em condições de uso;
- Observar ponto de tomada correta sendo 220 v;
- Inspeccionar a limpeza da Câmara de processamento;
- Confirmar se há fita impressora suficiente para o registro do ciclo no compartimento próprio. Realizar a troca se necessário;
- Certificar se o equipamento encontra-se pronto para uso observando a mensagem que aparece no visor do mesmo (Opção dos 3 tipos de ciclos). Caso contrário, inserir o Vaprox;
- Verificar a data de validade do Vaprox e as condições da embalagem;
- Antes de iniciar o ciclo com carga, realizar o ciclo "Teste de vazamento" sem carga;

- Selecionar o material a ser esterilizado;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Inspeccionar o material quanto à integridade, limpeza e ausência de água. Caso o material esteja molhado, utilizar o jato de ar comprimido para secagem;
- Realizar o empacotamento do artigo em Tyvek ou SMS de acordo com os POP CME 003;
- No caso do uso do SMS, o pacote deverá ser fechado com a fita adesiva própria;
- Temperatura de selagem para o tyvek: 120 a 125°C;
- Usar IB + IQ no 1º ciclo;
- Usar apenas o IQ nos demais ciclos;
- Posicionar o pacote contendo o teste no fundo da prateleira inferior da câmara de esterilização (averiguar-se não há pacotes obstruindo o IB);
- Acomodar toda a carga dentro do equipamento, sem empilhar (lado à lado) para que o peróxido possa circular livremente;
- Respeitar os 80% de lotação da câmara para se evitar cancelamentos;
- Fechar a porta do equipamento;
- Programar o ciclo de acordo com o tipo de material, sendo:
 - Lúmen (Carga que contenha material canulado – Látex);
 - Não Lúmen (Esterilizar apenas superfície – Caneta cauterio);
 - Flexível (Endoscópio flexível de até 2 canais).
- Anotar os artigos que compõem a carga na planilha de registro de esterilização durante o transcorrer do ciclo, determinando a quantidade;
- Aguardar a finalização do ciclo quando então soará um alarme indicando que o processo foi concluído;
- Retirar o relatório emitido pelo equipamento ao final do ciclo (impresso em preto), anexando-o à planilha de registro de esterilização;
- Higienizar as mãos;
- Abrir a porta;

- Retirar os artigos de dentro do equipamento, certificando que o indicador químico presente na embalagem alterou a sua cor de roxo para amarelo;
- Acondicionar os materiais em sacos plásticos;
- Fechar a porta do equipamento;
- Realizar a leitura do teste químico em tira que acompanhou a carga. O mesmo deverá alterar a sua cor de roxo para amarelo;
- Anexar a tira de indicador no impresso próprio, informando o resultado da leitura;
- No caso de pacote teste com indicador biológico, a ampola deverá ser incubada por um período de 24 horas a uma temperatura de 58°C. Deverá também uma ampola piloto (que não passou pelo equipamento); ser incubada;
- Retirar o IB de dentro do Tyvek, colocar no dispositivo de cor laranja próprio para abaixar a tampa e quebrar o IB e colocar para incubar.
- Registrar o resultado do teste biológico no impresso próprio, anexando ao mesmo os rótulos das duas ampolas;
- Acondicionar todo o material processado na área de armazenamento e distribuição;
- Caso o equipamento venha apresentar algum problema durante o ciclo de esterilização toda a carga deverá ser refeita em novas embalagens e novos testes;
- Comunicar o enfermeiro responsável qualquer falha no equipamento;
- Abrir ordem de serviço no sistema SISMETRO;

Autoclave a Vapor:

- Virar a chave fixa liga / desliga na região frontal do equipamento,
- Verificar o nível de água da osmose reversa;
- Abrir a porta da câmara;
- Verificar a limpeza da câmara de processamento;
- Realizar o carregamento adequado das autoclaves para garantir a passagem do vapor esterilizante nos pacotes cirúrgicos;
- Ocupar somente 80% da câmara da autoclave;
- Separar as cargas de acordo com a classificação dos materiais;
- Selecionar um dos três tipos de programação do equipamento:

1. Programa 1: Pacotes - orienta-se a esterilização de pacotes diversos como campos operatórios, aventais, caixas e bandejas, materiais pesados (materiais de densidade);
2. Programa 2: Látex: onde são esterilizados todos materiais termossensíveis, delicados, látex, furadeiras, manetes de foco, pinças avulsas (materiais de superfície), copos do lactário, etc.;
3. Programa 6: Bowie Dick: ciclo próprio para realização do teste de Bowie Dick;
 - Lavar as mãos;
 - Utilizar gorro e máscara para manuseio dos pacotes;
 - Carregar a autoclave inspecionando cada pacote antes do acondicionamento no rack/cesto da autoclave, avaliando integridade dos mesmos e selagem adequada;
 - Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação do vapor esterilizante nos pacotes favorecendo a secagem;
 - Dispor os pacotes em grau cirúrgico de forma a ficar a posição de filme transparente paralela a filme transparente e papel paralelo ao papel;
 - Registrar em impresso próprio toda a carga realizada na autoclave anotando:
 - Data/ Número da autoclave/ Lote/ Número do código da carga/ Quantidade/ Nome do material/ Hora do início do processo/ Assinatura e carimbo do funcionário que fechou a carga/ Assinatura e carimbo do funcionário que armazenou os materiais no arsenal;
 - O número do código da carga que é pedido na planilha faz referência a qual programa da autoclave é realizado no momento daquela carga. Na própria planilha existe a legenda dos 3 possíveis códigos (POP CME 020-: Elaboração de lotes das Autoclaves e Termodesinfectora).
 - Na segunda carga do dia e em todas as cargas que contenham implantes colocar na porta da autoclave, próximo ao dreno, um pacote de Teste Biológico, além do pacote de teste desafio com integrador químico classe 5 com lote e data da carga;
 - Fechar a porta da câmara da autoclave e em caso de algum obstáculo automaticamente o fechamento é interrompido evitando que ocorra acidentes tipo de esmagamento;
 - Na retirada dos materiais após o término do ciclo de esterilização utilizar EPIs: máscara, gorro, luvas de proteção térmica para evitar queimaduras durante o descarregamento da câmara do autoclave;
 - Realizar os devidos registros e lavar as mãos;

- Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo de esterilização para providenciar manutenção corretiva das mesmas.

Lupa:

- Verificar disponibilidade da tomada 110v;
- Apertar botão de liga /desliga;
- Verificar luminosidade esta adequada;
- Realizar limpeza do equipamento com álcool à 70 %;
- Comunicar falhas no aparelho ao enfermeiro responsável;
- Solicitar manutenção no sistema SISMETRO para reparos do equipamento.

Seladora de pacotes:

- Verificar disponibilidade da tomada 110v;
- Verificar integridade do fio da tomada;
- Apertar botão de liga /desliga;
- Realizar limpeza do equipamento com álcool à 70 %;
- Verificar se o aparelho esta selando os pacotes corretamente não deixando falhas de entrada de ar;
- Comunicar falhas no aparelho ao enfermeiro responsável;
- Solicitar manutenção no sistema SISMETRO para reparos no equipamento.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

IB: Indicador Biológico;

IQ: Indicador Químico;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

CME: Central de Material e Esterilização.

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 001 - ADMISSÃO DO CLIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO - SRPA

I. Objetivos

Receber o cliente no Centro Cirúrgico, devidamente preparado para procedimento a ser realizado, Conferir nome, documentação, exames e prontuário. Manter segurança e conforto do paciente.

II. Materiais

- Prontuário;
- Mapa cirúrgico;
- Livro de registro (Censo do Centro cirúrgico);
- Caneta esferográfica;

III. Descrição dos passos da atividade

- O cliente é solicitado aos setores previamente ao procedimento a ser realizado conforme agendamento no mapa cirúrgico e ou orientação do cirurgião pelo técnico de enfermagem da SRPA;
- Quando solicitado o encaminhamento do cliente oriundo das unidades de internação, o mesmo é acompanhado pelo técnico de enfermagem com prontuário e já vestido com pijama cirúrgico e sem adornos até a SRPA;
- Quando solicitado diretamente das recepções o mesmo é encaminhado pela recepcionista com prontuário e pulseira de identificação. Nestes casos, o cliente é encaminhado até o banheiro do bloco para colocar o pijama cirúrgico;
- Quando o cliente é solicitado nas UTI, o mesmo é acompanhado pela equipe do setor e inclusive o enfermeiro, caso necessário com médico plantonista e ou anestesiológico, o mesmo é encaminhado diretamente para SO com prontuários e exames;
- O cliente é recepcionado no bloco cirúrgico cordialmente pelo

técnico de enfermagem da SRPA, que irá se identificar com nome e cargo deixando-o confortável;

- O técnico de enfermagem responsável deverá conferir: nome, prontuário, exames, cirurgião, procedimento, horário e sala específica conforme mapa cirúrgico;
- Verificar se o cliente está com pulseira de identificação, caso não esteja providenciar sua identificação;
- Registrar no livro de censo a admissão do paciente através da etiqueta de identificação;
- Checar os procedimentos pré-cirúrgicos (jejum, uso de próteses, adornos e alergias - em caso de alergia comunicar ao circulante de sala e ao médico responsável, checando na ficha de enfermagem);
- Preencher o protocolo de cirurgia segura;

| REGISTRO DA CHEGADA DO PACIENTE NA SRPA / CC | | |
|--|--|--|
| CHEGADA: _____ | DATA: ____ / ____ / ____ | HORA: ____ : ____ |
| CONFERENCIA DO PACIENTE COM AGENDAMENTO DO MAPA CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A | | |
| NOME DO ENFERMEIRO / TÉC DE ENFERMAGEM: _____ | | COREN: _____ |
| CHECK LIST NA ENTRADA DO PACIENTE NA SRPA/CC | | |
| CHECAR DOIS IDENTIFICADORES DO PACIENTE: | | SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO |
| NOME COMPLETO E O NÚMERO DO PRONTUÁRIO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A | LOCAL |
| PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> OUTROS: |
| CONSENTIMENTO ANESTÉSICO E AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | | <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE _____ |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A | | _____ |
| CONSENTIMENTO CIRÚRGICO | | _____ |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A | | _____ |
| NOME DO ENFERMEIRO / TÉC DE ENFERMAGEM: _____ | | COREN: _____ |

- Acondicionar pertences do paciente, identificando-os e guardá-los em local próprio;
- Verificar as condições da sala. Se a S.O estiver pronta, encaminhar o paciente para a sala em maca de transporte e ou cadeira de rodas. Caso ainda não esteja pronta, aguardar na SRPA até que a mesma esteja devidamente preparada para o início do procedimento; Manter paciente informado e confortável.

IV. Siglas e Definições

SRPA - Sala de Recuperação Pós Anestésica.

SO - Sala Operatória

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 002 - ATENDIMENTO DO PACIENTE NO PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO

I. Objetivos

Manter organização da sala cirúrgica, disponibilizar todos materiais e equipamentos necessários para realização do procedimento proposto, afim de assegurar que as necessidades dos pacientes sejam atendidas com respeito, segurança, agilidade e presteza.

II. Materiais

- Prontuário;
- Materiais esterilizados;
- Mesa cirúrgica;
- Mesas auxiliares
- Carrinho de anestesia
- Aparelho de foco;
- Monitor multiparâmetros com acessórios;
- Kits cirúrgicos;
- Materiais para intubação;
- Impressos;
- Materiais de papelaria;
- OPME;
- Caneta para quadro.

III. Descrição dos passos da atividade

- O técnico de enfermagem deverá realizar o check list SO diariamente antes de iniciar suas atividades no CC.
- Disponibilizar mobiliário e equipamentos de acordo com procedimento programado;
- Posicionar equipamentos móveis (suporte para soros, baldes para lixo, suporte de hampers, etc.);
- Testar a funcionalidade de equipamentos e disponibilidade de materiais (Monitores/ cabos, pontos de O₂, vácuo, negatoscópio, etc.);
- Verificar os artigos do carrinho a anestesia (material para intubação, esfignomanômetro,

estetocópioclínico,etc.), material de via aérea disponível;

- Verificar a funcionalidade dos materiais e equipamentos especiais (bisturi elétrico, carrinho de video, foco deteto, etc.);
- O técnico de enfermagem do bloco cirúrgico deverá preparar a sala com todos os materiais necessários ao procedimento agendado, verificar liberação de OPME na farmácia satélite e encaminhar para SO juntamente com kit de cirurgia;
- Providenciar materiais específicos para cirurgia programada (soluções, pomadas, material para curativo, medicamentos, instrumental, etc.), inclusive os especiais (cirurgias ortopédicas, cardíacas, etc.) deixando-os em local de fácil acesso;
- Verificar condições de limpeza da sala;
- Observar segurança da sala como posicionamento de fios e chão molhado;
- Ajustar a temperatura da sala (entre 18°C e 22°C);
- Observar se todos os cuidados pré-cirúrgicos relacionados ao procedimento foram devidamente realizados, como a administração de medicamentos pré-anestésicos (avaliando inclusive os seus efeitos) e preparo do local (tricotomia), jejum adequado, dentre outros;
- Atentar para a presença e a necessidade de retirar esmalte dos dedos, adornos, brincos, cordões e pulseiras ou próteses dentárias, que normalmente são retirados antes do paciente deixar a unidade de origem com destino ao centro cirúrgico;
- Colocar no paciente gorro e vestimenta adequado;
- Manter uma recepção calma, tranquila que traga segurança ao paciente;
- Observar o comportamento do paciente: confiança, ansiedade, melancolia, insegurança, agressividade, etc.
- O paciente será conduzido para a SO pelo técnico de enfermagem, após a montagem completa, em maca própria e ou cadeira de rodas, com os devidos cuidados com sondas, drenos e cateteres (se houver algum previamente à cirurgia), mantendo as condições de segurança durante o transporte;
- Confirmar os dados no prontuário e com o paciente ou acompanhante, verificar a pulseira de identificação, confirmar o jejum e verificar se o paciente retirou adornos, próteses e órteses;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, mantendo o alinhamento corporal em posição anatômica; atentar para a posição dos membros superiores (MMSS), para que não haja hiperextensão, afim de evitar lesão no pós operatório. É recomendável apoiar os membros em braçadeiras e fixá-los com faixas de segurança, visando a não compressão das estruturas dos MMSS;

- Realizar a primeira fase da lista de verificação de segurança de cirurgia antes da indução anestésica (sig in), segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), e de acordo com Protocolo de Cirurgia Segura;
- Auxiliar na monitoração do paciente, instalando oxímetro de pulso, monitor cardíaco, aparelho de pressão não invasiva ou outro dispositivo recomendado;
- Colaborar com o anestesiológico na punção do acesso venoso periférico ou central, na infusão venosa, na indução anestésica e no fornecimento de materiais, de acordo com a anestesia proposta;
- Auxiliar na oxigenação do paciente, antes da indução anestésica, por meio da colocação de máscara com oxigênio, estabelecida pelo anestesiológico;
- Nunca deixar paciente sozinho;
- Caso esteja sozinho na sala, iniciar o auxílio à paramentação da equipe cirúrgica e à montagem de mesa de instrumentais somente depois que o paciente estiver anestesiado;
- Se houver necessidade de sondagem vesical de demora, realizá-la, preferencialmente, depois que o paciente estiver anestesiado e antes de sua colocação em posição cirúrgica;
- Sendo recomendado e necessário, realizar tricotomia em local do sítio cirúrgico, utilizando, de preferência, tricotomizador elétrico;
- Após a anestesia, ajudar a colocar o paciente na posição cirúrgica recomendada, de acordo com o procedimento cirúrgico, com a ajuda das equipes de anestesia e cirurgia, utilizando técnicas adequadas;
- Colocar placa dispersiva do bisturi elétrico em local apropriado, em área de grande massa muscular, que permita aderência total da placa e sempre o mais próximo possível da incisão, do mesmo lado, distante de proeminências ósseas, porém com cuidado para que a placa não seja molhada. Se necessário, pode-se fazer tricotomia da região para garantir aderência adequada da placa;
- Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica, assegurando a manutenção de técnicas assépticas;
- Iniciar a abertura dos pacotes em sequência lógica, com técnica asséptica;
- Confira o integrador químico interno, juntamente com o instrumentador e/ou cirurgião-assistente, imediatamente após a abertura do material;
- Colocar soluções antissépticas, medicações, soros ou outros líquidos em cúpulas, cubas rin e bacias estéreis na mesa do instrumentador, sempre seguindo técnica asséptica;
- Auxiliar formação da tenda;
- Ajustar os focos de luz sobre o campo operatório;

- Ligar o bisturi elétrico e conectá-lo ao fio da placa dispersiva;
- Conectar a extremidade da extensão da borracha estéril, fornecida pelo instrumentador, á extensão do aspirador elétrico ou à vácuo e ligá-lo;
- Aproximar os hampers e os lixos da equipe, para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis e outros objetos. Recomenda-se iniciar a segregação do lixo segundo seu tipo, em SO, considerando que a maioria do lixo produzido na sala cirúrgica não é infectante, a exemplo das embalagens;
- Ficar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos aparelhos durante todo o procedimento;
- Realizar contagem das compressas utilizadas nas cirurgias com abertura de cavidades, agulhas e gazes na cirurgias específicas e demais procedimentos, conforme avaliação do enfermeiro e da equipe cirúrgica;
- Manter a sala em ordem, após o início da cirurgia e ao longo de todo o procedimento, realizando a limpeza operatória, quando preciso, e retirando o excesso de lixo e/ou roupas após revisadas;
- Preencher os impressos, como folhas tal como protocolo de cirurgia segura, relatando intercorrências, medicações e infusões utilizadas, início e término do procedimento anestésico-cirúrgico, conforme protocolo da instituição. Todos os medicamentos utilizados deverão ser separados suas embalagens com código de barra para posteriormente confirmação no sistema para lançamento na conta do paciente e rastreabilidade dos mesmos;
- Anotar em ficha de protocolo de cirurgia segura hora de entrada do paciente em SO e a hora correta da infusão de antibiotico;
- Evitar sair da sala durante o processo anestésico-cirúrgico;
- Ao final do procedimento cirúrgico, auxiliar a equipe nos curativos, fornecendo material específico, como atadura de crepe, algodão ortopédico, coletores, adesivos apropriados e proceder à fixação de drenos e cateteres;
- Realizar a terceira e última fase da lista de verificação de segurança em cirurgia antes da saída do paciente da SO, segundo recomendação da OMS, e de acordo com Protocolo de Cirurgia Segura;
- Desligar focos de luz e equipamentos, afastando-os com cuidado com a mesa cirúrgica;
- Retirar campos e instrumentais cirúrgicos que estejam sobre o paciente, utilizando sempre os EPI's, como luvas de procedimentos e óculos de proteção;
- Auxiliar equipe cirúrgica na retirada dos aventais ao término do procedimento, o que deve ser feito só depois que forem recolhidos os instrumentais que estiverem sobre o paciente;
- Remover campos e lençóis úmidos de cima do paciente, checando se não há instrumentos

esquecidos entre os tecidos, antes de encaminhá-los para a lavanderia;

- Remover o excesso de antisséptico, sangue e secreções da pele do paciente, promovendo limpeza adequada, com o uso de compressa limpa e úmida em água morna, para prevenir hipotermia;
- Auxiliar o anestesiológico na reversão da anestesia e retirar monitoração do paciente, após a avaliação do médico anestesista;
- Identificar solução com etique apropriada, frasco de drenos como de torax com volume de selo d'água e data, acessos com data e nome do profissional que realizou, bolsa coletora de sonda data número da sonda, profissional e volume infudido no balonete.
- Transportar o paciente da mesa cirúrgica para a maca, com ajuda de outros profissionais, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados;
- Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e encaminhá-lo juntamente com o paciente para a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), Unidade Terapia Intensiva (UTI) ou outra unidade;
- Passar o paciente para equipe de enfermagem da SRPA relatando de forma clara e objetiva o acontecimento durante o procedimento cirurgico e cuidados necessarios;
- Lava/higienizar as mãos;
- Retornar à sala, a fim de iniciar a desmontagem e remontagem do proximo procedimento cirurgico.

IV. Siglas e Definições

OPME: Órteses, próteses e materiais especiais;

SO: Sala operatória;

UTI: Unidade de terapia intensiva;

SRPA: Sala de recuperação pós anestésica;

EPIs: Equipamentos de proteção individual;

OMS: Organização mundial da Saúde.

V. Anexos



Atendimento ao paciente (Momento transoperatório)

VI. Referências

Matriz de Risco.

MEKER, Margareth Huth; HOTHROCK, Jane C.. Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.

10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1250 p.

Práticas recomendadas Sobecc, 6ª edição 2013.

POP CC 003 – CONTAGEM DE COMPRESSAS E GAZES NO CHECK OUT DA SALA CIRÚRGICA

I. Objetivos

Garantir a segurança e a qualidade do atendimento prestado ao cliente/paciente após término do ato cirúrgico realizando a conferência do número de compressas e gazes utilizadas no check out do protocolo de cirurgia segura.

II. Materiais

- Gazes e compressas;
- Impresso – Protocolo de Cirurgia Segura;
- Caneta esferográfica;
- Hamper;
- EPI'S

III. Descrição dos passos da atividade

- A conferência/contagem de compressas é realizada para cirurgias com abertura de cavidades (por ex., laparotomias exploradora, retossigmoidectomias, toracotomias, etc);
- A conferência/contagem de gazes é realizada somente em cirurgias videolaparoscópicas;
- Solicitar ao instrumentador ou auxiliar da cirurgia a contagem prévia do número de gazes abertas (unidades) na mesa cirúrgica e anotar no quadro de cirurgia segura.
- Antes do fechamento no peritônio realizar novamente a conferência das mesmas;
- Confirmar com o instrumentador e/ou cirurgião e registrar;
- Antes do início de cada procedimento, contar quantas compressas estão sobre a mesa cirúrgica e campo operatório e anotar no quadro de cirurgia segura;
- Abrir sempre os pacotes com número igual de compressas (por ex., 5 ou 6 compressas);
- Reservar os pacotes vazios na bancada da sala operatória, durante todo o ato cirúrgico;
- Registrar corretamente o número de compressas abertas na ficha de consumo e no protocolo de cirurgia segura;

- Solicitar à equipe cirúrgica que as compressas utilizadas sejam devolvidas rigorosamente no hamper específico, de forma a facilitar a contagem final;
- Ao término da cirurgia, quando o cirurgião solicitar o 1º fio para sutura, chamar a atenção da equipe cirúrgica, e em voz alta e clara, contar o número compressas e gazes utilizados e comparar de forma a confirmar o número de compressas abertas já assinaladas no quadro de cirurgia segura;
- Colocar um pano no chão da sala e despejar todo o conteúdo do hamper sobre o pano;
- Calçar luvas de procedimento;
- Com uma pinça grande, dar início a contagem das compressas retornando as mesmas para o hamper;
- Informar ao cirurgião a contagem e solicitar confirmação;
- Realizar check out do Protocolo de Cirurgia Segura, registrando no impresso padronizado o número decompressas;
- Continuar ao atendimento da sala.

IV. Siglas e DefiniçõesN. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Matriz de Risco.

Prática Recomendadas SOBECC _- 4ª edição, 2007;

Segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia segura salvam vidas (orientações para cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS); Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

POP CC 004 – SOLICITAÇÃO DE OPME

I. Objetivos

- Descrever os procedimentos para o agendamento de cirurgias e solicitação de OPME necessário para sua realização.
- Prover o material específico para o procedimento agendado previamente.

II. Materiais

- Computador;
- Impressora;
- Espelho de marcação da cirurgia via sistema;
- Sistema de marcação eletrônico;
- Material de papelaria,
- Impresso padronizado de solicitação de material.

III. Descrição dos passos da atividade

- O assistente administrativo responsável pelo agendamento de procedimentos deverá perguntar ao médico no ato da marcação da cirurgia a necessidade de providenciar OPME;
- Pedidos de OPME's que necessitem de liberação do Diretor Administrativo devem ser feitos com prazo máximo de 72 horas de antecedência ao procedimento;
- Solicitações de materiais não padronizados na instituição possuem o mesmo prazo (72 horas) para solicitação. Em caso de dúvida, comunicar o enfermeiro do setor;
- Realizar a solicitação de materiais em formulário preenchido.

corretamente constando dia da cirurgia, nome do paciente, cirurgião, procedimento, data de solicitação e assinatura do enfermeiro do centro cirúrgico. Para materiais já padronizados e liberados de acordo com agendamento prévio, encaminhar para farmácia satélite;

- Materiais que necessitem de aprovação do Diretor Administrativo: encaminhar para setor de compras o formulário preenchido corretamente constando dia da cirurgia, nome do paciente,

cirurgião, procedimento, data de solicitação e assinatura do enfermeiro do centro cirúrgico e em anexo a justificativa escrita pelo médico, denominando a real necessidade do material;

- Conferir, diariamente a liberação dos materiais, comunicando à SRPA e enfermeiro responsável quando o mapa cirúrgico ainda não estiver impresso, anotar no campo de observação os materiais que estão liberados;
- Investigar a liberação de OPME após envio de solicitação para Diretor Administrativo e setor de Compras;
- Comunicar ao cirurgião a não liberação do material com antecedência;
- O Técnico de enfermagem da SRPA deverá confirmar a liberação e checar o material, antes de chamar ou buscar o cliente para S.O (liberação com almoxarifado, checagem com farmácia e CME);
- O enfermeiro deverá orientar a equipe de enfermagem quando da utilização do material especial, registrar na folha de gasto de sala e grampear invólucro do OPME;
- Anotar no pedido lote e série do material;
- Anotar equipamentos necessários, verificando sua disponibilidade;
- Anotar nome, número, tipo, firma e quantidade na ficha de sala;
- Grampear na ficha de consumo de materiais a identificação dos materiais utilizados;
- Separar todo material, instrumentais consignados após cirurgia encaminhando ao expurgo da CME, para lavar e preparar se necessário;
- Fazer devolução de sobras na farmácia imediatamente o término do procedimento e comunicar ao enfermeiro;
- Encaminhar materiais reutilizáveis para CME, identificados para lavar e reprocessar no óxido de etileno.
- Observação: Nos casos de cirurgia de urgência, necessitar de OPME. O técnico de enfermagem deverá preencher o formulário padronizado de Solicitação de Material Especial;
- O enfermeiro irá assinar a solicitação e após a confirmação do uso, fixar as etiquetas de lote e série;
- No dia seguinte encaminhar o formulário ao setor de Compras;
- Em cirurgias de urgência que o médico cirurgião solicite OPME não padronizado durante o período operatório, o enfermeiro irá confirmar a real necessidade do material com o cirurgião;

- Durante o período diurno, o enfermeiro deverá solicitar ao setor de Compras a requisição de tal material, de acordo com o horário de funcionamento do mesmo;
- Após o horário de funcionamento, nos finais de semana e no período noturno, o enfermeiro deverá entrar em contato com o Diretor Administrativo e/ou Gerente Administrativo e solicitar autorização para que se possa providenciar o material em instituição parceira (plano de contingência);
- Após autorização do Diretor Administrativo e/ou Gerente Administrativo, solicitar motoboy para busca do material na instituição parceira;
- O enfermeiro assinará a solicitação e após a confirmação do uso, fixar as etiquetas de lote e série.

IV. Siglas e Definições

OPME - Órteses e próteses de Materiais Especiais

SRPA - Sala de Recuperação Pós Anestésica

SO - Sala de Operação

CME - Central de Material Esterilizado

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 005 – CHECK LIST DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

I. Objetivos

Manter equipamentos em condições de uso, manusear corretamente o equipamento e manter materiais limpos e bem acondicionados. Zelar pelo bom funcionamento de cada equipamento. Garantir a segurança do cliente.

II. Materiais

- Equipamentos em geral;
- Check list de sala cirúrgica
- Caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

- No início do plantão, o técnico de enfermagem responsável pela SO deverá conferir se em cada sala cirúrgica contém um kit de laringoscópio com lâminas escabro;
- Verificar se os kits estão completos com lâminas de nº 3, 4 e 5 e mais um cabo adulto com 2 pilhas;
- Testar lâminas uma a uma;
- Verificar se a iluminação da lâmina está adequada para intubação do cliente;
- Caso falte algum material, comunicar o enfermeiro de plantão;
- Após a intubação do cliente, realizar desinfecção de cada lâmina com clorexidina degermantesendo retirado com água corrente e em seguida álcool a 70%;
- Cada lâmina deve ser coberta com plástico insulfilm/ e ou colocadas no pote adequado, para evitar contaminação contendo a data de desinfecção e validade;
- O cliente só poderá ser encaminhado para sala de operação após verificação da funcionalidade dos equipamentos (verificar todos os dias e registrar em check list de sala cirúrgica);
- O técnico de enfermagem deverá tomar o cuidado com seguintes equipamentos:

APARELHO DE BISTURI ELÉTRICO:

- Providenciar equipamento adequado ao procedimento;
- Pequeno porte: Bisturi simples (SS200A);
- Alta complexidade: Bisturi de maior potência (SS501);

- Verificar voltagem 110 v;
- Testar o equipamento conectando placa e acionando pedal;
- Providenciar placa adequada (Descartável: procedimentos de longa duração ou alta potência, pacientes idosos, posicionamento difícil, crianças ou de metal: procedimentos simples, de pequeno porte);
- Qualquer alarme disparado tem que ser verificado e comunicar ao enfermeiro;
- Verificar condições da pele;
- Posicionar a placa confirmando com o médico responsável pelo procedimento a localização adequada da placa:
- Limpar e secar região;
- Escolher região com maior musculatura, longe de proeminências ósseas, e sem pêlos;
- Realizar tricotomia em presença de pêlos;
- Manter a placa o mais próximo do procedimento e do mesmo lado;
- Ao utilizar a placa rígida favor aplicar gel condutor no local;
- Verificar conexões de placa e caneta;
- Durante o procedimento, verificar posição da placa, se houver deslocamento, se estiver molhada, reposicionar;
- Proteger proeminências ósseas, membros em contato com metais da mesa;
- Observar pacientes com marcapasso, posicionando a placa do lado contrário e mais distante;
- Eletrodos devem ficar longe do contato da placa.

FOCO CIRÚRGICO DE TETO:

- Verificar se as lâmpadas de cada foco está ligando corretamente ;
- Em caso de mau funcionamento comunicar ao enfermeiro de plantão, para que o mesmo solicite manutenção;
- Realizar a desindecção com álcool 70% após o término de cada procedimento operatório, se necessário a utilização de água oxigenada para retirada de efluentes sanguíneos ;

MESAS CIRÚRGICAS:

- Verificar sempre tipo de procedimento com mesa adequada;
- Verificar peças e suportes necessários ao posicionamento do paciente;
- Testar posições e comandos das mesas, uma vez ao dia e/ou antes de cada procedimento;
- Limpar a mesa cirúrgica após cada procedimento com álcool 70%. Na presença de secreções e sangue, realizar desinfecção com clorexedina degermante mais álcool a 70%, a cada procedimento;
- Remanejar mesas conforme necessidade do serviço;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer eventualidade e necessidade de consertos;
- A conferência de funcionalidade dos equipamentos do centro cirúrgico é realizada diariamente através de registro check list de S.O e SRPA pelos técnicos de enfermagem;
- Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável;
- O enfermeiro deverá solicitar reparo e ou manutenção corretiva através do sistema S I S M E T R O (ferramenta que permite o acompanhamento da manutenção e avaliação do serviço prestado).

APARELHO DE CARDIOVERSÃO:

- Verificar se o aparelho está ligado à tomada 110v;
- Teste do aparelho:
- Pressionar o botão liga/desliga;
- Apertar a carga desejada no painel do aparelho;
- Pressionar carregar no painel do aparelho;
- Aguardar o aparelho carregar e emitir um som;
- Quando este terminar, sinal de que está pronto para ser utilizado;
- Retirar as pás do aparelho;
- Pressionar as pás sobre o aparelho no local indicado;
- Apertar os botões que ficam na ponta do cabo de cada par no mesmo tempo;
- Verificar se a luz de teste piscou;
- Desligar o aparelho no botão liga/desliga;

Registrar no Check list de utilização do cardioversor que o mesmo está em perfeito funcionamento.

APARELHO DE ANESTESIA / MONITOR:

No início do plantão, o técnico de enfermagem responsável pela anestesia/ tec: circulante de sala, deverá conferir se em cada sala cirúrgica o aparelho de anestesia esta montado corretamente;

Verificar se o aparelho está ligado à tomada 110v;

Conferir se as traquéias estão em número suficientes;

Verificar se a bolsa ventilatória esta disponível;

Conferir se o monitor multiparâmetros esta ligando corretamente ;

Checar se todos os componente do monitor estão disponíveis ;

Verificar se os cabos do monitor não estão dobrados, acotovelados, desencapados com exposição de fiosmetálicos à amostra;

O médico anestesilogista / residente realizará o teste do aparelho de anestesia diariamente às 07:00 horas, verificando a sua funcionalidade;

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Pós- anestésica. SO: Sala Operatória

V. Anexo

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 006 – REGISTRO E ENCAMINHAMENTO DE PEÇAS PARA ANATOMOPATOLÓGICA E EXAMES

I. Objetivos

- Registrar e acondicionar adequadamente os materiais;
- Encaminhar corretamente as peças anatômicas; Comunicar intercorrências;
- Não extravio de materiais;
- Realizar pedido adequado aos exames;

II. Materiais

- Potes para acondicionamento das peças;
- Livro de registro de anatomopatológico;
- Livro de envio de peças anatômicas;
- Caneta esferográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Durante o atendimento ao cliente cirúrgico no transoperatório, o técnico de enfermagem deverá questionar ao cirurgião sobre aprevisão de peças anatômicas;
- Perguntar o número de peças e tipos de exames que serão solicitados;
- Se líquido: para encaminhar para citologia oncótica, anatomopatológico e peças que necessitam de congelação encaminhar para o Laboratório Santa Casa, após solicitação prévia do motoboy para realizar o transporte (Nos casos de congelação, comunicar ao Laboratório Santa Casa, sobre hora da marcação da cirurgia e durante a retirada da peça com uma hora de antecedência). Se líquido e pedido de antibiograma e cultura serão

encaminhados para o Laboratório Ascispes;

- Para peças sólidas: providenciar potes/frascos compatíveis com tamanho das peças patológicas (as peças não podem ser apertadas, espremidas, cortadas e devem ficar totalmente imersas em formol);
- Colocar a peça no frasco;
- Identificar com nome do paciente, cirurgião e data (etiqueta), nome da peça e nº do frasco (caso tenhamais de um);
- Colocar formol de maneira a imergir toda a peça;
- Tampar o pote / frasco;
- Vedar a tampa do pote com fita adesiva transparente;
- Enumerar cada frasco de acordo com a descrição de cada peça;
- Confirmar com cirurgião o descritivo correto da peça anatômica;
- Conferir a quantidade de peças corretamente no pedido de acordo com os frascos;
- Registrar a conferência das peças e identificação adequada no check out de sala cirúrgica de acordo com o Protocolo de Cirurgia Segura;
- Armazenar em armário próprio juntamente com pedido, anotar no livro de registro de anatomopatológico;

Líquidos:

- Colocar em frasco/pote esterilizado;
- Identificar com nome do paciente, cirurgião e data (etiqueta), nome da peça e nº do frasco (caso tenhamais de um);
- Encaminhar para geladeira do centro cirúrgico;
- Encaminhar o pedido para armário de peças, anotando no livro de

registro de anatomopatológico;

- Deixar um aviso que há líquido na geladeira no pedido;
- Comunicar imediatamente ao laboratório Acispes no caso de líquido;
- Fora do horário, deixar líquido na geladeira e pedido no armário de peças, protocolado e com aviso delíquido na geladeira;
- Solicitar ao cirurgião preencher o pedido de exame do laboratório em duas vias e o de anatomopatológico em três vias;
- O pedido de anatomopatológico para Laboratório Santa Casa, são encaminhadas com as 2 (duas) primeiras vias do pedido juntamente com a peça, a terceira via fica no prontuário do cliente;
- Colar etiqueta de identificação do paciente nas três vias;
- Exames de sangue:
- Colher em tubo específico, segundo orientação do laboratório;
- Identificar tubo com o nome paciente completo e número de prontuário;
- Solicitar o médico que preencha pedido de exame em duas vias, assinado e carimbado;
- Chamar laboratório imediatamente;
- Em casos de pedidos de urgência comunicar o laboratório a necessidade da priorização na realização dos exames solicitados;
- O laboratório Acispes deverá liberar os resultados via sistema e/ou telefone.

IV. Siglas e Definições

N/A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 007 – AMPUTAÇÕES CIRÚRGICAS DE MEMBROS

I. Objetivos

Padronizar o processo de atendimento ao paciente que necessita de intervenção cirúrgica para amputação de membros e normatizar destino dos membros amputados.

II. Materiais

- Materiais de papelaria;
- Impresso de autorização para amputação de membro;
- Termo de autorização para sepultamento de membro.

III. Descrição dos passos da atividade

- Ao receber o paciente na SRPA o técnico de enfermagem deverá conferir prontuário do paciente junto com a existência do formulário corretamente preenchido com a autorização de amputação do membro;
- Na sala cirúrgica, o circulante deverá solicitar ao médico que preencha corretamente o impresso de autorização de sepultamento do membro em duas vias;
- Oferecer na mesa estéril saco plástico para acondicionamento do membro;
- Providenciar caixa adequada ao tamanho do membro amputado identificando-a com nome do cliente;
- Atender a sala, conforme rotina;
- Ao término do procedimento proceder da seguinte forma:
- Não deixar que o cliente visualize o membro amputado;
- Acondicionar o membro amputado, colando por fora uma via (original) da solicitação de sepultamento;
- Anexar a segunda via no prontuário;
- Enviar à recepção através de formulário de comunicação padronizado preenchido corretamente sobre o envio para o

necrotério/capela mortuária a peça, via notificação comimpresso próprio;

- Pegar chave do necrotério junto a recepção principal;
- Comunicar ao enfermeiro do plantão sobre o envio da peça aonecrotério;
- Continuar o atendimento na sala cirúrgica conforme rotina.

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Pós Anestésica

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 008 – ASSISTÊNCIA AO CLIENTE NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

I. Objetivo

Monitorar possíveis complicações intervindo prontamente com a equipe multidisciplinar, afim de promover maior segurança do cliente no pós operatório imediato.

II. Materiais

- Macas;
- Monitores multiparâmetros;
- Boletim pós anestésico;
- Caneta esferográfica;
- Biombos;
- Termômetro;
- Protocolo de Cirurgia Segura;

III. Descrição

- Encaminhar a maca ou cadeira de rodas à sala operatória ao termino do procedimento ou quando solicitado;
- Auxiliar a extubação do paciente em caso de anestesia geral;
- Identificar soluções, acessos e drenos;

- Auxiliar na passagem da mesa para maca ou cadeira de rodas;
- Auxiliar no transporte do cliente para SRPA;
- Solicitar e receber informações sobre paciente e cirurgia;
- Passar orientações aos colaboradores da SRPA;
- Monitorizar e identificar o cliente na SRPA;
- Registrar os sinais vitais na hora da chegada e na saída da SRPA;
- Investigar sinais de desconforto respiratório;
- Monitorar frequência cardíaca e pressão arterial, saturação, nível de consciência e dor;
- Manter vias aéreas permeáveis;

- Instalação oxigênio se oximetria periférica < 92%;
- Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz, quando necessário;
- Aspirar vias aéreas superiores quando necessário;
- Avaliar coloração e umidade da pele;
- Monitorar a temperatura do paciente e do ambiente;
- Promover conforto e aquecimento;
- Comunicar valores de temperatura axilar abaixo de 35°C
- Manter o paciente em posição confortável;
- Elevar a cabeceira da maca em 30°, quando puder ser realizado;
- Avaliar leito da incisão cirúrgica e sítio de inserção de cateteres (dor, calor, rubor e edema);
- Verificar condições do curativo (sangramento), mantendo os integros;
- Verificar fixação de sondas e drenos;
- Observar drenos, sondas abertas e pérvias;
- Anotar débitos de drenos e sondas quando necessário/e ou esvaziamento de coletores;
- Avaliar o estado mental e nível de consciência do paciente;
- Conter o paciente, se necessário;
- Observar dor, náuseas e vômitos e comunicar anestesiológico;
- Administrar analgésicos, antitérmicos e antibióticos conforme prescrição médica;
- Orientar o paciente a lateralizar a cabeça em caso de náuseas e vômitos;
- Observar sinais de retenção urinária, como queixas do paciente de dificuldade de urinar, dor e abaulamento em região suprapúbica e ausência de diurese espontânea;
- Em caso de retenção, comunicar ao enfermeiro ou anestesiológico;
- Observar e avaliar acessos periférico e central, não estando pérvio ou apresentando sinais flogísticos, após conferência da prescrição médica e necessidade de administração de medicações venosas, providenciar novo acesso periférico. Comunicar ao anestesiológico e ao enfermeiro em caso de acesso central.

- Observar, comunicar e anotar alterações como hipotensão ou hipertensão, bradicardia e taquicardia, dificuldades respiratórias na ficha de intercorrências na SRPA;
- Em caso de permanência de pacientes na SRPA, realizar medicações conforme prescrição;
- Registrar no formulário de intercorrências pós anestésica: horário de chegada e saída se foi transferido para UTI sem reserva prévia e se houve agravos no pós operatório imediato.
- Ouvir e valorizar queixas, comunicar ao anestesiológico;
- Mediar conforme prescrição do anestesiológico;
- Solicitar presença do anestesiológico sempre que julgar necessário;
- Manter o paciente confortável, aquecido, tranquilo, ser atencioso e solícito às suas queixas;
- Após 60 minutos de permanência do paciente na SRPA, avaliar condições (índice da tabela de Aldret Kroelik) e solicitar avaliação do anestesiológico para liberação;
- Confirmar com anestesiológico liberação do paciente, após avaliação do mesmo;
- Providenciar transporte para unidade origem e todos os materiais necessários para transporte seguro, oxigênio caso necessário e monitorizar no transporte em caso de paciente encaminhados para UTI;
- Atentar para o enfermeiro, médico cirurgião ou anestesiológico acompanharem a transferência do paciente crítico para a UTI.

IV. Siglas e Definições

SRPA - Sala de Recuperação Pós Anestésica UTI - Unidade Terapia Intensiva

V. Anexos

NA.

VI. Referências

MEKER, Margareth Huth; HOTHROCK, Jane C.. Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.

10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1250 p.
<http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF17.10.pdf>.

POP CC 009 – ALTA DO CLIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO – SRPA

I. Objetivos

Promover a liberação do paciente com segurança, agilizando o processo de alta, minimizando seu tempo de permanência na SRPA.

II. Materiais

- Prontuário;
- Livro de registro de Censo do Centro cirúrgico;
- Cadeira de rodas;
- Maca;
- Caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

- Conferir prontuário, fichas preenchidas e assinadas;
- Avaliar tempo e condições do paciente (2 hora após procedimento), estável, acordado, lúcido, sem queixas de dor e náuseas, caso haja algum dos sinais ou sintomas registrar em campo do protocolo de cirurgia segura;
- Verificar os sinais vitais e registrar em campo do protocolo de cirurgia segura;
- Avaliar estado geral do cliente;
- Solicitar liberação do paciente ao anestesiológico mediante assinatura do Boletim Pós Anestésico;
- Fazer as devidas evoluções e anotações, conferir exames, protocolando-os;
- Comunicar ao setor de destino do paciente antes de encaminhá-lo, para que haja conferência e preparo de leito; Retirar monitorização do paciente, mantendo-o confortável e coberto;
- Organizar prontuário, conferindo novamente, juntamente com exames, solicitação de antimicrobiano, registrar horário de saída da SRPA no impresso de protocolo de cirurgia segura;
- Registrar no livro de censo o horário, data e destino do paciente;
- Transportar paciente para devido setor e auxiliar na passagem para leito, se necessário;
- Entregar os exames e pertences através de protocolo e solicitar assinatura legível de quem recebeu e assinar quem está entregando os exames;

- Retornar com maca, suportes, coxins, travesseiro ao Centro Cirúrgico, providenciar limpeza dos mesmos;
- Todos pacientes que realizam procedimentos ambulatoriais no bloco cirúrgico, submetidos a anestesia geral e ou sedação, a alta é assinada pelo anesthesiologista, em casos de anestesia local o cliente poderá ser liberado pelo próprio cirurgião;
- Nos casos de alta do bloco cirúrgico diretamente para casa, o cliente deverá ser orientado pelo médico sobre os cuidados necessários relacionados ao procedimento realizado e possíveis retorno no ambulatório;
- O transporte do cliente será realizado em cadeira de rodas com o sumário de alta hospitalar em duas vias assinado pelo médico responsável;
- O cliente só poderá ser liberado na presença de um acompanhante ou responsável;
- Apresentar o sumário na recepção, aguardar o carimbo da recepção e retornar com uma das vias, anexando-o no prontuário.

IV. Siglas e Definições

SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

POP CC 010 – COMUNICAÇÃO DO STATUS DO PACIENTE CIRÚRGICO

I. Objetivo

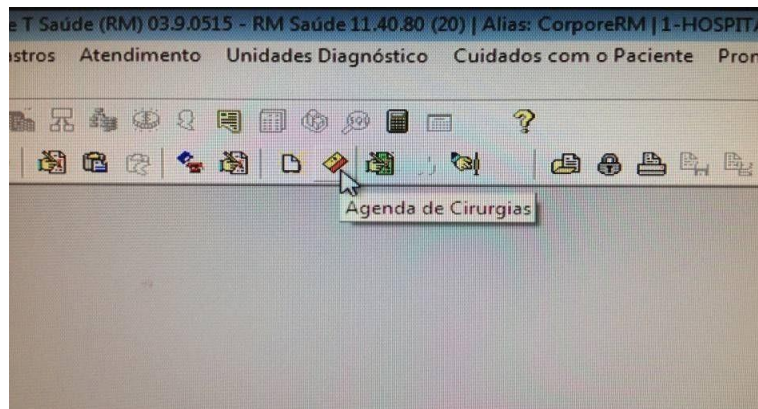
Normatizar as informações geradas pelo centro cirúrgico sobre cada momento em que o paciente é atendido no Perioperatório (Status), com a Recepção afim de minimizar as ligações para o bloco.

II. Materiais

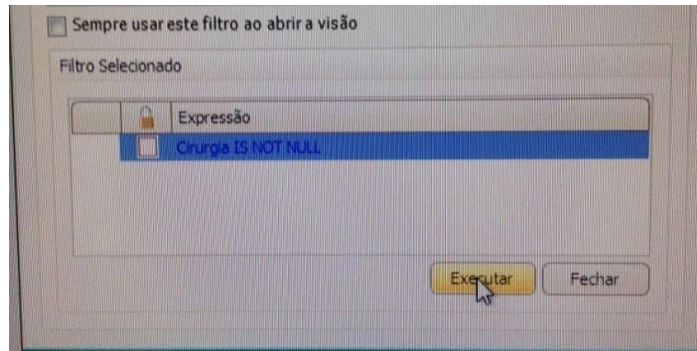
- Prontuário;
- Computador;
- Sistema (Agenda de cirurgias).

III. Descrição

- O técnico de enfermagem ao receber o paciente na SRPA tanto no pré quanto no pós operatório ira acessar a agenda de cirurgias no sistema;
- Realizar Login no sistema;



- Clicar em Agenda de cirurgias;
- Selecionar 'todos';
- Clicar em 'Executar';



- Selecionar o paciente desejado;
- Em casos de urgências e ou procedimentos ambulatoriais em que o paciente não conste na agenda de cirurgias o técnico deverá incluí-lo;

Agenda de Cirurgias

Data Inicial: 15/04/2014 Data Final: 15/04/2014 Sala: Todas

| Sala | AS | Cirurgia | Nome do Paciente | Procedimentos | Profissionais | Início | Final | Status |
|--------|-------|----------|----------------------------|---------------------|--------------------------------|--------|-------|----------|
| Sala 4 | 18054 | | JOSÉ CARLOS DUTRA MATTOS | FRATURA JOELHO | DR VICTOR BRAULLIO CAIAFFA | 07:00 | 08:00 | Agendado |
| Sala 6 | 18185 | | ROSANGELA DE OLIVEIRA | HERNIA INCISIONAL | DR LUIS HENRIQUE GONCALVES... | 07:00 | 09:00 | Agendado |
| Sala 6 | 18186 | | MIRIAN RUTE | CVL - VÍDEO | DR CARLOS AUGUSTO GOMES | 09:00 | 11:00 | Agendado |
| Sala 6 | 18187 | | MÁRCIA REGINA MORAES CO... | EXTIRPAÇÃO DE LESÃO | DR CARLOS AUGUSTO GOMES | 11:00 | 12:00 | Agendado |
| sala 7 | 18182 | | TATIANA APARECIDA SOARE... | MIOMECTOMIA | DR JOSELIO VITOI ROSA | 11:00 | 13:00 | Agendado |
| Sala 6 | 18183 | | LUCIENE FRANCO DE OLIVEIRA | VIDEOLAPAROSCOPIA | DR JOSELIO VITOI ROSA | 13:00 | 15:00 | Agendado |
| Sala 6 | 18184 | | JOÃO FONTOURA | HERNIA INGUINAL | DR RODRIGO DE OLIVEIRA PEIX... | 15:00 | 16:00 | Agendado |
| Sala 6 | 18181 | | LEONARDO DE PAIVA COSTA | VIDEOTORACOSCOPIA | DR MARCUS DA MATTA ABREU | 16:00 | 17:00 | Agendado |

- Para alterar o status, dar dois cliques com o botão esquerdo;
- Aparecerá a ficha de identificação do paciente conforme figura abaixo:

Agenda de Cirurgias

Dados do paciente

Prontuário: Nome: JOSÉ CARLOS DUTRA MATTOS Telefone: Cód.: Sexo: Idade: Paciente

Tipo: Leito: Atendimento: Parcial: Conta: Seq. Conta: Início: Final: Atendimento

Identificação Procedimentos Recursos

Unidade de Atendimento: 1 HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZINHA DE 237 SUS

Plano: 2 ENFERMARIA Subplano:

Tipo de cirurgia: 54 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Sala: 4 Sala 4

Data de Início: 15/04/2014 07:00 Data Final: 15/04/2014 08:00 Status: 0 Agendado

Usuário responsável pelo agendamento: GILMARA CONDULO DE ALMEIDA

Observação: CIRURGIA ELETIVA

- Em seguida, clicar no retângulo com "reticências", selecionar a descrição desejada;

Convênio: 237 SUS
Subplano:
Sala: 4 Sala 4
Status: 0 Agendado
 Seguir Código do motivo:

Status do Agendamento

Filtrar por: Descrição

| Código | Descrição | Status | Usado pelo Sistema |
|--------|---|--------|-------------------------------------|
| 0 | Agendado | 0 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | Cirurgia em Andamento | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 | Cirurgia Concluída | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 | Cirurgia Suspensa | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 | Urgência | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | Cancelado | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 | Paciente encaminhado para SRPA | 8 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 | Paciente encaminhado p/ leito de internação | 9 | <input checked="" type="checkbox"/> |

OK Cancelar

- O status do paciente já está previamente cadastrado, sendo necessário apenas selecionar o momento em que o paciente se encontra no bloco e clicar em ok;
- Clicar em salvar ok novamente;
- Retornar à tela inicial da Agenda Cirúrgica para visualizar o status alterado;
- Este procedimento de registo do status do paciente no bloco cirúrgico, foi elaborado para minimizar as ligações da Recepção solicitando informações sobre o paciente, mas não substitui totalmente a necessidade do contato para confirmações das mesmas;
- Nos casos em que paciente internou na data da cirurgia e não estiver com acompanhante na SRPA o centro cirúrgico mantém a rotina de ligar para Recepção antes de encaminhar o paciente para o leito de destino. Paciente que não possui leito previamente reservado, o técnico da SRPA deverá solicitar liberação de leito junto ao setor de gerenciamento de leitos.

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Anestésica;

V. Anexos

NA.

VI. Referências

NA

POP CC 011 – CHECK LIST DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NO CENTRO CIRÚRGICO

I. Objetivos

Manter equipamentos em condições de uso, manusear corretamente o equipamento e manter materiais limpos e bem acondicionados.

Zelar pelo bom funcionamento de cada equipamento. Garantir a segurança do cliente.

II. Materiais

- Equipamentos em geral;
- Check list de sala cirúrgica e SRPA;
- Caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

- No início do plantão, o técnico de enfermagem responsável pela anestesia deverá conferir se em cada sala cirúrgica contém um kit de laringoscópio com lâminas e cabo;
- Verificar se os kits estão completos com lâminas de nº 4, 3 e 2 e mais um cabo adulto com 2 pilhas;
- Testar lâminas uma a uma;
- Verificar se a iluminação da lâmina está adequada para intubar o cliente;
- Testar pilhas;
- Caso falte algum material, comunicar o enfermeiro de plantão;
- Após a intubação de o cliente realizar desinfecção de cada lâmina com água e sabão neutro e em seguida, passar álcool a 70%;
- Cada lâmina deve ser coberta com plástico insulfilm para evitar contaminação;
- O cliente só poderá ser encaminhado para sala de operação após verificação da funcionalidade dos equipamentos (verificar todos os dias e registrar em check list de sala cirúrgica);

O técnico de enfermagem deverá tomar o cuidado com seguintes equipamentos:

APARELHO DE BISTURI ELÉTRICO:

- Providenciar equipamento adequado ao procedimento;
- Pequeno porte: Bisturi simples (SS200A);

- Alta complexidade: Bisturi de maior potência (SS501);
- Verificar voltagem;
- Testar o equipamento conectando placa e acionando pedal;
- Providenciar placa adequada (Descartável: procedimentos de longa duração ou alta potência, pacientes idosos, posicionamento difícil, crianças ou de metal: procedimentos simples, de pequeno porte);
- Qualquer alarme disparado tem que ser verificado e ser comunicado ao enfermeiro;
- Verificar condições da pele;
- Posicionar a placa:
- Limpar e secar região;
- Escolher região com maior musculatura, longe de proeminências ósseas, e sem pêlos;
- Realizar tricotomia em presença de pêlos;
- Manter a placa o mais próximo do procedimento e do mesmo lado;
- Verificar conexões de placa e caneta;
- Durante o procedimento, verificar posição da placa, se houver deslocamento, se estiver molhada, reposicionar;;
- Proteger proeminências ósseas, membros em contato com metais da mesa;
- Observar pacientes com marcapasso, posicionando a placa do lado contrário e mais distante;
- Eletrodos devem ficar longe do contato da placa.

INTENSIFICADOR DE IMAGENS:

Composto de: ampolas de RX, fonte de imagem e impressora.

- Comunicar ao setor de Radiologia a necessidade de utilização do intensificador de imagens;
- O técnico do RX deverá transportá-lo com cuidado, não bater com ampolas;
- Verificar voltagem 220 v, tomadas a ligar;
- Não tracionar os cabos;
- Conectar cabo branco das ampolas à fonte antes de ligar;
- Posicionar com cuidado com partes estéreis;
- Usar capote de chumbo + protetor de tireóide como proteção para RX;
- Após uso, limpar com álcool 70%, água e sabão, se necessário (presença de secreções e

sangue);

- Guardar no devido lugar, juntamente com acessórios;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência.

MESAS CIRÚRGICAS:

- Verificar sempre tipo de procedimento com mesa adequada;
- Usar suporte de urologia na mesa reta;
- Verificar peças e suportes necessários ao posicionamento do paciente;
- Testar posições e comandos das mesas, uma vez ao dia e/ou antes de cada procedimento;
- Limpar a mesa cirúrgica após cada procedimento com água e sabão. Na presença de secreções esangue, realizar desinfecção com álcool a 70%, a cada procedimento;
- Remanejar mesas conforme necessidade do serviço;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer eventualidade e necessidade de consertos;
- A conferência de funcionalidade dos equipamentos do centro cirúrgico é realizada diariamente através de registro check list de S.O e SRPA pelos técnicos de enfermagem;
- Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável;
- O enfermeiro deverá solicitar reparo e ou manutenção corretiva através do sistema.

APARELHO DE CARDIOVERSÃO:

- Verificar se o aparelho está ligado à tomada 110v;
- Teste do aparelho:
- Pressionar o botão liga/desliga;
- Apertar a carga desejada no painel do aparelho;
- Pressionar carregar no painel do aparelho;
- Aguardar o aparelho carregar e emitir um som;
- Quando este terminar, sinal de que está pronto para ser utilizado;
- Retirar as pás do aparelho;
- Pressionar as pás sobre o aparelho no local indicado;
- Apertar os botões que ficam na ponta do cabo de cada par no mesmo tempo;

- Verificar se a luz de teste piscou;
- Desligar o aparelho no botão liga/desliga;
- Registrar no mapa de utilização do cardioversor (pasta de arquivos gerenciais situado no armário da SRPA) que o mesmo está em perfeito funcionamento.

MOTOR DA MANTA TÉRMICA:

- Verificar se o aparelho está ligado à tomada 220v;
- Testar o Motor;
- Pressionar o botão liga/desliga;
- Apertar a temperatura desejada no painel do aparelho;
- Verificar se o aparelho atingiu a temperatura desejada;
- Colocar a Manta Térmica sobre o paciente;
- Conectar o ponteira sanfonada do motor na manta térmica;
- Fixar a parte sanfonada da ponteira na mesa cirúrgica para que a mesma não bata no chão causando danos ao sensor interno da mesma.
- Ao término do procedimento cirúrgico, aguardar até que o médico anestesiológico solicite o desligamento no motor, para que não ocorra o risco de hipotermia do cliente no POI.
- Retirar toda a manta termina do cliente;
- Apertar o botão de desligamento do motor,
- Aguardar até que o motor esfrie automaticamente;
- Retirar o motor da tomada 220v;
- Colocar o motor na sala de quadra de equipamentos.
- Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável

APARELHO DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA (CEC)

- Somente o perfusionista poderá manusear este aparelho;
- Posicionar o aparelho de CEC junto a mesa cirúrgica;
- Verificar se o aparelho está conectado na tomada 220 v;
- Realizar todos os testes funcionais do aparelho, antes do início do procedimento;

- Verificar se todos os OPME estão disponíveis na sala cirúrgica conforme procedimento programado;
- Montar as maqueiras (conexões) que serão utilizados no procedimento cirúrgico usando técnica aséptica;
- Deixar caixa térmica com gelo na sala cirúrgica;
- Ligar misturadores;
- Marcar hora de início da perfusão;
- Comunicar equipe médica qualquer alteração com o aparelho durante a utilização do mesmo;
- Realizar a limpeza do maquinário ao término do procedimento;
- Desligar da tomada 220v;
- Guardar o equipamento em local destinado;
- Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer problema com o equipamento.

FOCO AUXILIAR

- Posicionar o aparelho próximo a mesa cirúrgica afim de proporcionar melhor luminosidade;
- Ligar o aparelho em tomada com a voltagem adequada;
- Verificar se as lâmpadas estão acesas;
- Colocar manta esterilizada no foco afim de direcionar a cúpula conforme necessidade;
- Ao término retirar a manta da cúpula;
- Realizar a limpeza do foco;
- Desligar o aparelho no botão liga/desliga;
- Guardar em local destinado.

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Pós- anestésica.

OPME: Orteses, Próteses e Materiais Necessários.

CEC: Circulação Extra Corporea.

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 012 – POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA CIRURGIA COM MEDIDAS DE CONTENÇÃO E PREVENÇÃO DE LESÃO

I. Objetivos

Assistir adequadamente o paciente no posicionamento para realização de procedimentos cirúrgicos, bem como medidas de contenção, orientando e padronizando; Posicionar o cliente corretamente para realizar procedimentos cirúrgico seguro e bem sucedido; Proporcionar a exposição e o acesso com segurança do sítio cirúrgico, mantendo o alinhamento corporal; Manter as funções circulatórias e respiratórias; Proteger a integridade neuromuscular e cutânea possibilitando o acesso a punção venosa e aparelhos de suporte de anestesia; Promover com qualidade e propriedade o atendimento em cirurgias prolongadas minimizando o surgimento de Lesão por pressão (LPP), e suas particularidades.

II. Materiais

- Luvas de procedimento;
- Mesa cirúrgica
- Rolos;
- Coxins;
- Travesseiros;
- Cobertor (S/N);
- Instrumentais;
- Prontuário eletrônico;
- Fita adesiva e esparadrapo;

III. Descrição dos passos da atividade

A equipe deverá sempre:

Confirmar a identificação correta do paciente;

Realizar o protocolo de cirurgia segura e a escala de ELPO;

Atentar-se para realização dos procedimentos zelando pelos cuidados de prevenção de quedas e de Lesão por pressão e de pele (LPP);

O profissional de enfermagem que está lidando com paciente na sala cirúrgica deverá juntamente com a equipe multiprofissional auxiliar no posicionamento do cliente na mesa cirúrgica, após a indução anestésica.

I: Escala de ELPO:

A Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico tem como objetivo nortear a prática clínica do enfermeiro, auxiliando-o na tomada de decisão sobre o cuidado do paciente durante o posicionamento no procedimento.

A aplicação da escala favorece a avaliação clínica e/ou cirúrgica individualizada com implantação de medidas preventivas relacionadas com a prevenção de ocorrência de lesões cutâneas durante o período intraoperatório.

O enfermeiro assistencial orienta o atendimento do paciente, considerando a pontuação da escala de ELPO, as variáveis dos cuidados de Enfermagem, comorbidades, entre outros fatores.

A autonomia do enfermeiro assistencial relacionado a avaliação e a conduta para prevenção de lesões cutâneas é garantida, reforçando a competência técnica, cuidado individualizado e segurança perioperatória. Ainda, reforça-se que a prevenção de eventos adversos relacionados com as lesões cutâneas é responsabilidade da equipe multidisciplinar. A escala de ELPO possui sete itens e cinco subitens com pontuação que varia de um a cinco pontos e pontuação total de sete a 35 pontos. Quanto maior o escore em que o paciente é classificado maior o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico.

Para facilitar ainda mais a sua utilização foi proposta uma nota de corte, definida estatisticamente, logo, pacientes com escore acima de 19 indicam uma situação de maior risco.

Assim, acreditamos que o protocolo de lesão por pressão possa otimizar as ações de prevenção de danos aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, principalmente aqueles com duração acima de 4 horas.

II: Descrição das posições:

I Posição Dorsal ou supina :

- ✓ Deitar o paciente de costas, com a coluna vertebral repousando no colchão da mesa cirúrgica.
- ✓ Estender as pernas do paciente, colocando coxins sob os joelhos e rodilhas de compressas sob os calcanhares.

- ✓ Colocar os braços do paciente sobre um suporte de braços com angulação menor que 90 graus, tendo o cuidado de nivelar com o colchão observando a distensão do plexo, os mesmos devem ser contidos para evitar quedas; também podem ficar ao longo do corpo, segundo a necessidade da equipe, porém nesta posição é preciso muita atenção para não ocorrer a compressão dos membros.
- ✓ Proteger a cabeça do paciente com rodilha ou travesseiro apropriado.



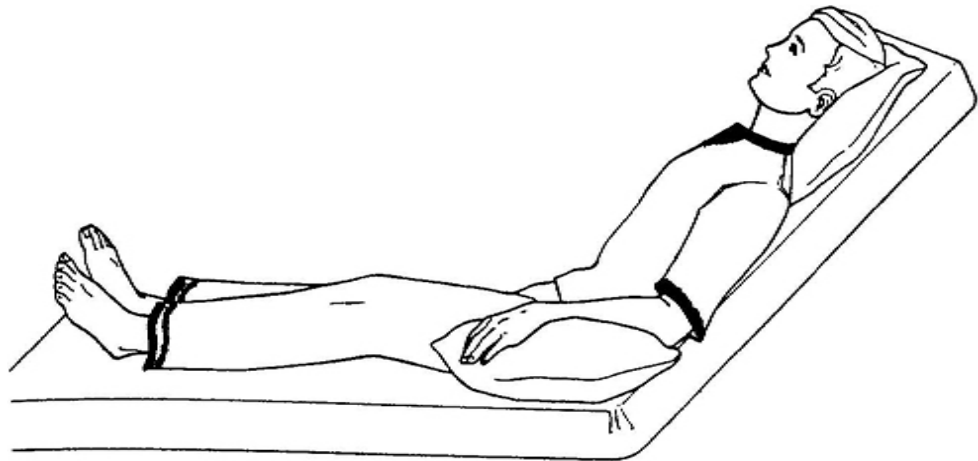
II. Decúbito ventral ou Prona:

- ✓ Após a intubação do paciente, virá-lo para que fique de bruço.
- ✓ Utilizar o apoio de cabeça próprio, apoiando a face do paciente no redistribuidor de pressão, protegendo a testa, nariz, queixo e os olhos, tendo cuidado com o tubo endotraqueal.
- ✓ Colocar coxins em formato de rolos sob as laterais do tórax, e região pélvica, deixando o tórax livre para o movimento respiratório.
- ✓ Atentar para não comprimir as mamas e o pênis.
- ✓ Colocar rodilhas de compressas nos joelhos e coxim sob os tornozelos, para reduzir pressão.
- ✓ Garantir a posição anatômica dos pés.



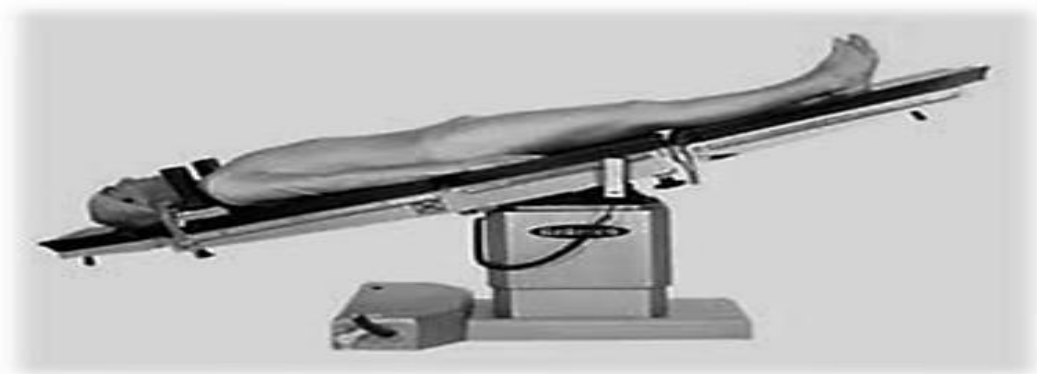
III. Posição sentada ou Fowler:

- ✓ Após a anestesia ajustar a mesa a posição, tendo cuidado de apoiar a cabeça do paciente com rodilha ou apoio próprio, fazendo a contenção da cabeça.
- ✓ Ajustar os braços em uma posição confortável, nas braçadeiras.
- ✓ Colocar travesseiros ou almofada sob a nádega, rodilhas de compressa sob os calcanhares.
- ✓ Fixar o tubo endotraqueal.
- ✓ Proteger os olhos.



IV. Posição de trendelemburg:

- ✓ Colocar o paciente deitado, com os mesmos cuidados da posição dorsal.
- ✓ Conter o paciente com faixas, colocando ombreiras com proteção no mesmo.
- ✓ Ao término da cirurgia, o paciente deverá ser recolocado na posição original devagar para prevenir hipotensão.



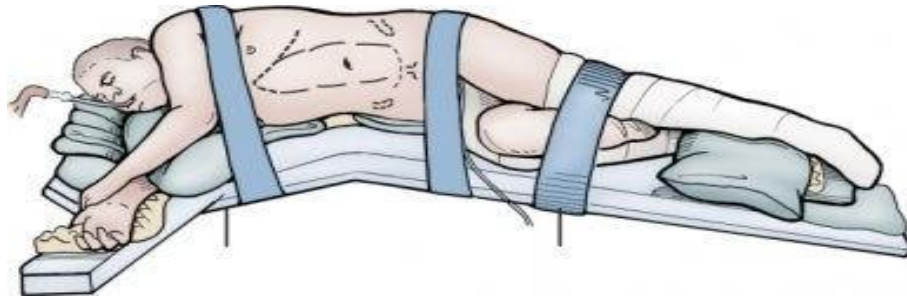
V. Posição ginecológica ou litotômica:

- ✓ Deitar o paciente em decúbito dorsal com as pernas abertas e apoiadas em perneiras protegidas, amarradas para evitar que as mesmas caiam.
- ✓ Apoiar a cabeça com rodilha ou travesseiro apropriado.
- ✓ Alcochoar quadril e nádegas para amenizar compressão.
- ✓ Abrir os braços sobre as braçadeiras forradas e contê-los para não cair.
- ✓ OBS: Ao fim da cirurgia ao retirar as pernas do paciente para retorno a posição original é necessário aviso prévio ao anestesista e massagem nas panturrilhas.



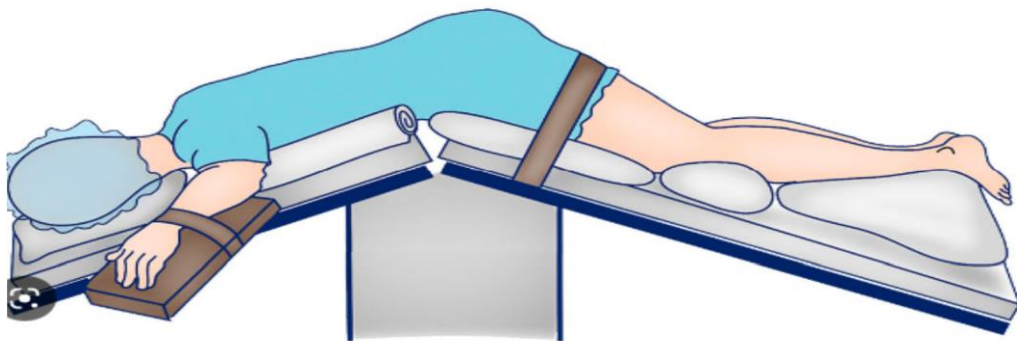
VI Posição renal:

- ✓ Posicionar o paciente em decúbito lateral, sobre o lado oposto ao do procedimento, com as costas próximas ao bordo da mesa.
- ✓ Flexionar a perna inferior, com a superior sobre ela estendida e entre elas travesseiros, campos e o lençóis, prevenindo compressão circulatória.
- ✓ Apoiar os braços em suportes duplos, acolchoando a região da axila para aliviar pressão do plexo.
- ✓ Elevar o segmento pilet da mesa correspondente a região renal ou colocar um coxim que deverá ser servistoriado pelos cirurgiões.
- ✓ Inclinar a mesa para baixo em direção à cabeça.
- ✓ Prender o quadril com faixa ou esparadrapo para evitar quedas.
- ✓ Apoio para as regiões anterior e posterior do troco para estabilização.



VII Posição de jackknife (canivete):

- ✓ Deitar o paciente de bruços com a cabeça lateralizada sobre rodilha para não comprimir a orelha.
- ✓ Posicionar a pelve sobre a junção inferior a mesa.
- ✓ Repousar os quadris do paciente sobre travesseiro ou coxim (de acordo com o cirurgião) quebrando o segmento da mesa correspondente aos mesmos em até 90 graus.
- ✓ Inclinar toda a mesa para baixo mantendo os quadris elevados.
- ✓ Afastar as nádegas com tiras de esparadrapos fixadas nas laterais da mesa.
- ✓ Braçadeiras invertidas para a parte da frente da mesa para o apoio dos braços.
- ✓ Cxim sob os tornozelos ,coxins na laterais do torax e ombros para evitar a compressão do torax.



VIII Posição lateral ou de Sims:

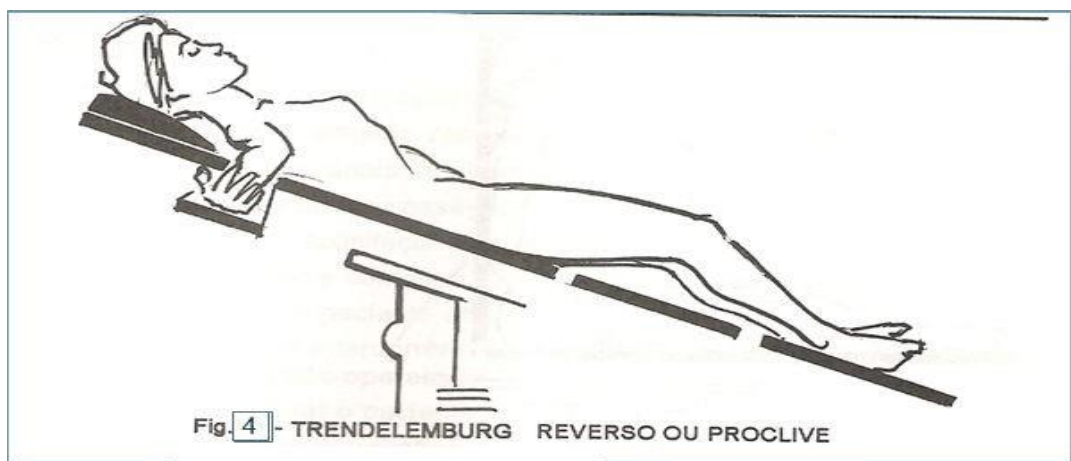
- ✓ Seguir os três primeiros itens da posição renal;
- ✓ Proteger as laterais dos pés, com lençóis e ou campos, evitando pressão;
- ✓ Após o posicionamento conter o paciente com faixas para evitar quedas



POSIÇÃO SIMS

IX Posição proclive:

- ✓ Todos os cuidados da posição trendelenburg;
- ✓ Colocar faixas de contenção para evitar quedas.



IV. Siglas e Definições

N.A

| ESCORE ITENS | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|
| TIPO DE POSIÇÃO CIRÚRGICA | Litotômica | Prona | Trendelemburg | Lateral | Supina |
| TEMPO DE CIRURGIA | Acima de 6h | Acima de 4h até 6 horas | Acima de 2h até 4 horas | Acima de 1h até 2h | Até 1 h |
| TIPO DE ANESTESIA | Geral + regional | Geral | Regional | Sedação | Local |
| SUPERFÍCIE DE SUPORTE | Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas | Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão | Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma | Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins viscoelástico | Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico |
| POSIÇÃO DOS MEMBROS | Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90° | Elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90° | Elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço sem alinhamento- externo | Abertura dos membros superiores < 90° | Posição Anatômica |
| | Lesão por | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| COMORBIDADES | pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda | Obesidade ou desnutrição | Diabetes mellitus | Doença vascular | Sem comorbidades |
| IDADE DO PACIENTE | > 80 anos | Entre 70 e 79 anos | Entre 60 e 69 anos | Entre 40 e 59 anos | Entre 18 e 39 anos |
| Total | | | | | |

V. Anexos

NA.

VI. Referências

- 1- SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas Recomendadas: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização - 7ed. rev. E atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: 2017.
- 2- Menezes S, Rodrigues, R, Tranquada, R, Müller S, Gama K, Manso T. Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco. Acta Med Port 2013 Jan-Feb;26(1):12-
- 3- 16. Disponível em:
- 4- <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4006/320>> Acesso em: 14 jun 2019.
- 5- Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Escala criada por enfermeira avalia risco de lesão decorrente da posição da cirurgia, 2017. Disponível em: . Acesso em: 21 jan 2019
- 6- Organização Mundial da Saúde - OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de

Vigilância Sanitária, 2009.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 Data: 09/02/2022 |

Introdução

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS), do Conselho Regional de Serviço Social (CRSS), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

Promover e prestar assistência a saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VISÃO - 2025

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

| | | | | | |
|--|-------------|---------|---------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável | Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 | Data: 09/02/2022 |

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dos pacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS OBJETIVOS

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço de Social englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

FINALIDADES

Art. 1º O Serviço Social tem por finalidades:

- I. Desempenhar atividade profissional visando o enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional em uma perspectiva totalizante a fim de viabilizar o acesso aos direitos e aos meios de exercê-lo, contribuindo para que as necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública, afirmando o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais.
- II. Promover o crescimento e desenvolvimento da Equipe do Serviço Social através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando os princípios éticos com dedicação e compromisso;
- III. Valorizar o profissional do Serviço Social, através de estratégias e programas voltados à educação permanente e a organização profissional;
- IV. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço Social do Hospital HUGO está vinculada ao Diretor Presidente.

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 Data: 09/02/2022 |

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Social está assim classificado:

I. Assistente Social.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Lei Nº 8.662/93 e Código de Ética do Assistente Social vigente. Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) paraconsultade todos os colaboradores.

Fica estabelecido **a todos** os Colaboradores do Serviço de Social as seguintes **competências organizacionais** bem como seus respectivos indicadores:

| COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL | INDICADORES |
|----------------------------|---|
| HUMANIZAÇÃO | <p><i>Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. |
| COMPROMETIMENTO | <p><i>Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dedicar-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. |
| ÉTICA | <p><i>Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. |

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 Data: 09/02/2022 |

Além da competência técnica referente à função:

| COMPETÊNCIA TÉCNICA | | INDICADORES |
|---------------------|--|---|
| TÉCNICA | <i>Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. |

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

| COMPETÊNCIA LIDERANÇA | | INDICADORES |
|------------------------------------|--|---|
| RESILIÊNCIA | <i>Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. |
| PLANEJAMENTO | <i>Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. |
| COMPROMISSO COM A QUALIDADE | <i>Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. |
| COMUNICAÇÃO | <i>Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. |

| | | | | | |
|--|-------------|---------|---------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável | Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 | Data: 09/02/2022 |

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º. A Serviço Social compete:

- I. Receber clientes/pacientes, familiares, acompanhantes e públicos em geral;
- II. Acolher clientes/pacientes, familiares e acompanhantes de forma humanizada;
- III. Conhecer as diretrizes institucionais, políticas normativas, protocolos e fluxos;
- IV. Seguir normas e rotinas estabelecidas na unidade de atendimento;
- V. Escutar de forma qualificada a demanda;
- VI. Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa durante o atendimento;
- VII. Atentar para sinais de gravidade ou piora significativa dos cliente/paciente e comunicar;
- VIII. Priorizar cliente/paciente seguindo o Protocolo de Manchester;
- IX. Garantir a segurança do clientes/pacientes, de acordo com Plano de Segurança do Paciente (PSP);
- X. Iniciar as medidas preventivas mediante os riscos assistenciais;
- XI. Preencher formulários, livros e relatórios diariamente e sempre que necessário;
- XII. Desempenhar atividades administrativas e assistenciais;
- XIII. Registrar os atendimentos no prontuário eletrônico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos clientes/pacientes e famílias, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no livro de relatório profissional;
- XIV. Realizar juntamente com as equipes multidisciplinares da assistência, processos de referência e contrarreferência dos clientes/pacientes, famílias e acompanhantes atendidos na unidade, de forma humanizada, responsável e segura, no que se refere

| | | | | | |
|--|-------------|---------|---------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável | Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 | Data: 09/02/2022 |

aos aspectos sociais;

XV. Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 5º. Requisitos por categoria profissional:

I. Assistente Social:

- a. Registro profissional no Conselho Regional de Serviço Social;
- b. Experiência profissional comprovada;
- c. Trabalhar em equipe;
- d. Trabalhar de acordo com o Código de Ética e demais legislações, bem como normas, rotinas e protocolos institucionais;
- e. Uso de crachá e registro de ponto eletrônico rigorosamente;
- f. Ser pontual e assíduo.

II. Assistente Social quando exercendo as atividades de Assistente Social RT compete ainda:

- a. Registro profissional no Conselho Regional de Serviço Social;
- b. Conhecimento técnico e científico;
- c. Desejável experiência profissional comprovada;
- d. Conhecer e praticar o Código de Ética dos profissionais do Assistente Social, organização do processo de trabalho do Hospital e outras legislações em vigor;
- e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe.

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. Ao Assistente Social compete:

- I. Dar assistência ao usuário no que se refere às seguintes demandas: clientes/pacientes em situação de vulnerabilidade social; Conflitos familiares; Não adesão ao tratamento; Vítima ou suspeita de violência; Pacientes desacompanhados, sem familiares e sem identificação;
- II. Prestar orientações e articular com a rede transferência de pacientes que necessitam de tratamento fora do domicílio;
- III. Articular com as equipes da prefeitura para trabalhar as internações domiciliares;

Título: Regimento Interno do Serviço Social

Responsável:
Serviço Social

Responsável

Técnico

Código: RI SSO 001

Revisão: 01

Data: 09/02/2022

IV. Avaliar e liberar demandas que fogem as regras da unidade como, por exemplo, necessidade de troca fora de horário;

V. Demonstrar pronto atendimento nas seguintes situações: Crianças e adolescentes sem acompanhante; Vítimas de violência doméstica ou abuso sexual; Usuários encaminhados para

tratamento fora do domicílio; Casos que necessitam de intervenção de órgãos responsáveis; Usuários sem documentos de identificação; Óbito sem localização de família ou outros vínculos;

VI. Preencher formulários e planilha de produtividade;

VII. Monitorar as ações em desenvolvimento: Busca Ativa; Demanda Espontânea e Projeto Acolher;

VIII. Pesquisar a realidade social de seu entorno, realizando estudos sócio-econômicos, pesquisando os interesses do público-alvo, o perfil do usuário, seu nível de satisfação, as características da área de atuação; estudar a viabilidade de projetos propostos pela organização; coletar e organizar dados;

IX. Planejar, executar e avaliar pesquisas, que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais junto à organização;

X. Promover ação investigativa e interventiva, considerando a autonomia do cliente/paciente como sujeito principal no processo decisório, nas seguintes atividades: acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais nas circunstâncias de urgência/emergência, alta e atendimento domiciliar;

XI. Realizar pesquisa sobre os determinantes sociais, caracterizando-a e interpretando os resultados obtidos como elemento de reflexão e de ação ante as questões do cotidiano dos clientes/pacientes, contribuindo também, para a redefinição da prática profissional;

XII. Tomar providências, e prestar orientação social aos pacientes e executar procedimentos técnicos, como: registro de atendimentos, pareceres técnicos, investigação social, elaborar ofícios.

XIII. Conceder informações sobre as normas e rotinas estabelecidas pela unidade aos clientes/pacientes, famílias e acompanhantes;

XIV. Atender e orientar o usuário cliente/paciente, familiar e acompanhante em relação à alta;

XV. Viabilizar o direito de acompanhante aos pacientes respaldados por Lei;

XVI. Localizar familiar(es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono;

XVII. Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;

Título: Regimento Interno do Serviço Social

Responsável:
Serviço Social

Responsável

Técnico

Código: RI SSO 001

Revisão: 01

Data: 09/02/2022

XVIII. Atender e acompanhar sistematicamente os clientes/pacientes, famílias e acompanhantes que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;

XIX. Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, comunidade e equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;

XX. Zelar pelos equipamentos e materiais disponibilizados para a realização das atividades;

XXI. Zelar pela ética profissional e demais legislações;

XXII. Manter a ordem e limpeza no setor.

Art. 7º. Ao Assistente Social quando exercendo as atividades de Assistente Social RT compete ainda:

I. Coordenar a equipe de assistente social da respectiva unidade;

II. Participar do processo de seleção, treinamento e integração de novos colaboradores;

III. Administrar, planejar, organizar, supervisionar e avaliar o processo assistencial do serviço social, alinhando-a com a gestão da unidade;

IV. Promover a integração do assistente social de modo multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar;

V. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais de saúde;

VI. Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos da unidade;

VII. Realizar o dimensionamento de pessoal de assistente social, conforme o disposto na resolução vigente;

VIII. Realizar reuniões periódicas com a equipe de assistente social, com registro em ata;

IX. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Legislação do Exercício Profissional, Código de Ética e Código Penal Brasileiro;

X. Melhorar o fluxo de pacientes com conseqüente redução do tempo de espera para ser atendido;

XI. Mantendo atenção focada na utilização de recursos disponíveis, evitando desperdícios e danos com manutenção;

XII. Manter controles estatísticos e criteriosos dos pacientes, como instrumentos geradores de dados e informações necessárias à movimentação dos pacientes na unidade, monitoramento do desempenho setorial e ações de âmbitos decisórios;

XIII. Identificar e priorizar as necessidades da unidade, estabelecendo um planejamento a curto, médio e longo prazo, no atendimento aos objetivos propostos;

XIV. Planejar, elaborar e avaliar programas, projetos e planos sociais na área de

Título: Regimento Interno do Serviço Social

Responsável:
Serviço Social

Responsável

Técnico

Código: RI SSO 001

Revisão: 01

Data: 09/02/2022

atuação profissional;

XV. Criar Protocolos e Procedimentos Operacional Padrão (POP) que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço Social do Hospital manterá plantão nas 12h diurnas, sendo:

I. Diarista: **4 PROFISSIONAIS** de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

II – 1 Assistenrte social RT

§ Nos horários de café, almoço e descanso noturno os Colaboradores deverão se organizar de forma a não deixar o setor sozinho.

§ Ao colaborador será concedida na escala pausa de 15 minutos, conforme demanda de atividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Respeitar hierarquia;

II. Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

III. Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da instituição;

IV. Informar a chefia imediata às irregularidades que tomar ciência em razão do cargo;

V. Tratar com urbanidade as pessoas;

VI. Atender aos clientes/pacientes, comunidade e ao público em geral, prestando as informações

| | | | | | |
|--|-------------|---------|---------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável | Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 | Data: 09/02/2022 |

requeridas, ressalva as de ordem médicas e as protegidas em sigilo;

- VII. Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições seja referente ao usuário ou da instituição;
- VIII. Usar como traje de trabalho jaleco ou uniforme próprio oferecido pela unidade, roupas não transparentes, não apertadas, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas com esmalte íntegro e não usar adornos, obedecendo a Norma Reguladora (NR) 32.
- IX. Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;
- X. Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;
- XI. Ser pontual e assíduo, permanecendo no local de trabalho e cumprindo os horários pré-estabelecidos;
- XII. Representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder;
- XIII. Registrar ponto de forma rigorosa;
- XIV. Participar dos treinamentos propostos;
- XV. Usar o crachá.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. O colaborador Serviço Social não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 11. A passagem de plantão é obrigatória devendo ser realizada no setor.

Art. 12. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Presidente.

Art. 13. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço Social, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 14. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| REGIMENTO INTERNO - RI | | | |
| Título: Regimento Interno do Serviço Social | | | |
| Responsável: Serviço Social | Responsável Técnico | Código: RI SSO 001 | Revisão: 01 Data: 09/02/2022 |

Art. 15. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇÕES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistemático de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

RI - Regimento Interno

COFSS - Conselho Federal

Serviço Social **CORSS** -

Conselho Regional Serviço

Social **RT** - Responsável

Técnico

PEC - Perfil Estruturado por

Competências **GCPEC** -

Sistema de Gestão por

Competências **SIGQUALI** -

Sistema Gestão Qualidade

Título: Regimento Interno do Serviço Social**Responsável:**
Serviço Social

Responsável

Técnico

Código: RI SSO 001**Revisão:** 01**Data:** 09/02/2022

PSP - Plano de
Segurança do

Paciente **PNH** - Política

Nacional de

Humanização **NR** -

Norma Reguladora

POP - Procedimento Operacional Padrão

PRS - Procedimento Sistemático

RH - Recursos Humanos

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.662, de 13 de março de 1993. Dispõe sobre Regulamentação da Profissão e Código de Ética do/a Assistente Social. Presidência da República, Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 27 de dez. 2021.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.

INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O cuidado ao paciente hospitalizado depende da interação do trabalho multiprofissional, que é resultado da soma de pequenos cuidados parciais que, se somados, resultam em melhora mais rápida do paciente e redução do tempo de internação.

A assistência prestada pela equipe multiprofissional é justificada por uma busca de interação de processos e saberes objetivando uma assistência integral e resolutiva aos nossos pacientes, em caráter ambulatorial e hospitalar.

Essa equipe é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, dentista, assistentes sociais, entre outros, e trabalha de forma colaborativa para fornecer uma abordagem abrangente e holística no cuidado dos pacientes.

O hospital de Atenção Especializada tem por finalidades prestar assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, dentro das especialidades de sua competência, com qualidade e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de ser um modelo de excelência na assistência a saúde da população.

Na equipe multidisciplinar, existe uma necessidade de comunicação mais próxima, troca de informações, cooperação e, principalmente, inter-relação entre os diferentes profissionais. Nesse sentido, a integração da equipe de saúde é peça chave para o sucesso.

Os profissionais envolvidos prezam pela troca de experiências, pelo diálogo, pelo comprometimento e pela participação ativa para fazer com que o trabalho ocorra da melhor maneira possível, trazendo o melhor resultado e experiência para o paciente.

Desta forma possibilitam um menor tempo de internação dos pacientes, também traz maior índice de satisfação das pessoas com os serviços prestados. Isso porque ela possui a sua formação centrada nas necessidades do paciente, interessado na sua recuperação e também no crescimento profissional de seus integrantes.

O trabalho da Equipe Multiprofissional será realizado por meio da colaboração interdependente, da comunicação aberta e da tomada de decisão compartilhada.

A Equipe Multiprofissional tem por finalidade:

- ✓ Promover periodicamente reuniões com a equipe de trabalho, visando aperfeiçoar as rotinas desenvolvidas nas demais unidades.
- ✓ Assessorar as Unidades Assistenciais na implantação das normas e rotinas e dos protocolos assistenciais.

- ✓ Assessorar a prestação da assistência da área responsável em todos os setores de atendimentos do hospital em quantidade e qualidade desejável, juntamente com os Responsáveis Técnicos.
- ✓ Estabelecer as diretrizes da assistência em consonância com as diretrizes da gestão do cuidado.
- ✓ Realizar diagnóstico situacional da área responsável, alinhado ao PDE do HMTJ.
- ✓ Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre as profissionais da área responsável e demais profissionais do hospital, bem como destes com a equipe de governança.
- ✓ Produzir e disponibilizar relatórios de atividades, dados e informações concernentes a sua área de atuação.
- ✓ Validar, juntamente com o responsável técnico de cada profissão, as escalas mensais de jornada de trabalho dos colaboradores.
- ✓ Realizar gestão compartilhada com demais chefes de unidades onde a equipe multiprofissional realiza sua jornada de trabalho.

Composição:

O Serviço Multiprofissional é uma unidade de trabalho composta por profissionais de diferentes áreas como Nutrição, Fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, dentista, que atuam de forma integrada e complementar no cuidado e assistência aos usuários, promovendo a abordagem interdisciplinar e a troca de conhecimentos e experiências.

A composição da equipe deverá ser definida de forma a contemplar uma variedade de saberes e habilidades, visando a complementaridade e a abrangência dos cuidados.

No HUGO a equipe multidisciplinar visa melhorar a comunicação entre os profissionais e unir pessoas em busca de um propósito, que varia de acordo com cada caso específico. Sendo assim, esse time tem uma comunicação bem próxima e consegue trocar informações, tornando-se fundamental para a aceleração da melhora do quadro referente ao paciente tratado.

O Serviço Multiprofissional pauta-se nos seguintes princípios:

- Integralidade: oferecer atendimento completo e abrangente, considerando a complexidade e as necessidades individuais dos usuários;

- Interdisciplinaridade: promover a colaboração e o diálogo entre os profissionais de diferentes áreas, visando a construção conjunta do conhecimento;
- Equipe multiprofissional: reunir profissionais de diferentes formações para a realização de ações integradas e complementares;
- Humanização: promover o acolhimento, respeito e empatia no cuidado aos usuários;
- Ética: atuar com ética profissional, respeitando os princípios e normas das respectivas profissões.

Organização e Funcionamento do hospital:

O Serviço Multiprofissional terá um profissional designado como coordenador, responsável por articular e organizar as atividades da equipe, promover a integração e o diálogo entre os membros, e representar o serviço junto à instituição. O coordenador será escolhido pelos membros da equipe, preferencialmente por meio de eleição.

Reuniões e Tomada de Decisão - A equipe do Serviço Multiprofissional deverá realizar reuniões periódicas para discussão de casos, planejamento das ações e troca de experiências. As decisões serão tomadas de forma democrática, levando em consideração o posicionamento de todos os membros da equipe, com respeito à diversidade de opiniões.

Integração com outros Serviços - O Serviço Multiprofissional deverá estabelecer mecanismos de integração e articulação com outros serviços e setores da instituição, visando a complementaridade e a ampliação do cuidado aos usuários. A comunicação e o trabalho em rede serão valorizados para garantir a continuidade e a integralidade do atendimento.

Atuação Profissional - Os profissionais integrantes do Serviço Multiprofissional serão responsáveis por:

- Contribuir com seus conhecimentos e habilidades específicas para o cuidado integral aos usuários;
- Participar das reuniões e atividades de capacitação promovidas pela equipe;
- Realizar registros adequados das atividades desenvolvidas, visando a garantia da qualidade e a continuidade do cuidado;
- Respeitar a autonomia dos usuários, promovendo a participação ativa e o compartilhamento de decisões relacionadas ao seu cuidado;
- Atuar em conformidade com os princípios éticos e normas de suas respectivas profissões.

Capacitação e Atualização - O Serviço Multiprofissional deverá promover a capacitação e a atualização dos profissionais que o compõem, visando o aprimoramento de suas práticas e a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias. Serão realizadas atividades de educação permanente, tais como cursos, treinamentos e discussões de casos.

Avaliação e Monitoramento - O Serviço Multiprofissional estabelecerá mecanismos de avaliação e monitoramento contínuo de suas atividades, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços prestados. Serão realizadas análises periódicas dos resultados alcançados, identificação de pontos de melhoria e definição de estratégias para o aprimoramento do cuidado.

ATRIBUIÇÕES POR CATEGORIA

Ao Serviço Social compete:

1. orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;
2. Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
3. Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;
4. Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;
5. Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;
6. Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;
7. Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;
8. Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;
9. Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
10. Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e funcionários;
11. Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;
12. Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
13. Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;

14. Participar com os demais membros da equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;

Ao Serviço de Fisioterapia compete:

1. Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes em regime ambulatorial;
2. Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:
3. Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cárdio-respiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneração osteo-articular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:
4. Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Ao Serviço de Nutrição e Dietética, compete:

1. Definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;
2. Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
3. Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;
4. Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;
5. Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;
6. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;
7. Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de

gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da instituição;

8. Prestar assistência nutricional junto ao Corpo Clínico do hospital com relação à prescrição dietoterápica a serem servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da Instituição;

9. Prestar orientações dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos pacientes internados, de ambulatório e funcionários da Instituição;

10. Manter um sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos pacientes;

11. Acompanhar o tratamento dos pacientes após a avaliação clínica, com a evolução dietoterápica;

12. Desenvolver programas de treinamento para todas as categorias do pessoal da nutrição;

Ao Serviço de Psicologia compete:

1. Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/ paciente;

2. Atendimento psicológico ambulatorial

3. Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação;

4. Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;

5. Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advém desta situação; Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;

6. Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporal a fim de aceitar melhor seu novo estado físico

7. Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações;

Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

1. Realizar os procedimentos de terapia ocupacional nos pacientes em regime ambulatorial a indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos.
2. Ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.
3. Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

1. Atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação e tratamento;
2. Reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos;
3. Participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticas que levem ao bom prognóstico;
4. Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiológicos precocemente; retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção,
5. Mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e evitando reinternações por infecções respiratórias;
6. Estimular e agilizar a alta hospitalar, com os menores danos possíveis ao indivíduo no seu retorno à sociedade, diminuindo inclusive os custos da hospitalização.
7. Manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;
8. Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
9. Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
10. Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos

técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

11. Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Ao serviço de odontologia compete:

1. Atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização;
2. Prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação hospitalar, ambulatorial, domiciliar, urgência, emergência inclusive com suporte básico de vida e críticos;
3. Atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
4. Aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar;
5. Elaborar projetos de natureza científica e técnica, realizar pesquisas e estimular ações que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar;
6. Atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar.

Recursos Humanos por categoria profissional, carga horaria.

| CENTRO DE CUSTOS | FUNÇÃO / ESPECIALIDADE | CARGO | HORARIO | FORMA PLANTÃO | QDE DIA | QDE TOTAL |
|-----------------------|---------------------------------------|---|---------|---------------|---------|-----------|
| Psicologia | Apoio Assistencial | Psicólogo RT | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Psicologia | Apoio Assistencial | Psicólogo Clínico | Dia | Diarista | 5 | 5 |
| Fonoaudiologia | Apoio Assistencial | Fonoaudiólogo RT | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Fonoaudiologia | Apoio Assistencial | Fonoaudiólogo | Dia | Diarista | 3 | 3 |
| Fisioterapia | Apoio Assistencial | Fisioterapeuta RT | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Fisioterapia | UTI 1 (12 leitos) + UTI 4 (08 leitos) | Supervisor dos Serviços de Fisioterapia | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Fisioterapia | UTI 1 (12 leitos) | Fisioterapeuta | Dia | 12x60 | 1 | 3 |
| Fisioterapia | UTI 1 (12 leitos) | Fisioterapeuta | Noite | 12x60 | 1 | 3 |
| Fisioterapia | UTI 2 (20 leitos) | Supervisor dos Serviços de Fisioterapia | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Fisioterapia | UTI 2 (20 leitos) | Fisioterapeuta | Dia | 12x60 | 2 | 6 |
| Fisioterapia | UTI 2 (20 leitos) | Fisioterapeuta | Noite | 12x60 | 2 | 6 |
| Fisioterapia | UTI 3 (17 leitos) | Supervisor dos Serviços de Fisioterapia | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Fisioterapia | UTI 3 (17 leitos) | Fisioterapeuta | Dia | 12x60 | 2 | 6 |
| Fisioterapia | UTI 3 (17 leitos) | Fisioterapeuta | Noite | 12x60 | 1 | 3 |
| Fisioterapia | UTI 4 (08 leitos) | Fisioterapeuta | Dia | 12x60 | 1 | 3 |
| Fisioterapia | UTI 4 (08 leitos) | Fisioterapeuta | Noite | 12x60 | 1 | 3 |
| Fisioterapia | Unidade de Internação | Supervisor dos Serviços de Fisioterapia | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Fisioterapia | Unidade de Internação | Fisioterapeuta | Dia | 12x60 | 3 | 9 |
| Fisioterapia | Apoio Assistencial | Terapia ocupacional | Dia | Diarista | 2 | 2 |
| UTI Adulto 1 | Ondontologia RT/ Rotina | Cirurgião Dentista Clínico Geral | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| UTI Adulto 1 | UTI/ Enfermarias/ Ambulatório | Cirurgião Dentista Clínico Geral | Dia | 12X36 | 3 | 6 |
| Nutrição Clínica | Apoio Assistencial | Nutricionista RT | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| Nutrição Clínica | Apoio Assistencial | Nutricionista | Dia | 12X36 | 4 | 8 |
| Agência Transfusional | Agência e Anatomia | Bioquímico RT | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Tutor | Fisioterapeuta | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Preceptorial | Fisioterapeuta | Dia | Diarista | 4 | 4 |
| COREME/ COREMU | Tutor | Fonoaudiólogo | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Preceptorial | Fonoaudiólogo | Dia | Diarista | 4 | 4 |
| COREME/ COREMU | Tutor | Nutricionista | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Preceptorial | Nutricionista | Dia | Diarista | 4 | 4 |
| COREME/ COREMU | Tutor | Psicólogo Clínico | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Preceptorial | Psicólogo Clínico | Dia | Diarista | 4 | 4 |
| COREME/ COREMU | Coordenador | Cirurgião Dentista Clínico Geral | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Tutor (Campo) | Cirurgião Dentista Clínico Geral | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Tutor (Núcleo) | Cirurgião Dentista Clínico Geral | Dia | Diarista | 1 | 1 |
| COREME/ COREMU | Preceptorial | Cirurgião Dentista Clínico Geral | Dia | Diarista | 4 | 4 |



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima

As parcerias com Organizações Sociais (OS) representam um novo modelo de gestão de serviços de relevância pública previsto na Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998 e muitas Leis Estaduais e Municipais.

Esse modelo permite aos Estados e Municípios a publicização de serviços públicos não exclusivos de Estado a entidades do terceiro setor (regidas pelo regime jurídico de direito privado e sem fins lucrativos) que assumem a responsabilidade de gerenciar projetos, serviços e espaços públicos, seguindo as definições de políticas públicas determinadas pelo governo.

A transferência de tais serviços, entretanto, não exime o administrador público da responsabilidade de definir a política pública de cada área específica assim como de financiar, monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas pelas Organizações Sociais, pois mantém o dever de garantir que os serviços sejam prestados na quantidade e qualidade definidos no Contrato de Gestão celebrados entre as partes.

As Organizações Sociais têm a obrigação de prestar contas relativas aos recursos públicos utilizados na contratação de pessoal e serviços para o cumprimento das metas contratuais e também sobre os recursos repassados para a própria entidade como forma de reembolso de despesas administrativas inerentes à execução dos Contratos de Gestão.

O objetivo central da centralização das despesas administrativas é reduzir a despesa individual com cada contrato de gestão, unificando processos que poderão ser rateados entre as unidades, com ganho em escala econômica e economicidade. Assim, as entidades qualificadas como Organizações Sociais e que mantém diversos Contratos de Gestão em diferentes unidades da federação podem utilizar-se, com vantagens para o poder público, de estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos humanos, gestão financeira e contábil, gestão de suprimentos, entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto de cada um dos Contratos de Gestão, consolidando tais atividades em uma unidade de operação principal.

A sede administrativa do HMTJ opera nos moldes de um Centro de Serviços Compartilhados (CSC) que centraliza a orientação dos serviços realizados pelas suas unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público.

A sede administrativa centraliza, contrata, coordena e remunera profissionais e serviços, contratados direta ou indiretamente, que prestam assessoria para todas as suas filiais e serviços de saúde gerenciados. Trata-se de uma forma de tornar a administração pública mais ágil, econômica e padronizada.

São considerados para rateio de despesas setores que não tenham duplicidade de atividades com os serviços realizados localmente nas unidades gerenciadas pelo HMTJ, ou seja, atividades centralizadas na sede e passíveis de rateio entre as unidades, como a gestão de Recursos Humanos, Departamento pessoal, Comunicação Institucional, departamentos Financeiro, Contabilidade, Contratos, Jurídico, Suprimentos e Tecnologia da Informação e Qualidade, de onde são emitidas as diretrizes para realização das atividades no local. Dentre os serviços prestados, alguns possuem representatividade direta na unidade por meio de setores e/ou funções específicas.

Na matriz os setores que fazem interface com a unidade são:

- ✓ O setor de Recursos Humanos e Departamento pessoal, são responsáveis dentre várias atividades, pela Política de Gestão de Pessoas, Recrutamento e Seleção, Acompanhamento Funcional, Avaliações de Desempenho, Cargos e Salários, Treinamento e Desenvolvimento, Desligamento de Pessoal, Folha de Pagamento e Ponto Biométrico.
- ✓ O setor do SESMT é responsável pelos exames ocupacionais, equipamentos de proteção individual, gestão da CIPA, elaboração de documentos como PCMSO e PPRA, programas de qualidade de vida, participação em comissões, controle de vacinas, controle de atestados médicos e demais afastamentos por motivo de saúde.
- ✓ O setor de custos é o responsável pelo controle orçamentário da unidade e prestação de contas dos serviços prestados conforme pré-estabelecido pelo contratante.
- ✓ O setor de suprimentos, é o responsável pela cotação e aquisição de materiais médicos, hospitalares, de escritório e medicamentos.
- ✓ O setor de comunicação é responsável por toda identidade visual, além controle das mídias sócias e interface com os veículos de comunicação.
- ✓ O setor financeiro é o responsável pela gestão financeira, contas a pagar e receber.
- ✓ O setor de auditoria interna é o setor responsável pelas Notas fiscais, bem como pela parte de controle de estoque, inventários e processos de farmácia.
- ✓ O setor de contrato é o responsável por contratar e fiscalizar os serviços terceiros (PJ), bem como fazer acompanhar os contratos de gestão assumidos pela entidade.

- ✓ Ao setor de contabilidade compete cuidar da parte fiscal e contábil, de encargos e impostos.
- ✓ O setor de qualidade cuida da padronização e formalização dos processos de trabalho, gestão de indicadores, e preparação da unidade para auditorias de certificação.
- ✓ O setor de Tecnologia da Informação: Responsável pela gestão dos hardwares e softwares utilizados para funcionamento das unidades.

Destes citados acima, atuam diretamente na unidade representados por setor ou função, o Recursos Humanos/Departamento Pessoal, SESMT, Custos e Qualidade. Todos os demais são executados pela matriz com o apoio da gestão local.

RECURSOS HUMANOS:

Setor encarregado de atividades específicas de contratação do funcionário, pagamento de salários e benefícios, organização de escalas funcionais e horários de trabalho, assim como rescisão contratual dos funcionários.

O objetivo é administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano. Tarefas estratégicas comuns a todas as unidades gerenciadas são o recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de desempenho dos funcionários, treinamento, desenvolvimento e retenção de pessoas entre outras funções, alinhando a estratégia da organização às políticas públicas vigentes.

A entidade mantém na sua equipe profissionais de retaguarda especializados em orientar os diretores dos hospitais quanto à melhor postura a ser adotada em relação ao seu quadro de pessoal, celetista ou terceirizado, a fim de garantir o bom relacionamento interpessoal entre todos os seus funcionários.

Para que tais práticas sejam efetivas, cada uma das unidades mantém em sua estrutura um profissional dedicado cuja atuação se dá em conjunto com a estrutura oferecida pela sede administrativa, responsável pelo estabelecimento das diretrizes institucionais sobre os recursos humanos. Ademais, mantém equipe de assessores especializados que colaboram para o planejamento estratégico e desenvolvimento dos serviços nas diferentes unidades de saúde.

No setor de recursos humanos/Departamento pessoal, temos como quadro mínimo proposto:

- ✓ Um Analista de Recursos Humanos,
- ✓ Um assistente de recursos humanos sênior,
- ✓ Quatro assistentes de recursos humanos, todos com carga horária semanal de 44h.

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL:

Responsável pela elaboração de projetos de sensibilização e divulgação de informações para os colaboradores das Unidades sob Contrato de Gestão, referentes às instruções dos entes públicos sobre regras de funcionamento, políticas, instruções normativas, campanhas educativas e assistenciais. Elaboram layout de material escrito e de apoio como: cartazes, manuais, vídeos institucionais, campanhas em mailing destinadas ao público interno e externo das Unidades.

Para o público interno (funcionários e prestadores de serviço) divulgam informações sobre o funcionamento, informes do departamento de Recursos Humanos, política de acesso à informação, campanhas para melhores práticas assistenciais e vídeos informativos. Para o público externo são responsáveis pelo apoio ao layout de comunicados, identidade visual da Instituição, criação e atualização do site institucional.

Para este serviço não teremos equipe local, ficando a equipe da Sede do HMTJ responsável pelo serviço.

ASSESSORIA JURÍDICA – CONTRATOS:

A assessoria jurídica tem por missão solucionar e prevenir conflitos em todas as áreas do Direito, assessorando a diretoria estatutária e os diretores administrativos das filiais com as informações e serviços legais completos, capazes de garantir ambiente seguro e compatível com as necessidades da entidade.

A sede mantém as contratações de terceiros sob controle do seu jurídico interno e os demais assuntos, como defesas em processos judiciais e pareceres centralizados em assessoria jurídica externa. Além disso é o Setor responsável por coordenar a elaboração dos contratos, termos aditivos, convênios e termos de cooperação, acompanhando a execução contratual junto às unidades técnicas, incluindo o acompanhamento do andamento e tramitação dos pedidos de acréscimo e supressão. Fornece subsídios para

avaliação do acompanhamento das concorrências e dos contratos, possibilitando a adoção de estratégias para a obtenção de melhores resultados. Promove estudos técnicos para orientar a contratação dos principais serviços terceirizados, possibilitando a prática de melhores preços, padronização e unificação na forma da contratação, em conjunto com as Unidades. Para este serviço não teremos colaboradores locais.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT:

O SESMT tem a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Suas regras de constituição e funcionamento encontram-se previstas na Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho n.º 4 – NR 4.

Para este serviço a proposta é de equipe local, seguindo a legislação, com a coordenação da equipe pela Matriz HMTJ.

O SESMT tem como proposta no quadro funcional:

- ✓ Um médico do trabalho com carga horária semanal de 15h,
- ✓ Um Enfermeiro do trabalho com carga horária semanal de 30h,
- ✓ Um engenheiro do trabalho com carga horária semanal de 15h,
- ✓ Um técnico de enfermagem do trabalho com carga horária semanal de 44h,
- ✓ 5 técnicos de segurança do trabalho com carga horária semanal de 44h.

PLANEJAMENTO FINANCEIRO:

Este setor garante o controle do orçamento, identificando oportunidades de redução de custos e investimento em melhores práticas de gestão, e na qualidade e segurança do paciente.

As atividades relacionadas ao setor de custos serão executadas pela Matriz HMTJ e terão apoio da equipe da unidade composta por um assistente administrativo sênior e um assistente administrativo, ambos com carga horária semanal de 44h.

SETOR DE QUALIDADE:

Entre os setores que sustentam a assistência ao paciente no ramo hospitalar, o setor de Qualidade tem um importante papel no apoio das diferentes áreas e na disseminação da cultura de segurança do paciente, uma vez que ela é impulsionadora dos

processos de melhoria contínua e que permeiam toda a instituição hospitalar – contribuindo para caminhos cada vez mais seguros para o paciente, colaboradores e instituição.

O setor da Qualidade possui profissionais especializados em sua sede, e para este projeto foi proposto de quadro mínimo um enfermeiro rotina com a carga horária semanal de 44h e um assistente administrativo Sênior com carga horária semanal de 44h.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO:

Setor responsável pela garantia da informação e atendimento aos pacientes de todas as Unidades sob Contrato de Gestão através da implantação e gerenciamento de sistemas para organização das atividades hospitalares e ambulatoriais: resultados de exames, controle de estoque, controle de entrada e saída de pacientes, entre outros.

Garante a segurança da informação e monitoramento de licenças de softwares responsáveis pela geração de informação aos entes públicos, quais sejam, relatórios de atividades e relatórios financeiros, objetos dos Contratos de Gestão. Além disso, administram os sistemas de geração de informações financeiras, recursos humanos, compras, contratos, abastecimento dos suprimentos, indicadores clínicos, assistenciais, de qualidade e de gestão. Responsável também por zelar pela infraestrutura de tecnologia da informação das Unidades gerenciadas.

Desta forma, apresentaremos abaixo a equipe local que terá como responsabilidade o monitoramento do servidor local e o suporte aos usuários dos sistemas de atendimento.

No setor de Tecnologia da Informação, a proposta de quadro de colaboradores é de:

- ✓ Um supervisor de TI com a carga horária de 44h semanais,
- ✓ Dois técnicos de TI com a carga horária de 44h semanais,
- ✓ Seis técnicos de TI divididos em escala 12x36 em turnos diurno e noturno para acompanhar o funcionamento da unidade durante as 24h.

SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA, RECEPÇÃO E PORTARIA

Ainda se tratando da administração geral da unidade, temos os setores Serviço de Higiene e Limpeza, Recepção e Portaria, que desenvolvem suas atividades com o apoio da Matriz no que diz respeito a implantação dos processos de trabalho.

Para o setor de higiene e limpeza foi proposto um quadro com:

- ✓ 1 supervisor de limpeza com a carga horária de 44h semanais,
- ✓ 4 encarregados de limpeza divididos em escala 12x36 em turnos diurno e noturno para acompanhar o funcionamento da unidade durante as 24h,
- ✓ 94 auxiliares de limpeza também distribuídos em escala 12x36 entre turnos diurno e noturno
- ✓ 5 auxiliares de limpeza diaristas com a carga horária de 44h semanais.

A recepção e portaria, tem como proposta de RH:

- ✓ 1 supervisor de recepção com a carga horária de 44h semanais,
- ✓ 26 recepcionistas divididos em escala 12x36 em turnos diurno e noturno para acompanhar o funcionamento da unidade durante as 24h,
- ✓ 20 porteiros que também estão dispostos em escala 12x36 em turnos diurno e noturno.

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA:

Responsável pelo planejamento da compra de materiais, estudos de disponibilidade de materiais, estratégia de pré-pedido, processamento / controle de requisição, relacionamento entre diferentes setores e funções, controle do recebimento, garantia do cumprimento dos prazos para todas as atividades do gerenciamento de suprimentos. Validação das compras e monitoramento do giro de estoques, além de garantir que o melhor custo benefício seja o fator primordial no processo de compras

Como equipe local teremos na farmácia e almoxarifado um farmacêutico RT, doze farmacêuticos em escala de plantão 12x36 contemplando o serviço por 24h, quarenta técnicos de farmácia dispostos em escala de 12x36 em turnos diurno e noturno, um assistente de almoxarifado sênior, e três assistentes de almoxarifado, sendo ambos como diaristas numa jornada semanal de 44h.

CONTAS MÉDICAS, O FATURAMENTO:

O setor de contas médicas, o faturamento, tem como proposta para execução do serviço na unidade um quadro composto por um assistente de faturamento sênior, três assistentes de faturamento, e quatro auxiliares de faturamento, todos atuando como diaristas numa jornada de trabalho de 44h semanais.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS



FARMÁCIA

Título: Medicamentos Padronizados

| Medicamento | Descrição | Apresentação | Classificação | Subclassificação | Outras funções |
|--|------------|--------------|--|----------------------------------|--|
| A | | | | | |
| AAS (ác. Acetilsalicílico) | 100 mg | Cp | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | AINE | Anti-inflamatório, antipirético, analgésico |
| ACETILCISTEÍNA | 600 mg | Env. | Mucolítico e expectorante | - | Antídoto do paracetamol |
| ACICLOVIR | 200 mg | Cp | Antiviral | Nucleosídeo análogo da purina | Maior atividade contra VHS-1, seguido por VHS-2, VVZ, VEB e CMV. |
| ACICLOVIR | 250 mg | Fr / Amp | Antiviral | Nucleosídeo análogo da purina | Maior atividade contra VHS-1, seguido por VHS-2, VVZ, VEB e CMV. |
| ÁCIDO FÓLICO | 5 mg | Cp | Micronutriente | - | - |
| ÁCIDO TRANEXÂMICO | 50 mg/ml | Cp | Antihemorrágico | - | - |
| ÁCIDO VALPRÓICO* (C1) | 250 mg | Cp | Anticonvulsivante e estabilizante de humor. | - | - |
| ÁCIDO VALPRÓICO* (C1) | 250 mg/5ml | Xrp. 100 ml | Anticonvulsivante e estabilizante de humor. | - | - |
| ADENOSINA | 3mg/ml | Amp/ 2ml | Antiarrítmico | Nucleosídeo | Tratamento da taquicardia supraventricular paroxística. |
| ADDERA D3 (Colecalciferol- Vitamina D3) | 3300 UI/ml | Fr/ gts 10ml | Vitaminas | Micronutriente | - |

Planilha1

| | | | | | |
|----------------------------|-----------|--------------|--|---|---|
| ADRENALINA/EPINEFRINA | 1 mg/ml | Amp/ 1ml | Broncodilatador | Vasopressor agonista dos receptores α e β adrenérgicos-simpaticomimético | - Paradas cardíacas. - Tratamento de reações anafiláticas. - Usado em infusão contínua como suporte hemodinâmico. - Adicionados aos anestésicos locais para diminuir a absorção sistêmica de anestésicos locais e intra-espinais e aumentar a duração da ação. |
| ÁGUA DESTILADA | - | Amp/ 10ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| ÁGUA DESTILADA | - | Fr/ 250ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| ÁGUA DESTILADA | - | Fr/ 500ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| ÁGUA DESTILADA | - | Fr/ 1000ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| ALBENDAZOL | 400 mg | Cp | Antiparasitário | Anti-helmíntico | - |
| ALBOCRESIL (policresuleno) | 12 ml | 12 ml | Antimicrobiano | - | Anti-hemorrágico, cicatrizante |
| ALBUMINA HUMANA | 20,00% | 50ml | Nutrientes por via venosa ou oral | Proteína | -Problemas nos rins - Queimaduras - Problemas no fígado que causam uma diminuição na produção de albumina pelo organismo - Sangramentos graves - Cirrose no fígado |
| ALPROSTADIL | 20 mcg | Fr/Amp 1ml | Vasodilatador | Inibidor de agregação plaquetária | Doença congênita cardíaca dependente de ducto arterioso. |
| ALTEPLASE | 10 mg | Fr/Injetável | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Trombolítico | - |
| ALTEPLASE | 20 mg | Fr/Injetável | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Trombolítico | - |
| ALTEPLASE | 50 mg | Fr/Injetável | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Trombolítico | - |
| AMICACINA | 250 mg/ml | Amp/ 2ml | Antimicrobiano | Aminoglicosídeo | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|---------------------------|-------------------|-----------|------------------|--|---|
| AMINOFILINA | 24 mg/ml | Amp/ 10ml | Broncodilatador | Estimulante do SNC e da musculatura esquelética. | - Crise de Cheyne Stokes. - Insuficiência cardíaca congestiva. - Antiespasmódico (cólicas biliares) - Potencializadora do efeito dos diuréticos em nefropatias com importante componente edematoso.- Vaso-espasmo cerebral. |
| AMIODARONA | 50 mg/ml | Amp/ 3ml | Antiarrítmico | Antiarrítmicos de classe III (bloqueiam os canais de K+) | - |
| AMIODARONA | 100 mg | Cp | Antiarrítmico | Antiarrítmicos de classe III (bloqueiam os canais de K+) | - |
| AMITRIPTILINA * (C1) | 25 mg | Cp | Antidepressivo | Antidepressivo tricíclico | - |
| AMOXACILINA | 250 mg/ 5ml | Susp | Antimicrobiano | Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado | - |
| AMOXACILINA | 500 mg | Cp | Antimicrobiano | Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado | - |
| AMOXACILINA + CLAVULANATO | 1 gr | Fr/ 200mg | Antimicrobiano | - | - |
| AMOXACILINA + CLAVULANATO | 500 mg/ 125mg | Cp | Antimicrobiano | - | - |
| AMOXACILINA + CLAVULANATO | 250mg/62,5mg/5 ml | Susp. | Antimicrobiano | - | - |
| AMPICILINA | 500 mg | Cp | Antimicrobiano | Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado | - |
| AMPICILINA | 500 mg | Fr | Antimicrobiano | Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado | - |
| AMPICILINA | 1g | Fr | Antimicrobiano | Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado | - |
| AMPICILINA + SULBACTAM | 3 gr | Fr | Antimicrobiano | - | - |
| ANLÓDIPINO | 5 mg | Cp | Antihipertensivo | Bloqueador dos canais de Ca+ | Tratamento da isquemia miocárdica. |
| APIXABANA | 2,5 | Cp | Anticoagulante | - | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|---------------------------------|------------|----------------------|----------------------------------|--|--|
| APIXABANA | | 5 Cp | Anticoagulante | - | - |
| ATENOLOL | 50 mg | Cp | Antihipertensivo | Bloqueador beta-1 seletivo | Tratamento de angina e arritmias cardíacas, além de infarto do miocárdio. |
| ATROPINA (Sulfato) | 0,5 mg/ml | Amp/ 1ml | Anticolinérgico/ Antisecretor | Alcalóide | Agente antiespasmódico. |
| AZITROMICINA | 600 mg | Susp | Antimicrobiano | - | - |
| AZATIOPRINA | 50 mg | cp | Imunossupressor | Antimetabólito imunossupressor | Análogo sintético da purina |
| AZUL DE METILENO | 2,00% | Ampola / 2ml | Demarcador Cirúrgico | - | -Antisséptico; - Antídoto para fenazopiridina e nitritos; - Tratamento de metahemoglobinemia; |
| B | | | | | |
| BACLOFENO | 10 mg | Cp | Antiinflamatório | Relaxante muscular (antiespástico) que atua nos receptores GABA a nível medular | - |
| BECLOMETASONA (Dipropionato) | 50mcg/dose | Sol. Nasal / 400 mcg | Anti-inflamatório | Corticosteróide nasal | Tratamento de manutenção da asma e da DPOC; rinite. |
| BICARBONATO DE SÓDIO | 8,4% | Amp/ 10ml | Repositor Eletrolítico | - | Tratamento da alcalinização da urina, prevenção na nefropatia por contraste, uso crônico na insuficiência renal crônica e acidose tubular renal, tratamento da hipercalemia aguda. |
| BICARBONATO DE SÓDIO | 8,4% | Fr/ 250ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| BISACODIL | 5 mg | Cp | Laxante | - | - |
| BROMOPRIDA | 10 mg | Cp | Antiemético | - | - |
| BROMOPRIDA | 10 mg | Amp/ 2ml | Antiemético | - | - |
| BROMOPRIDA | 4mg/ml | Fr/ gts 20ml | Antiemético | - | - |
| C | | | | | |

Planilha 1

| | | | | | |
|------------------------------|-------------|---------------|-------------------|--|---|
| CAFEINA | 20 mg/ml | Amp/ 1 ml | Psicoanalético | Antiapnéico | Tratamento da apneia primária em recém-nascidos prematuros. |
| CAFEÍNA – Manipulado | 5 mg/ml | Frasco | - | Antiapnéico | - |
| CAPTOPRIL | 25 mg | Cp | Antihipertensivo | Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca. |
| CAPTOPRIL | 50 mg | Cp | Antihipertensivo | Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca. |
| CAPTOPRIL - Manipulado | 1 mg/ml | Frasco / 50ml | Antihipertensivo | Antihipertensivo | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca. |
| CAPTOPRIL - Manipulado | 5 mg/ml | Fr/50 ml | Antihipertensivo | Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca. |
| CARBAMAZEPINA * (C1) | 200 mg | Cp | Anticonvulsivante | - | - |
| CARVEDILOL | 3,125 mg | Cp | Antihipertensivo | Bloqueador β 1- α 1 | Tratamento da insuficiência cardíaca congestiva severa. |
| CARVEDILOL | 6,25 mg | Cp | Antihipertensivo | Bloqueador β 1- α 1 | Tratamento da insuficiência cardíaca congestiva severa. |
| CEFALEXINA | 500 mg | Cáps | Antimicrobiano | Cefalosporina- β -lactâmico | - |
| CEFALEXINA | 250 mg/ 5ml | Susp | Antimicrobiano | Cefalosporina de 1ª geração- β -lactâmico | - |
| CEFAZOLINA | 1 gr | Amp | Antimicrobiano | Cefalosporina de 1ª geração | - |
| CEFEPIME | 1 gr | Amp | Antimicrobiano | Cefalosporina de 4ª geração | - |
| CEFTAZIDIMA | 1 gr | Amp | Antimicrobiano | Cefalosporina de 3ª geração | - |
| CEFTRIAXONA | 1 gr | Amp | Antimicrobiano | Cefalosporina de 3ª geração | - |
| CETAMINA (Cloridrato) * (C1) | 50mg/ml | 2ml | Anestésico | Dissociativo não barbitúrico | - |
| CETAMINA (Cloridrato) * (C1) | 50mg/ml | 10ml | Anestésico | Dissociativo não barbitúrico | - |
| CETOCONAZOL | 200 mg | Cp | Antimicótico | Grupo dos azóis | - |
| CETOCONAZOL | 20 mg/g | Cr/ 30g | Antimicótico | Grupo dos azóis | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------|-------------------|---|---|
| CETOPROFENO | 100 mg | Fr IV | Antiinflamatório | AINE | Analgésico e anti-reumático. |
| CIANOCOBALAMINA + TIAMINA + PIRIDOXINA (Citoneurin) | 5000mcg/ml + 100mg/ml + 100/mlmg | Amp/ 1ml | Vitaminas | Polivitamínico | Usado como auxiliar no tratamento de neuralgia e neurite. |
| CICLOFOSFAMIDA | 1000mg | Fr IV | Imunossupressor | Agente nitrogênico do grupo das oxazoforinas | Usado para tratar Lúpus eritematos, desordens auto-imunes e artrites reumáticas. |
| CICLOFOSFAMIDA | 200mg | Fr IV | Imunossupressor | Agente nitrogênico do grupo das oxazoforinas | Obs: Somente será dispensada para pacientes da neurologia e reumatologia |
| CIPROFLOXACINO | 500 mg | Cáps | Antimicrobiano | Quinolona | - |
| CIPROFLOXACINO | 200 mg | Fr/ 100ml | Antimicrobiano | Quinolona | - |
| CITALOPRAM * (C1) | 20 mg | Cp | Antidepressivo | Inibidor seletivo da recaptação de serotonina | Indicado para transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do pânico. |
| CLARITROMICINA | 500 mg | Amp IV | Antimicrobiano | Macrolídeo | - |
| CLARITROMICINA | 500 mg | Cáps | Antimicrobiano | Macrolídeo | - |
| CLINDAMICINA | 600 mg | Amp/ 4ml | Antimicrobiano | Lincosamida | - |
| CLISTER GLICERINADO | 12,00% | Fr/ 500ml | Laxante | - | - |
| CLONAZEPAM * (B1) | 0,5 mg | Cp | Anticonvulsivante | Benzodiazepínico | Transtorno do pânico, ansiedade generalizada, insônia. |
| CLONAZEPAM * (B1) | 2,0 mg | Cp | Anticonvulsivante | Benzodiazepínico | Transtorno do pânico, ansiedade generalizada, insônia. |
| CLONIDINA (Cloridrato) | 150 mcg/ml | Amp/1ml | Antihipertensivo | Agonista adrenérgico de α_2 | Dor neuropática, desintoxicação por opioides, hiperidrose do sono e usos off label para neutralizar os efeitos secundários dos medicamentos estimulantes como metilfenidato ou as anfetaminas. |
| CLONIDINA (Cloridrato)/ Atensina | 0,100 mg | Cp | Antihipertensivo | Agonista Adrenérgico de α_2 | Dor neuropática, desintoxicação por opioides, hiperidrose do sono e usos off label para neutralizar os efeitos secundários dos medicamentos estimulantes como o mertilfenidato ou as anfetaminas. |

Planilha1

| | | | | | |
|--|------------|---------------|--|--|---|
| CLOPIDOGREL (Bissulfato) | 75 mg | Cp | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | - | - |
| CLORETO DE CETILPIRIDÍNIO | 0,5 mg | Fr/ 300ml | Antisséptico | - | - |
| CLORETO DE POTÁSSIO | 19,10% | Amp/ 10ml | Repositor Eletrolítico | - | * 1g de cloreto de potássio contém 13 mEq de potássio |
| CLORETO DE POTÁSSIO | 60 mg/ml | Xarope 100 ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| CLORETO DE SÓDIO | 0,90% | Fr/ 30ml | Descongestionante Nasal Tópico | - | - |
| CLORETO DE SÓDIO | 0,90% | Amp/ 10ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| CLORETO DE SÓDIO | 20,00% | Amp/ 10ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| CLORETO DE SÓDIO | 0,90% | Fr/ 500ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| CLORETO DE SÓDIO | 0,90% | Fr/ 1000ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| CLORETO DE SÓDIO | 0,90% | Fr/ 250ml | Repositor Eletrolítico | - | - |
| CLORETO DE SÓDIO/ CLORETO DE NAFAZOLINA | 0,9%/0,1mg | Fr/ 30ml | Descongestionante Nasal Tópico | - | - |
| CLOREXIDINE (ALMOTOLIA) | 0,12% | Uso Oral | Antisséptico | Composto sintético derivado de uma bisbiguanida. | - |
| CLORPROMAZINA (Cloridrato)* (C1) | 25 mg | Amp | Antipsicótico | Neuroléptico, vagolítico, simpatolítico, sedativo. | - Antiemético - Agente pré-anestésico. - Pode ser associado com barbitúricos no tratamento do tétano. - Analgesia obstétrica e tratamento da eclampsia (avaliar risco benefício). |
| CLORPROMAZINA (Cloridrato)* (C1) | 40 mg /ml | Gts | Antipsicótico | Neuroléptico, vagolítico, simpatolítico, sedativo. | - Antiemético - Agente pré-anestésico. - Pode ser associado com barbitúricos no tratamento do tétano. - Analgesia obstétrica e tratamento da eclampsia (avaliar risco benefício). |
| CODEÍNA + PARACETAMOL * (C1) | 30mg/500mg | Cp | Analgésico | - | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|---------------------------------------|---------------|------------------------|----------------------------------|--|---|
| COLAGENASE + CLORANFENICOL | 0,6 U/0,01g | Pomada-Tubo/ 30g | Cicatrizante | Preparação proteolítica enzimática obtida a partir de culturas do Clostridium histolyticum- agente debridante. | Profilaxia de transplantes cutâneos |
| COMPLEXO B | - | Cp | Vitaminas | - | - |
| COMPLEXO B | - | Amp/ 2ml | Vitaminas | - | - |
| COMPLEXO VITAMÍNICO | - | Fr/ 20 ml | Vitaminas | - | - |
| COMPRESSA COM EMULSÃO DE PETROLATUM | 7,6cm x 7,6cm | Cobertura para feridas | | Úlceras venosas, arteriais ou por pressão. | Ferida cirúrgica. Queimaduras de segundo grau de pequena extensão. Feridas com tecido de granulação. |
| CURATIVO ALGINATO DE CÁLCIO | - | Curativo | - | - | Atua absorvendo o exsudato. |
| CURATIVO ALGINATO DE CÁLCIO COM PRATA | - | Curativo | - | - | Atua absorvendo o exsudato e a prata oferece ação antimicrobiana ao leito da ferida. |
| CUROSURF | 1,5 ml | Fr/ 120mg | Surfactante Pulmonar | - | - |
| CUROSURF | 3,0 ml | Fr/ 240mg | Surfactante Pulmonar | - | - |
| D | | | | | |
| D.A.G.E/ Dersani | Óleo | Fr/ 200ml | Hidratante / Protetor Epidérmico | - | - |
| DELTAMETRINA | Loção 0,02% | Fr/ 100ml | Antiparasitário | Da classe dos piretroídes, atua como pediculicida e escabicida | - |
| DESLANOSIDEO | 0,2 mg/ml | Amp/ 2ml | Cardiotônico | Glicosídeo cardíaco | - |
| DEXAMETASONA | Cr/ 1% | | Corticóide | Corticóide sistêmico | - Anti-inflamatório |
| DEXAMETASONA (Fosfato dissódico) | 4 mg/ml | Amp/ 2,5ml | Corticóide | Corticóide sistêmico | - Anti-inflamatório; Neoplasias ; Edema cerebral; Choque séptico - Antiemético na quimioterapia - Teste diagnóstico (overnight) para síndrome de Cushing - Associada a mineralocorticóides possibilita reposição na insuficiência adrenal. |
| DEXAMETASONA | 4 mg | Cp | Antialérgico | Corticosteróide | Anti-emético, anti-inflamatório |

Planilha 1

| | | | | | |
|------------------------------------|------------|--------------|---------------------------------|--|---|
| DEXCLOFENIRAMINA | 2 mg | Cp | Antialérgico | Anti-histamínico, anti-colinérgico | Sedativo suave |
| DEXCLOFENIRAMINA | 0,4 mg/ml | Susp/ 100ml | Antialérgico | Anti-histamínico, anti-colinérgico | Sedativo suave |
| DIAZEPAM * (B1) | 10 mg | Cp | Anticonvulsivante | Benzodiazepínico | - |
| DIAZEPAM * (B1) | 10mg/ml | Amp/ 2ml | Anticonvulsivante | Benzodiazepínico | - |
| DICLOFENACO SÓDICO | 50 mg | Cp | Antiinflamatório | AINE | Analgésico |
| DICLOFENACO SÓDICO | 75mg/3ml | Amp | Antiinflamatório | AINE | Analgésico |
| DIGOXINA | 0,25 mg | Cp | Cardiotônico | Glicosídeo cardíaco | - |
| DIGOXINA | 0,05 mg/ml | Fr/ 60 ml | Cardiotônico | Glicosídeo cardíaco | - |
| DILTIAZEM | 60 mg | Cp | Vasodilatador | Bloqueador dos canais de cálcio | - |
| DIMENIDRATO+PIRIDOXINA (Dramin B6) | 10 ml | Amp/ 10ml | Antiemético | - | - |
| DIMETICONA | 40 mg | Cp | Antifisético | - | Preparo para exames radiológicos e endoscopias. |
| DIMETICONA | 75 mg/ml | Fr/ 10ml | Antifisético | - | Preparo para exames radiológicos e endoscopias. |
| DIPIRONA SÓDICA | 500 mg | Cp | Analgésico | AINE | Antipirético |
| DIPIRONA SÓDICA | 500 mg/ml | Amp/ 2ml | Analgésico | AINE | Antipirético |
| DIPIRONA SÓDICA | 500 mg/ml | Amp/ 5ml | Analgésico | AINE | Antipirético |
| DIPIRONA SÓDICA | 500 mg | Fr/ gts 10ml | Analgésico | AINE | Antipirético |
| DOBUTAMINA | 12,5 mg/ml | Amp/ 20 ml | Hipertensor / Drogas Vasoativas | Agonista adrenérgico-inotrópico positivo-ação sobre os receptores β 1 e β 2-adrenérgicos. | - |
| DOMPERIDONA | 100 mg | Susp. | Antiemético | Antagonista da dopamina | - |
| DOPAMINA (Cloridrato) | 5 mg/ ml | Amp/ 10 ml | Hipertensor / Drogas Vasoativas | Ação sobre os receptores dopaminérgicos D1 e D2, exercendo efeitos vasodilatadores sobre os receptores β 1 e β 2 e sobre os receptores α , em doses mais altas causando vasoconstrição. | Agonista adrenérgico-inotrópico positivo |

Planilha1

| | | | | | |
|-----------------------|--------------|---------------|--|---|---|
| DROPERIDOL * (C1) | 2,5 mg/ml | Amp/ 2ml | Antiemético | Antagonista da dopamina | Agente antipsicótico. |
| E | | | | | |
| EFEDRINA (Sulfato) | 50 mg/ml | Amp/ 1 ml | Hipertensor / Drogas Vasoativas | α , β agonista | Descongestionante nasal. |
| ENALAPRIL | 10 mg | Cp | Antihipertensivo | Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca. |
| ENALAPRIL | 20 mg | Cp | Antihipertensivo | Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca. |
| ENOXAPARINA (Clexane) | 20 mg/0,2 mL | Seringa 0,2ml | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Heparina de baixo peso molecular | - |
| ENOXAPARINA (Clexane) | 40 mg/0,4 mL | Seringa 0,4ml | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Heparina de baixo peso molecular | - |
| ENOXAPARINA (Clexane) | 60 mg/0,6 mL | Seringa 0,6ml | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Heparina de baixo peso molecular | - |
| EPITEZAN | 3,5 gr | Pom Oftalm | Antimicrobiano para uso tópico | - | - |
| ESCITALOPRAM | 10 mg | Cp | Antidepressivo | Inibidor seletivo da recaptação de serotonina | - |
| ESPIRONOLACTONA | 25 mg | Cp | Diurético | Diurético poupador de potássio- Antagonista da aldosterona. | Hirsutismo |
| ESPIRONOLACTONA | 100 mg | Cp | Diurético | Diurético poupador de potássio- Antagonista da aldosterona. | Hirsutismo |
| ESPIRONOLACTONA | 5 mg | - | Manipulados | Diurético poupador de potássio; antagonista da aldosterona. | Tratamento de edema associado com ICC; cirrose hepática com edema ou ascites, síndrome nefrótica; hipertensão; hiperaldosteronismo primário, hipercalemia e hirsutismo. |

Planilha1

| | | | | | |
|--------------------------------|------------|---------------|---------------------------------|---|--|
| ETILEFRINA (Cloridrato) | 10 mg/ ml | Amp/ 1ml | Hipertensor / Drogas Vasoativas | Agente simpaticomimético de ação direta, com elevada afinidade pelos os receptores α_1 , β_1 e β_2 | - |
| ETHAMOLIN | 0,05 mg/ | Amp 2 Ml | - | - | - |
| ETOMIDATO* (C1) | 2 mg | Amp/ 10ml | Sedativo | Hipnótico intravenoso de ação curta (menos de 10 min). | Pode ser utilizado para induzir anestesia geral, bem como um suplemento da anestesia regional. |
| F | | | | | |
| FENILEFRINA (Cloridrato) | 10 mg/ ml | Amp/ 1ml | Hipertensor / Drogas Vasoativas | Agonista seletivo do receptor adrenérgico α_1 | - Descongestionante nasal - Agente cardiotônico |
| FENITOÍNA SÓDICA * (C1) | 50 mg/ml | Amp/ 5ml | Anticonvulsivante | Bloqueador dos canais de Na | - |
| FENITOÍNA SÓDICA * (C1) | 100 mg | Cp | Anticonvulsivante | Bloqueador dos canais de Ca | - |
| FENOBARBITAL * (B1) | 100 mg | Cp | Anticonvulsivante | Barbitúrico | - |
| FENOBARBITAL * (B1) – Fenocris | 100mg/ml | Amp/ 2ml | Anticonvulsivante | Barbitúrico | - |
| FENOBARBITAL * (B1) | 40mg/ml | Fr/ gts 30ml | Anticonvulsivante | Barbitúrico | - |
| FENOTEROL (Bromidrato) | 5 mg/ml | Fr/gts/ 20 ml | Broncodilatador | B-2 agonista de curta duração. | - |
| FENTANILA(Citrato) * (A1) | 0,05 mg/ml | Amp/ 2ml | Anestésico | Anestésico geral- Analgésico Opióide | - |
| FENTANILA(Citrato) * (A1) | 0,05 mg/ml | Fr/ 10ml | Anestésico | Anestésico geral- Analgésico Opióide | - |
| FITOMENADIONA (Vitamina K) | 10 mg | Amp/ 1ml | Antihemorrágico | Antagonista específico da femprocumona | Reposição de vitamina K |
| FLEET ENEMA | 130ml | Fr/ 130 ml | Laxante | - | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|-------------------------------|--------------|-----------|-----------------------------------|---|---|
| FLUCONAZOL | 150 mg | Cp | Antimicótico | Grupo dos triazólicos | - |
| FLUCONAZOL | 200mg/100 ml | Injetável | Antimicótico | Grupo dos triazólicos | - |
| FLUMAZENIL (C1) | 0,1mg/ml | Amp/ 5 ml | Antagonista de Benzodiazepínicos | - | Em terapia intensiva e para tratamento de perda de consciência de causa desconhecida |
| FLUOXETINA (Cloridrato)* (C1) | 20 mg | Cp | Antidepressivo | Inibidor seletivo da recaptção de serotonina | - |
| FOSFOMICINA | 3 gr | Env. | Antimicrobiano | Inibe a síntese da parede celular bacteriana; | Diminui a aderência da bactéria às células de revestimento do trato urinário. |
| FUROSEMIDA | 10 mg/ml | Amp/ 2ml | Diurético | Diurético de alça | - |
| FUROSEMIDA | 40 mg | Cp | Diurético | Diurético de alça | - |
| FUROSEMIDA | 10 mg | - | Manipulados | Diurético de alça | Tratamento de edema associado à ICC; edema e ascite relacionados a hepatopatias. Edema/ hipervolemia associada à síndrome --nefrótica e IRC. O benefício no tratamento da IR é duvidoso. |
| G | | | | | |
| GENTAMICINA | 20 mg | Amp/ 1ml | Antimicrobiano | Aminoglicosídeo | - |
| GENTAMICINA | 80 mg | Amp/ 2 ml | Antimicrobiano | Aminoglicosídeo | - |
| GLIBENCLAMIDA | 5 mg | Cp | Anti-diabético | Sulfoniluréia | - |
| GLICOSE | 25,00% | Amp/ 10ml | Nutrientes por via venosa ou oral | - | Indicado em casos de desidratação, reposição calórica, nas hipoglicemias e como veículo para diluição de medicamentos compatíveis. O uso deste medicamento é indicado para correção de hipoglicemia infantil, podendo ser utilizado em nutrição parenteral de crianças. |
| GLICOSE | 50,00% | Amp/ 10ml | Nutrientes por via venosa ou oral | - | - |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | 10,00% | Amp/ 10ml | Repositor Eletrolítico | - | - |

Planilha 1

| H | | | | | |
|----------------------------|------------|-------------|--|---|---|
| HALOPERIDOL* (C1) | 2mg/ml | Fr/ 30 ml | Antipsicótico | Neuroléptico da classe das Butirofenonas-bloqueador do receptor D2 da dopamina. | Tratamento de enjoos, vômitos incoercíveis, disartrias e soluços. |
| HALOPERIDOL* (C1) | 5 mg | Amp/ 1ml | Antipsicótico | Neuroléptico da classe das Butirofenonas-bloqueador do receptor D2 da dopamina. | Tratamento de enjoos, vômitos incoercíveis, disartrias e soluços. |
| HALOPERIDOL* (C1) | 5 mg | Cp | Antipsicótico | Neuroléptico da classe das Butirofenonas-bloqueador do receptor D2 da dopamina. | Tratamento de enjoos, vômitos incoercíveis, disartrias e soluços. |
| HEPARINA SÓDICA | 5000 UI/ml | Fr/ 5ml | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Família dos glicosaminoglicanos | Trombolítico |
| HEPARINA SÓDICA | 5000 UI/ml | Amp/ 0,25ml | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Família dos glicosaminoglicanos | Trombolítico |
| HIDRALAZINA | 25 mg | Cp | Antihipertensivo | Vasodilatador | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca congestiva |
| HIDRALAZINA | 50 mg | Cp | Antihipertensivo | Vasodilatador | Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca congestiva |
| HIDROCLOROTIAZIDA | 25 mg | Cp | Diurético | Diurético tiazídico | - |
| HIDROCLOROTIAZIDA | 50 mg | Cp | Diurético | Diurético tiazídico | - |
| HIDROCORTISONA (Acetato) | 1,00% | Tubo/ 15g | Corticóide | Adrenocorticoide não fluorado de potência baixa | - Anti-inflamatório |
| HIDROCORTISONA (Succinato) | 500 mg | Fr | Corticóide | Corticóide sistêmico | - Antiinflamatório antireumático - Choque séptico |
| HIDROCORTISONA (Succinato) | 100 mg | Fr | Corticóide | Corticóide sistêmico | - Antiinflamatório antireumático - Choque séptico |

Planilha 1

| | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------|----------------------------------|---|--|
| HIDROGEL | - | Fr | Cobertura | - | - |
| HIDRÓXIDO DE POTÁSSIO | 10,00% | - | Manipulados | - | - |
| HIDRÓXIDO FÉRRICO (Sacarato) | 20mg/ml | Amp/ 5ml | Antianêmico | - | - |
| Hidroxizine | 2 mg/mL | Fras | Antihistamínico | - | - |
| HIDROXIDOETILAMIDO- Voluven | 130/0,46% | Bolsa de PVC / 500ml | Substituto de Plasma (Expansor) | - | - |
| HIOSCINA COMPOSTA | 20 mg | Fr/ gts 20ml | Anti-espasmódico | Alcalóide da belladona, bloqueador dos receptores muscarínicos. | Anticolinérgico |
| HIOSCINA COMPOSTA | 20 mg | Amp/ 5ml | Antiespasmódico | Alcalóide da belladona, bloqueador dos receptores muscarínicos. | Anticolinérgico |
| HIOSCINA SIMPLES | 10 mg | Fr / gts 20ml | Butilbrometo de escopolamina | Antiespasmódico, Anticolinérgico | Alcalóide da belladona, bloqueador dos receptores muscarínicos. |
| HIPOGLÓS | Pomada | Tubo/ 45g | Hidratante / Protetor Epidérmico | - | - |
| HIPOSSULFITO DE SÓDIO | 10,00% | - | Manipulados | - | - |
| I | | | | | |
| IMUNOGLOBULINA Anti D | 300 mcg/ 2ml | Fr/ 2ml | Imunoprotetor | - | - |
| IBUPROFENO | 100 mg/ML | Fr | Antiinflamatório | - | - |
| IMUNOGLOBULINA Humana | 5000/50ml | Fr/ 50ml | Imunoprotetor | - | - |
| INDOMETACINA | 1 mg | - | Manipulados | AINE; inibidor da COX-1 e COX-2 | Crise aguda de gota, bursite, tenossinovite, osteoartrite, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, fechamento do ducto arterioso no neonato. |
| INSULINA | NPH | Fr/10ml | Anti-diabético | Suspensão de insulina humana recombinante isófana | - |
| INSULINA | Regular | Fr/10ml | Anti-diabético | Insulina humana monocomponente | - |
| IPRATRÓPIO (Brometo) | 0,250 mg/ml | Fr/gts/ 20 ml | Broncodilatador | Anticolinérgico inalatório | - |
| ISOFLURANO | 1 mg/ml | Fr/240 mL | Anestésico | - | - |

Planilha1

| | | | | | |
|---------------------------|------------|-------------------|---|---------------------------------|--|
| ISOSSORBIDA (Dinitrato) | 5 mg | Cp/sublingual | Vasodilatador | Bloqueador dos canais de cálcio | - |
| ISOSSORBIDA (Mononitrato) | 20 mg | Cp | Vasodilatador | Bloqueador dos canais de cálcio | - |
| ISOSSORBIDA (Mononitrato) | 10 mg/ml | Amp/ 1 ml | Vasodilatador | Bloqueador dos canais de cálcio | - |
| IVERMECTINA | 6 mg | Cp | Antiparasitário | Anti-helmíntico | - |
| IOPAMIDOL/IOPAMIRON 300 | 612mg/ml | Fr/ 100ml | Contraste Radiológico Intravenosos | - | - |
| L | | | | | |
| LACRIMA PLUS | 15 ml | Fr | Lubrificante Oftálmico | - | - |
| LACTULONA | 667 mg/ml | Sol. Oral / 120ml | Laxante | Laxante osmótico | Prevenção e tratamento da encefalopatia hepática (porto-sistêmica) |
| LAMOTRIGINA * (C1) | 25 mg | Cp | Anticonvulsivante | Bloqueador dos canais de Na | Tratamento do transtorno bipolar |
| LEVOFLOXACINO | 500 mg | Cp | Antimicrobiano | Quinolona | - |
| LEVOFLOXACINO | 500 mg | Fr/ 100ml | Antimicrobiano | Quinolona | - |
| LEVOTIROXINA SÓDICA | 25 mcg | Cp | Hormônio Tireoidiano – Tratamento do Hipotireodismo | - | Tratamento da supressão de TSH da hipófise |
| LEVOTIROXINA SÓDICA | 50 mcg | Cp | Hormônio Tireoidiano – Tratamento do Hipotireodismo | - | Tratamento da supressão de TSH da hipófise |
| LIDOCAÍNA | 2 % s/vaso | 5 ml | Anestésico | Anestésico local -Amidas. | - |
| LIDOCAÍNA | 2 % c/vaso | Fr/ 20ml | Anestésico | Anestésico local -Amidas. | Antiarrítmico (IV) |
| LIDOCAÍNA | 2 % s/vaso | Fr/ 20ml | Anestésico | Anestésico local -Amidas. | Antiarrítmico (IV) |
| LIDOCAÍNA GEL | 2,00% | Tb 30gr | Anestésico | Anestésico local -Amidas. | - |
| LIDOCAÍNA SPRAY | 100mg/ml | 50ml | Anestésico | Anestésico local -Amidas. | - |
| LOPERAMIDA (Cloridrato) | 2 mg | Cp | Antidiarreico | Agonista opioide | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|--|-----------|--------------|---------------------|--|--|
| LOSARTANA POTÁSSICA | 50 mg | Cp | Antihipertensivo | Antagonista dos receptores de angiotensina II | - |
| M | | | | | |
| MANITOL | 20,00% | Fr/ 250 ml | Diurético | - | - Laxante osmótico - Tratamento do glaucoma - Preparo do cólon para colonoscopia - Ressecção prostática transuretral. |
| MERONEM | 1g | Fr/Amp | Antimicrobiano | Carbapenêmico | - |
| METFORMINA | 500 mg | Cp | Antidiabético | Biguanida | - |
| METILPREDNISOLONA | 500 mg | Cp | Antialérgico | Esteróide anti-inflamatório | - |
| METILDOPA | 250 mg | Cp | Antihipertensivo | Agonista adrenérgico de α_2 | - |
| METILPODA | 500 mg | Cp | Antihipertensivo | Agonista adrenérgico de α_2 | - |
| METILERGOMETRINA (Maleato) | 0,2 mg/ml | Amp/ 1ml | Estimulante Uterino | Ocitócico | Tratamento da atonia e da hemorragia uterina, tratamento da subinvolução do útero, da loquiometria e da hemorragia puerperal. |
| NEOSTIGMINA (Metilssufato) – Prostigmine | 0,5 mg/ml | Amp/ 1ml | Antiastênico | Vagotônico ou colinérgico (parassimpático- mimético) | - |
| METOCLOPRAMIDA | 10 mg | Amp/ 2ml | Antiemético | Antagonista da dopamina | - |
| METOCLOPRAMIDA | 4 mg | Fr/ gts 10ml | Antiemético | Antagonista da dopamina | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|---|-----------|--------------|---------------------|--|---|
| METROPOLOL (Tartarato) | 1 mg/mL | Amp/ 5 mL | Antihipertensivo | Bloqueador β adrenérgico- β 1 seletivo | - Distúrbios do ritmo cardíaco; - Infarto agudo do miocárdio; para prevenção secundária após infarto do miocárdio; - Angina do peito para profilaxia em longo prazo; - Hipertireoidismo - Distúrbios cardíacos funcionais com palitação; |
| METRONIDAZOL | 500 mg | Fr/ 100ml | Antiparasitário | Da família nitro-5-imidazóis, atua como amebicida, antibiótico e antiprotozoário | - |
| METRONIDAZOL | 250 mg | Cp | Antimicrobiano | - | Amebicida, antiprotozoário |
| MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1) | 1 mg/ml | Amp/ 5ml | Sedativo | Benzodiazepínico de ação moderada | - |
| MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1) | 5 mg/ml | Amp/ 3ml | Sedativo | Benzodiazepínico de ação moderada | - |
| MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1) | 5 mg/ml | Fr/ 10ml | Sedativo | Benzodiazepínico de ação moderada | - |
| MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1) – Dormire | 2mg/ml | Amp/ 1 ml | Sedativo | Benzodiazepínico de ação moderada | - |
| MILRINONA (Lactato) | 1 mg/ml | Amp/ 10ml | Cardiotônico | Vasodilatador | Insuficiência cardíaca congestiva. |
| MISOPROSTOL * (C1) | 25 mcg | Comp/vaginal | Estimulante Uterino | Prostaglandina E1 (PGE1) | Tratamento e prevenção de úlcera de estômago. |
| MISOPROSTOL * (C1) | 200 mcg | Comp/vaginal | Estimulante Uterino | Prostaglandina E1 (PGE1) | Tratamento e prevenção de úlcera de estômago. |
| MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1) | 10 mg | Cp | Analgésico | Opióide | - |
| MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1) | 30 mg | Cp | Analgésico | Opióide | - |
| MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1) | 0,2 mg/ml | Amp/ 1ml | Analgésico | Opióide | - |
| MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1) | 1 mg/ml | Amp/ 2ml | Analgésico | Opióide | - |

Planilha1

| | | | | | |
|---|------------------|------------|---------------------------------|--|---|
| MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1) | 10mg/ml | Amp/ 1ml | Analgésico | Opióide | - |
| MUPIROCINA | 20 mg/g | Pom/ 15g | Antimicrobiano para uso tópico | - | Queimaduras leves |
| N | | | | | |
| NALBUFINA (C1) | 10ml/1ml | Amp/ 1 ml | Analgésico | Opióide | Tem ações agonista (estimulante) e antagonista narcóticas |
| NALOXONA (Cloridrato) (C1) | 0,4mg/ml | Amp/ 1 ml | Antagônico Opióide | - | Coma de etiologia não conhecida |
| NEOMICINA + BACITRACINA | 5 mg/g 250 UI/g | Pom/ 10g | Antimicrobiano para uso tópico | - | - |
| NIFEDIPINO | 10 mg | Sublingual | Antihipertensivo | Bloqueador dos canais de Ca | Antianginal |
| NIFEDIPINO | 20 mg | Cp | Antihipertensivo | Bloqueador dos canais de Ca | Antianginal |
| NILPERIDOL (A1) | 0,0785 mg/2,5 mg | Amp/ 2 ml | Analgésico | - | - |
| NIMODIPINO | 30 mg | Cp | Vasodilatador | Bloqueador dos canais de cálcio | - |
| NISTATINA | 1000.000 UI/ml | Susp/ 50ml | Antimicótico | - | - |
| NISTATINA | 25.000 UI/g | Cr/ 60g | Antimicótico | - | - |
| NITROGLICERINA (Tridil) | 5mg/ml | Amp/ 10ml | Vasodilatador coronariano | Relaxamento da musculatura vascular lisa | Hipertensão pré-operatória; para controle de insuficiência cardíaca congestiva, |
| NITROPRUSSETO DE SÓDIO | 50 mg | Fr | Antihipertensivo | Vasodilatador | Insuficiência cardíaca congestiva aguda |
| NOREPINEFRINA / Noradrenalina (Hemitartarato) | 2 mg/ ml | Amp/ 4ml | Hipertensor / Drogas Vasoativas | α , β agonista | - |
| NORFLOXACINO | 400 mg | Cp | Antimicrobiano | Quinolona | - |
| O | | | | | |
| OCITOCINA | 5 UI | Amp | Estimulante Uterino | Ocitócico | - |
| OCTREOTIDA | 0,1 mg/ml | Amp/ 1ml | Antidiarreico | Análogo da somatostatina | - Acromegalia; - Síndromes carcinóides; - Fechamento de fístulas intestinais. |
| ÓLEO MINERAL | | Sol. Oral | Laxante | - | - |
| OMEPRAZOL | 20 mg | Cp | Antiulceroso | Inibidor da bomba de prótons | - |

Planilha1

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--|--|---|
| OMEPRAZOL | 40 mg | Amp/ 10ml | Antiulceroso | Inibidor da bomba de prótons | - |
| ONDANSETRONA (Cloridrato) | 2mg/ml | Amp/ 2ml | Antiemético | Antagonista do receptor 5-HT3 da serotonina | - |
| OXACILINA | 500 mg | Amp | Antimicrobiano | Penicilina | - |
| P | | | | | |
| PANCURÔNIO | 2 mg/ml | Amp | Bloqueador neuromuscular/ Aux. de anestesia | Relaxante neuromuscular não despolarizante-antagonista dos receptores da acetilcolina. | - |
| PAPAÍNA | 10,00% | 400g | Cicatrizante | Enzima alzalóide extraída de mamão (Carica papaya) – agente debridante. | Doença de Peyronie |
| PARACETAMOL | 750 mg | Cp | Analgésico | Não opióide | Antipirético e anti-inflamatório |
| PARACETAMOL | 200 mg | Fr/ gts 10ml | Analgésico | Não opióide | Antipirético e anti-inflamatório |
| PARACETAMOL | 200 mg | Fr/ gts 15ml | Analgésico | Não opióide | Antipirético e anti-inflamatório |
| PARACETAMOL + CODEINA | 500 mg/30 mg | cp | Analgésico | Não opióide/ opióide | - |
| PAROXETINA (Cloridrato)* (C1) | 20 mg | Cp | Antidepressivo | Inibidor seletivo da recaptção de serotonina | - |
| PENICILINA | 1.200.000 UI | Fr/Amp | Antimicrobiano | - | - |
| PENICILINA + PROCAINA | 4000.000 UI | Fr | Antimicrobiano | - | - |
| PENICILINA Cristalina | 5.000.000 UI | Fr/Amp | Antimicrobiano | - | - |
| PENTOXIFILINA | 400 mg | Cp | Redutor de Viscosidade Sanguínea | Antiplaquetário | - |
| PERMANGANATO DE POTÁSSIO | 100 mg | Cp | Antisséptico | Agente Antioxidante | - Tratamento da catapora. - Antídoto na intoxicação por fósforo. |
| PETIDINA (Cloridrato) / Dolosal* (A1) | 50 mg/ml | Amp/ 2ml | Analgésico | Opióide | Pré-anestésico |
| PIPERACILINA+ TAZOBACTAN | 4,0g/0,5g | Fr | Antimicrobiano | Penicilina | - |
| POLIMIXINA B | 500.000 UI | Fr | Antimicrobiano | - | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|---|------------|----------------|--------------------------------------|---|--|
| POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO Hirudoid | 5mg/g | Pomada / 40g | Trombolítico/Antiinflamatório Tópico | Anticoagulante e antitrombótico | - |
| PRATI-SAL | - | Sachê / 27,9 g | Sais para Reidratação Oral | - | - |
| PREDNISOLONA | 20 mg | Cp | Antialérgico | Corticosteróide | - |
| PREDNISOLONA (Fosfato Dissódico) | 3 mg/ml | Susp/ 60ml | Antialérgico | Corticosteróide | - |
| PREDNISONA | 5 mg | Cp | Antialérgico | Corticosteróide | - |
| PROMETAZINA | 50 mg | Amp/ 2ml | Antialérgico | Anti-histamínico | Anti-emético |
| PROPATILNITRATO | 10 mg | Cp | Vasodilatador | Antianginoso | Tratamento de episódios agudos na angina pectoris e para prevenção de crise aguda de angina. |
| PROPOFOL * (C1) | 10 mg/ml | Amp/ 20ml | - | Agente de anestesia geral de curta duração. | Sedação de pacientes adultos ventilados que estejam recebendo cuidados de terapia intensiva. |
| PROPRANOLOL | 40 mg | Cp | Antihipertensivo | Bloqueador β adrenérgico de classe II | Prevenção do infarto do miocárdio, da angina e de arritmias cardíacas |
| PROTAMINA (Cloridrato) | 1000 UI/ml | Amp/ 5ml | Anti-hemorrágico | Neutralizar a ação anticoagulante | Inativação da heparina em casos de hemorragias severas e após emprego de circulação extracorpórea e diálise. |
| PROTOVIT PLUS | - | Fr/ gts 20ml | Vitaminas | Polivitamínico | - |
| Q | | | | | |
| QUETIAPINA (Hemifumarato) | 25mg | Cp | Antipsicóticos | - | - |
| QUETIAPINA (Hemifumarato) | 100mg | Cp | Antipsicóticos | - | - |
| R | | | | | |
| RANITIDINA (Cloridrato) | 15 mg/ml | - | Manipulados | Antagonista do receptor H ₂ da Histamina | - |
| RANITIDINA (Cloridrato) | 150 mg | Cp | Antiulceroso | Antagonista do receptor histamínico H ₂ | - |

Planilha1

| | | | | | |
|-------------------------------|------------|----------------|---------------------------------|---|---|
| RANITIDINA (Cloridrato) | 50 mg/ 2ml | Amp/ 2ml | Antiulceroso | Antagonista do receptor histamínico H ₂ | - |
| REMIFENTANILA (A1) | 2 mg | Amp | Anestésico | - | - |
| RISPERIDONA * (C1) | 1 mg | Cp | Antipsicótico | Bloqueador dos receptores 5-HT ₂ da serotonina e D ₂ da | - |
| RISPERIDONA * (C1) | 2 mg | Cp | Antipsicótico | Bloqueador dos receptores 5-HT ₂ da serotonina e D ₂ da | - |
| RIVAROXABANA | 15mg | Cp | Antitrombóticos | - | - |
| RIVAROXABANA | 20mg | Cp | Antitrombóticos | - | - |
| S | | | | | |
| SACCHAROMYCES BOULARDII | - | Sachê / 100mg | Antidiarreico | Levedura | - |
| SALBUTAMOL (Sulfato)/ Aerolin | 0,5 mg/ml | Amp/ 1ml | Broncodilatador | B-2 agonista de curta duração | - |
| SEVOFLURANO | - | Fr/240 mL | Anestésico | - | - |
| SINVASTATINA | 10 mg | Cp | Anti Hiperlipidêmico | Inibidor competitivo da enzima hidroximetilglutaril-Coenzima A | - |
| SINVASTATINA | 20 mg | Cp | Anti Hiperlipidêmico | Inibidor competitivo da enzima hidroximetilglutaril-Coenzima A | - |
| SOLUÇÃO CARDIOPLÉGICA | 10ml | Amp/ 10ml | Cardiotônico | - | - |
| SOL. DE GELATINA/ Hisocel | 3,50% | Fr/ 500ml | Substituto de Plasma (Expansor) | - | - |
| SOLUÇÃO DE GLICINA | 1,50% | Bolsa plástica | Solução irrigadora urológica | - | - |
| SORBITOL+MANITOL | 2000 ml | 2000 ml | Laxante | - | - |

Planilha 1

| | | | | | |
|------------------------------|--------------|------------|--|---------------------------|---|
| SORO GLICOSILADO | 10,00% | Fr/ 250 ml | Repositor Hidroeletrolítico e Calórico | - | - |
| SORO GLICOSILADO | 5,00% | Fr/ 250ml | Repositor Hidroeletrolítico e Calórico | - | - |
| SORO GLICOSILADO | 5,00% | Fr/ 500 ml | Repositor Hidroeletrolítico e Calórico | - | - |
| SORO GLICOSILADO | 5,00% | Fr/ 1000ml | Repositor Hidroeletrolítico e Calórico | - | - |
| SORO RINGER LACTATO | - | Fr/ 1000ml | Repositor Eletrolítico | - | * Composta de cloreto de sódio, cloreto de cálcio, cloreto de potássio e lactato de sódio diluídos em água para injeção |
| SIULFADIAZINA DE PRATA | 1,00% | Pom/ 400g | Antimicrobiano para uso tópico | Derivado das sulfonamidas | Queimaduras |
| SULFAMETOXAZOL+ TRIMETOPRIMA | 40mg +8mg/ml | Susp | Antimicrobiano | - | - |
| SULFAMETOXAZOL+ TRIMETOPRIMA | 400mg/ 80mg | Cp | Antimicrobiano | - | - |
| SULFATO DE MAGNÉSIO | 50,00% | Fr/ 10ml | Repositor Eletrolítico | - | Tratamento de crises convulsivas e e toxemias severas (pré-eclâmpsia e eclâmpsia gravídica). |
| SULFATO FERROSO | 250 mg | Cp | Antianêmico | - | - |
| SULFATO FERROSO | 125 mg/ml | Fr/ 30ml | Antianêmico | - | - |
| SULFATO DE BARIO | 1 g/mL | pote | Contraste Radiológico | - | - |
| SUFENTANILA (A1) | 7,5 mcg/mL | Amp/2 mL | Anestésico | - | - |
| SUPOSITÓRIO DE GLICERINA | 2,28g | Adulto | Laxante | - | - |
| SUPOSITÓRIO DE GLICERINA | 1,37g | Infantil | Laxante | - | - |

Planilha1

| | | | | | |
|-------------------------------|-------------|--------------|---|--|---|
| SUXAMETÔNIO (Cloreto) | 100 mg | Fr | Bloqueador neuromuscular/ Aux. de anestesia | Relaxante neuromuscular não despolarizante de curta duração e rápido início de ação- antagonista dos receptores da acetilcolina. | Sedação de pacientes adultos para realização de procedimentos como intubações e tratamento de convulsões induzidas. |
| T | | | | | |
| TEICOPLAMINA | 400 mg | Amp/ 3ml | Antimicrobiano | Glicopetídeo | - |
| TERBUTALINA (Sulfato) | 0,5 mg/ml | Amp/1ml | Broncodilatador | Agonistas dos receptores adrenérgicos β_2 . | Tratamento a curto prazo da asma e de obstruções pulmonares como o enfisema e a bronquite crônica. |
| TIAMAZOL (metimazol)/ Tapazol | 10 mg | Cp | Tratamento do Hipertireodismo | Inibidor da síntese do hormônio tireoidiano | - |
| TICAGRELOR | 90 mg | Cp | - | antiagregante plaquetário | - |
| TIAMINA (Vitamina B1) | 300 mg | Cp | Vitaminas | Inibidor da síntese do hormônio tireoidiano | - Usado como auxiliar no tratamento de neurites e polineurites - Beribéri - Síndrome de Wernicke-Korsakoff - Neurites e Cardiomiopatia usadas pelo consumo excessivo de álcool |
| TIROFIBANA (Cloridrato) | 0,25 mg /mL | Amp 50 mL | Antiagregante Plaquetário | Antagonista não peptídico do receptor de glicoproteína (GP) I _b /III _a | - |
| TOBRAMICINA | 0,30% | Colírio/ 5ml | Antimicrobiano para uso tópico | Aminoglicosídeo | - |
| TRAMADOL(Cloridrato) * (A2) | 50 mg/ml | Amp/ 2ml | Analgésico | Opióide | - |
| TRAMADOL(Cloridrato) * (A2) | 50 mg | Cp | Analgésico | Opióide | - |
| U | | | | | |

Planilha 1

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--------------|--|--------------------------------------|---|
| URÉIA 10% | Solução dermatológica | Bisnaga/ 50g | Hidratante / Protetor Epidérmico | - | - |
| V | | | | | |
| VALPROATO DE SÓDIO * (C1) | 250 mg | Amp/ 5ml | Anticonvulsivante e estabilizante de humor. | - | - |
| VANCOMICINA | 500 mg | Fr | Antimicrobiano | Glicopeptídeo | - |
| VARFARINA (Sódica)/ Marevan | 5 mg | Cp | Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário | Antagonista da vitamina K | - |
| VASOPRESSINA | 20 U/ml | Amp/ 1 ml | Hipertensor / Drogas Vasoativas | Ação antidiurética e efeito pressor. | Ressuscitação cardiopulmonar, no tratamento da fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular refratária à desfibrilação elétrica. |
| VITAMINA C | 200 mg | Fr/ 15 ml | Vitaminas | Micronutriente | Acidificação urinária |
| VITAMINA C | 100mg/ml | Fr/ 5 ml | Vitaminas | Micronutriente | - |

| | |
|-----------------|--|
| Legenda: | |
| | Medicamentos Potencialmente Perigosos |
| | Medicamentos imunossupressores |
| * | Medicamentos Controlados pela Port 344 e suas atualizações |

LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS ESTÁ SUJEITO A ALTERAÇÕES.

| | | |
|---------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Proibido Reproduzir | Referência: PRS FAR 149, PRS FAR 004 | Página 27 de 27 |
|---------------------|--------------------------------------|-----------------|

MATERIAIS PADRONIZADOS



| DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÃO | APRESENTAÇÃO |
|--|--|--------------|
| ABAIXADOR DE LINGUA | MADEIRA | UNIDADE |
| ABSORVENTE HIGIENICO | POS- PARTO | UNIDADE |
| AGUA OXIGENADA | 1000 ML | FRASCO |
| AGULHA DESCARTAVEL | 20 X 5,5 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL | 25 X 8 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 13 X 4,5 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 25 X 7 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 30 X 7 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 30 X 8 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 40 X 12 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL | 16 G X 6 mm, para obeso, bisel tipo Tuohy, com aleta | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL | 16G X 3 1/2 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL | 17G X 3 1/2 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL | 18 G X 3 1/2 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL | 20 GX3 1/2mm, bisel tipo Tuohy, com aleta | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL | 22 G X 3 1/2 | UNIDADE |
| AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL | 27G | UNIDADE |
| AGULHA ESCLEROSE PARA ENDOSCOPIA | 23 GA X 240CM | UNIDADE |
| AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK | 22 G X 3 1/2 | UNIDADE |
| AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK | 25 G X 120MM OBESO | UNIDADE |
| AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK | 25 G X 3 1/2 | UNIDADE |
| AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK | 27 G X 3 1/2 | UNIDADE |
| AGULHA STIMUPLEX A 100 | 21G X 2 | UNIDADE |
| AGULHA STIMUPLEX A 50 | 22G X 2 | UNIDADE |
| ALCOOL 70% | 1000ML | FRASCO |
| ALGODÃO HIDRIFILO | 500 GRAMAS | ROLO |
| AMINIOTOMO | DESCARTAVEL | UNIDADE |
| APARELHO DE BARBEAR DESCARTAVEL | COM DUAS LAMINAS EM ACO | UNIDADE |
| ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO | 10 CM X VERIFICAR | UNIDADE |
| ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO | 15 CM X | UNIDADE |
| ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO | 20 CM X | UNIDADE |
| ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO | 30 CM X | UNIDADE |
| ATADURA DE CREPOM | 10 CM X 4,5 M | UNIDADE |
| ATADURA DE CREPOM | 20 CM X 4,5 M | UNIDADE |
| ATADURA DE CREPOM | 30 CM X 4,5 M | UNIDADE |
| ATADURA DE CREPOM | 15CM | ROLO |
| ATADURA DE CREPOM | 6CM | ROLO |
| ATADURA DE MALHA TUBULAR | 10 CM X 25 M | UNIDADE |
| ATADURA DE MALHA TUBULAR | 15 CM X 25 M | UNIDADE |
| ATADURA DE MALHA TUBULAR | 20 CM X 25 M | UNIDADE |
| ATADURA DE MALHA TUBULAR | 6 CM X 25 M | UNIDADE |
| ATADURA GESSADA | 10 CM X 3 M | UNIDADE |
| ATADURA GESSADA | 15 CM X 3 M | UNIDADE |
| ATADURA GESSADA | 20 CM X 4 M | UNIDADE |
| ATADURA GESSADA | 06 CM X 3 M | UNIDADE |
| AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL | EXTRA PROTECAO EX | UNIDADE |
| AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL | EXTRA PROTECAO G | UNIDADE |
| AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL | TAM G | UNIDADE |
| AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL | TAM GG | UNIDADE |
| AVENTAL CIRURGICO PROTETOR DESCARTAVEL | 1,20 M | UNIDADE |
| AVENTAL PLASTICO SEM MANGA | DESCARTAVEL | UNIDADE |
| BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA (TENSOPLAST) | 7,5 CM 4,5 CM | ROLO |
| BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE | N 11 | UNIDADE |
| BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE | Nº 15 | UNIDADE |
| BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE | Nº 21 | UNIDADE |
| BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE | Nº 24 | UNIDADE |
| BOLSA COLOSTOMIA ACOPLAVEL SEM PLACA | 10 X 70 MM C/ | UNIDADE |
| BOLSA COLOSTOMIA ADULTO DRENAVEL TRANSPARENTE | 15 X 60 MM S/ | UNIDADE |
| BOLSA COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA INFANTIL | VEL, RECORTAVEL, BARREIRA PRO | UNIDADE |
| BOLSA PRESSORICA C/VELCRO | N/A | UNIDADE |
| BOTA DE UNA PRONTO USO | 10,2 X 9,14 CM | UNIDADE |
| CADARÇO ALGODÃO CRU | 100 METROS | ROLO |
| CAMARA RETRATIL SANFONADA PARA NEBULIZACAO | ADULTO | UNIDADE |
| CAMPO CIRURGICO ANTIMICROBIANO - IOBAN | 66cm x 45cm | UNIDADE |
| CAMPO CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL* | 0,80 X 0,80 CM | UNIDADE |
| CAMPO CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL* | 1,40 X 0,90 M | UNIDADE |
| CAMPO CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL* | 1,60 X 2,20 M | UNIDADE |
| CAMPO CIRURGICO FENESTRADO* | 80 X 80 CM | UNIDADE |
| CANETA DESCARTAVEL PARA BISTURI ELETRICO | COMPATIVEL COM VALLEY-LAB | UNIDADE |
| CANETA PLOTTER ELETROCARDIOGRAFO MOD EP-3 EXTRA FI | 0,5 MM | UNIDADE |
| CANULA DE GUEDEL Nº 0 | N/A | UNIDADE |
| CANULA DE GUEDEL Nº 01 | N/A | UNIDADE |
| CANULA DE GUEDEL Nº 02 | N/A | UNIDADE |
| CANULA DE GUEDEL Nº 03 | N/A | UNIDADE |
| CANULA DE GUEDEL Nº 04 | N/A | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | MANDRIL Nº 5,5 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 4 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 4,5 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 5 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 6 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 6,5 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 7 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 7,5 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 8,5 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA | Nº 9 | UNIDADE |
| CANULA DE TRAQUEOSTOMIA DESCARTAVEL COM CUFF/MAN | Nº 08 | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 05 | N/A | UNIDADE |

MATERIAIS PADRONIZADOS



| DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÃO | APRESENTAÇÃO |
|--|---|----------------|
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 2,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3,0 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4,0 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6,0 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7,0 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8,0 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 9,0 | N/A | UNIDADE |
| CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 9,5 | N/A | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO | 3,0 FR | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | 2 | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | 2,5 | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | 3 | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | 3,5 | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | Nº 4 | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | Nº 4,5 | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | Nº 5 | UNIDADE |
| CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA | Nº 5,5 | UNIDADE |
| CAPOTE CIRÚRGICO IMPERMEÁVEL | SMS, PUNHO EM MALHA | UNIDADE |
| CATETER ARTERIAL | FEMURAL RADIOPACO 18G X12CM | UNIDADE |
| CATETER ARTERIAL | RADIAL 24G, 2 FR X 5 CM | UNIDADE |
| CATETER ARTERIAL | RADIAL 3 FR X 5 CM | UNIDADE |
| CATETER ARTERIAL | RADIAL 3 FR X 8 CM | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN | 3 F 60 CM | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN | 5 FR | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN | 7 FR X 20 CM | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F | 1,8 A 2 FR | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F | 4 F X 13 CM | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F | 4 FR 65 CM | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F | 5 FR 65 CM | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO DUPLO LUMEN | N. 3,0 | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO DUPLO LUMEN | N. 3,5 | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO DUPLO LUMEN | N. 4,5 | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO DUPLO LUMEN | N. 5,5 | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO DUPLO LUMEN | N. 6,0 | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO DUPLO LUMEN | N. 6,5 | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S | 16 G | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S | 16 G | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S | 18 G | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S | 20 G | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S | 22 G | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S | 24G | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S | 3 F 60 CM | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO SEM DISPOSITIVO SEGU | 22 G | UNIDADE |
| CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO SEM DISPOSITIVO SEGU | 24 G | UNIDADE |
| CATETER INTREVENOSO CENTRAL TRIPLO LUMEN | 7 FR X 20 CM | UNIDADE |
| CATETER MARCAPASSO (Cabo Eletrodo Endocárdio Temporário) | Eletrodo: Diâmetro: 6 French (Fr) x 110 Cm. c/BALÃO | COMPRA C/BALÃO |
| CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL DUPLO LUMEN RAD | 2,0/3,FR | UNIDADE |
| CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RAD | 14 G | UNIDADE |
| CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RAD | 2,0 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RAD | 3,5 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RAD | 4,0 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RAD | 4,5 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RAD | 5,0 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY | 3 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY | 4 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY | 5 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY | 6 FR | UNIDADE |
| CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY | FEMININO - MAE E FILHO ROSA | KIT |
| CERA DE OSSO | 12 PEÇAS | CAIXA |
| CLOREXIDINA 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLICA | 100ML ALMOTOLIA | UNIDADE |
| CLOREXIDINA 1% SOLUÇÃO AQUOSA | 100ML ALMOTOLIA | UNIDADE |
| COBERTURA CIRURGICA ESTERIL | 1,30 X 2,20 M | UNIDADE |
| COBERTURA MESA AUXILIAR ESTERIL DESCARTAVEL | N/A | UNIDADE |
| COBRE CORPO | ADULTO | UNIDADE |
| COBRE CORPO | FETO | UNIDADE |
| COBRE CORPO | MESA MAYO | UNIDADE |
| COBRE CORPO | OBESO | UNIDADE |
| COLAR CERVICAL | TAMANHO G | UNIDADE |
| COLAR CERVICAL | TAMANHO M | UNIDADE |
| COLAR CERVICAL | TAMANHO P | UNIDADE |
| COLETOR DE URINA | VOLUME MIN 1200 ML | FRASCO |
| COLETOR DE URINA INFANTIL UNISSEX | N/A | UNIDADE |
| COLETOR DE URINA P/ INCONTINENCIA URINÁRIA MASCULINO | N/A | UNIDADE |
| COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR) | 2000 ML | UNIDADE |
| COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR) | SE HORARIA CAMARA COLET RIGID | UNIDADE |
| COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR) | INFANTIL | UNIDADE |
| COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR) | PERNA 750 ML | UNIDADE |
| COLETOR DRENAGEM TORÁXICA | 1000 ML | UNIDADE |
| COLETOR DRENAGEM TORÁXICA | 2000 ML | UNIDADE |
| COLETOR DRENAGEM TORÁXICA | 500ML | UNIDADE |
| COLETOR PARA MATERIAL DESCARTÁVEL E CONTAMINADO - C | N/A | UNIDADE |

MATERIAIS PADRONIZADOS



| DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÃO | APRESENTAÇÃO |
|---|--|------------------------|
| COLETOR SECREÇÃO E EXPURGO | 3500 ML | UNIDADE |
| COLETOR UNIVERSAL EM PLÁSTICO TRANSPARENTE COM TAMPA | N/A | UNIDADE |
| COLETOR URINA PLÁSTICO DESCARTAVEL CIRCUITO ABERTO | NEONATAL 100 ML | UNIDADE |
| COMPRESSA COLOSTOMIA ESTERIL | 10 X 15 CM | UNIDADE |
| COMPRESSA COLOSTOMIA ESTERIL | 15 X 30 CM | UNIDADE |
| COMPRESSA DE GAZE | 13 FIOS ESTERIL 7,5 CM X 7,5 CM | PACOTE COM 10 UNIDADES |
| COMPRESSA DE GAZE | PO QUEIJO 91 X 91 13 FIOS (ROLO) | UNIDADE |
| COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE) | 13 X 13 MM | UNIDADE |
| COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE) | 13 X 76 MM | UNIDADE |
| COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE) | 25 X 25 MM | UNIDADE |
| COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE) | 76 X 76 MM | UNIDADE |
| CONJUNTO BOLSA UROSTOMIA ACOPLAVEL + PLACA 60 MM | CAPACIDADE 375 ML | UNIDADE |
| CURATIVO TRANSPARENTE | 10 X 20 CM | UNIDADE |
| CURATIVO TRANSPARENTE | 5 X 7 CM | UNIDADE |
| CURATIVO ALGINATO DE CALCIO E SODIO | 10 X 20 CM | UNIDADE |
| CURATIVO COBERTURA ALUMINIZADA | 10 X 12 CM | UNIDADE |
| CURATIVO COBERTURA ALUMINIZADA | 10 X 20 CM | UNIDADE |
| CURATIVO GEL AMORFO (PROPILENOGLICOL + CARBOXIMETILCELULOSE) | 25 G | FRASCO |
| CURATIVO HIDROCOLOIDE | 10 X 10 CM | UNIDADE |
| CURATIVO HIDROCOLOIDE | 20 X 20 CM | UNIDADE |
| CURATIVO HIDROFIBRA ESTERIL | 10 X 10 CM | UNIDADE |
| CURATIVO HIDROFIBRA ESTERIL COM PRATA | 15 X 15 CM | UNIDADE |
| CURATIVO HIDROPOLIMERO | 20 X 20 CM | UNIDADE |
| CURATIVO OCLUSIVO ALGINATO DE CALCIO | TIRA 30 CM | UNIDADE |
| CURATIVO OCLUSIVO CARVAO ATIVADO | 19 X 10,5 CM | UNIDADE |
| DETERGENTE DESINCROSTANTE | 1 KG | PACOTE |
| DETERGENTE ENZIMÁTICO BACTERIOSTÁTICO BIODEGRADÁVEL | N/A | SOLUÇÃO |
| DISPOSITIVO INTERMEDIÁRIO P/EQUIPO DE INFUSÃO MULTICANAL | N/A | UNIDADE |
| DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA | 2 PECAS MASCULINO 35 MM | UNIDADE |
| DISPOSITIVO RÍGIDO OCLUSÃO CONEXÕES LUER MACHO FEMEA | N/A | UNIDADE |
| DRENO DE BLAKE (DISPOSITIVO SILICONE) | C/ RESERVATÓRIO | UNIDADE |
| DRENO DE PENROSE | Nº 1 | UNIDADE |
| DRENO DE PENROSE | Nº 2 | UNIDADE |
| DRENO DE PENROSE | Nº 3 | UNIDADE |
| DRENO DE PENROSE | Nº 4 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 16 | KIT |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 18 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 20 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 22 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 24 | KIT |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 26 | KIT |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 28 | KIT |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 32 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 34 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 36 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 1000 ML Nº 38 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 250 ML Nº 10 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 250 ML Nº 10 | UNIDADE |
| DRENO DE TORAX | 250 ML Nº 12 | KIT |
| DRENO DE TORAX | 250 ML Nº 14 | UNIDADE |
| DRENO DE VIAS BILIARES KERR | Nº 12 | UNIDADE |
| DRENO DE VIAS BILIARES KERR | Nº 14 | UNIDADE |
| DRENO DE VIAS BILIARES KERR | Nº 16 T | UNIDADE |
| DRENO DE VIAS BILIARES KERR | Nº 18 T | UNIDADE |
| DRENO PARA ARTROSCOPIA | 4 VIAS | UNIDADE |
| DRENO PARA SUCCAO POR SISTEMA FECHADO | 3,2 MM X 1/8 | UNIDADE |
| DRENO PARA SUCCAO POR SISTEMA FECHADO | 6,4 MM X 1/4 | UNIDADE |
| ELETRODO | EDIATRICO COM ADESIVO HIPOALERGENICO | UNIDADE |
| ELETRODO | DESCARTAVEL ADULTO | UNIDADE |
| ELETRODO | NEONATAL | UNIDADE |
| EMBALAGEM DE PAPEL GRAU | 15 CM X 100 M | ROLO |
| EMBALAGEM DE PAPEL GRAU | 300 MM X 100 M | UNIDADE |
| EMBALAGEM DE PAPEL GRAU | 45 CM X 100 M | ROLO |
| EMBALAGEM DE PAPEL GRAU | 60 CM X 100 M | ROLO |
| EQUIPO DE TRANSFUSAO SANGUINEA | COM CAMARA DUPLA FLEX | UNIDADE |
| EQUIPO DE TRANSFUSAO SANGUINEA | INFANTIL | UNIDADE |
| EQUIPO MACROGOTAS | COM INJETOR LATERAL EM Y | UNIDADE |
| EQUIPO MACROGOTAS | PARA BOMBA OPTIMA - MS 30 | UNIDADE |
| EQUIPO MACROGOTAS PARA BOMBA INFUSORA | COM CAMARA 150 ML | UNIDADE |
| EQUIPO MACROGOTAS PARA BOMBA INFUSORA | FOTO PARENTERAL | UNIDADE |
| EQUIPO MICROGOTAS | CAMARA 150ML E INJ LATERAL EM Y | UNIDADE |
| EQUIPO P/ ADMINISTRAR PEQ SOLUÇÃO (BURETE) | N/A | UNIDADE |
| EQUIPO PARA DIÁLISE PERITONEAL | N/A | UNIDADE |
| EQUIPO PARA DIETA ENTERAL SISTEMA ABERTO | N/A | UNIDADE |
| EQUIPO PARA SORO MACRO-GOTEJADOR | N/A | UNIDADE |
| EQUIPO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE | N/A | UNIDADE |
| EQUIPO PARA TRASFERENCIA DE SOLUCOES-SISTEMA FECHADO | TRANSOFIX | UNIDADE |
| EQUIPO PRESSÃO VENOSA CENTRAL | 1500MM, PVC FLEXIVEL | UNIDADE |
| ESCALPE BORBOLETA ESTERIL | 19 G | UNIDADE |
| ESCALPE BORBOLETA ESTERIL | 21 G | UNIDADE |
| ESCALPE BORBOLETA ESTERIL | 23 G | UNIDADE |
| ESCALPE BORBOLETA ESTERIL | 25 G | UNIDADE |
| ESCALPE BORBOLETA ESTERIL | 27 G | UNIDADE |
| ESCOVA CERVICAL | Haste: aproximadamente 180mm Comprimento da ponta ativa: aproximadamente 20mm Formato da ponta ativa: cone Comprimento total: aproximadamente 200mm | UNIDADE |

MATERIAIS PADRONIZADOS



| DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÃO | APRESENTAÇÃO |
|---|--------------------------------------|--------------|
| ESCOVA CIRURGICA | DEGERMANTE COM CLOREXIDINA | UNIDADE |
| ESCOVA CIRURGICA | DEGERMANTE COM PVPI | UNIDADE |
| ESCOVA TIPO RASPA-PANELA CABO 100% POLIPROPILENO E C | 13 CM | UNIDADE |
| ESPARADRAPO ANTI-ALÉRGICO (MICROPORE) | 12 X 10 CM | UNIDADE |
| ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL | 10 CM X 4,5 M | UNIDADE |
| ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL | GRANDE | UNIDADE |
| ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL | MEDIO | UNIDADE |
| ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL | PEQUENO | UNIDADE |
| EXTENSOR | DE GASES E ASPIRAÇÃO 1/4 (3 ME | UNIDADE |
| EXTENSOR | PERFUSAO 120 CM | UNIDADE |
| EXTENSOR | PERFUSAO 20 CM | UNIDADE |
| EXTENSOR | PERFUSAO 20 CM NEONATAL | UNIDADE |
| EXTENSOR | PERFUSAO PEDIATRICO 120 CM | UNIDADE |
| EXTENSOR ADULTO | 2 VIAS | UNIDADE |
| EXTENSOR ADULTO | 4 VIAS | UNIDADE |
| EXTENSOR INFANTIL | 2 VIAS | UNIDADE |
| FAIXA SMART | 15 CM | UNIDADE |
| FAIXA SMART | 20 CM | UNIDADE |
| FILTRO DE BARREIRA TOTAL PARA CIRCUITO RESPIRATORIO | ANESTESIA - VOL.INTERNO 35 ML | UNIDADE |
| FILTRO DE BARREIRA TOTAL PARA CIRCUITO RESPIRATORIO | VOLUME INTERNO DE 85 ML | UNIDADE |
| FILTRO PARA INCUBADORA | NAO SE APLICA | UNIDADE |
| FIO ALGODAO 0 | ,5 CM E 3,0 CM CIRC.TRIANG. 40 CM | UNIDADE |
| FIO ALGODAO 0 | SEM AGULHA 40 X 45 CM | ENVELOPE |
| FIO ALGODAO 2-0 | SEM AGULHA 40 X 45 CM | ENVELOPE |
| FIO ALGODAO 2-1 | ,5 CM E 3,0 CM CIRC.TRIANG. 40 CM | UNIDADE |
| FIO ALGODAO 2-2 | 2 CM E 2,5 CM CIRC.TRIANG. 40 CM | UNIDADE |
| FIO ALGODAO 3-0 | SEM AGULHA 40 X 45 CM | ENVELOPE |
| FIO CATGUT CROMADO 2-0 | GULHA 3/8 CIRC. 3CM E 3,5CM, CILI | ENVELOPE |
| FIO CATGUT CROMADO 0 | GULHA 3/8 CIRC. 3CM E 3,5CM CILI | ENVELOPE |
| FIO CATGUT CROMADO 1-0 | GULHA 1/2CIRC. 7,5CM E 8CM CIRC | ENVELOPE |
| FIO CATGUT CROMADO 1-0 | HA 3/8 CIRC ROBUSTA. 4,5CM E 5CM | ENVELOPE |
| FIO CATGUT CROMADO 3-0 | AGULHA 1/2CIRC. 2CM E 2,5CM,CILII | ENVELOPE |
| FIO CATGUT CROMADO 4-0 | AGULHA 1/2CIRC. 2CM E 2,5CM CILII | ENVELOPE |
| FIO CATGUT SIMPLES 0 | GULHA 1/2 CIRC. 3,5CM E 4CM,CILI | ENVELOPE |
| FIO CATGUT SIMPLES 2-0 | GULHA 1/2 CIRC. 3,5CM E 4CM,CILI | ENVELOPE |
| FIO CATGUT SIMPLES 3-0 | GULHA 1/2 CIRC. 3,0CM E 3,5CM, CIL | ENVELOPE |
| FIO CATGUT SIMPLES 4-0 | GULHA 1/2, CIRC. 1CM E 1,5CM CILI | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON 6-0 | , AGULHA 1/2 CIRC, 1,5 CM TRIANG | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON 7-0 | N/A | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON 8-0 | N/A | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON 9-0 | N/A | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON PRETO 0 | , CM AG. 3/8 CIRC. 3 CM TRIANGULA | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON PRETO 1 | N/A | UNIDADE |
| FIO DE NYLON PRETO 2-0 | 45 CM AG3/8 CIRC 3 CM TRIANG | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON PRETO 3-0 | AGULHA 3/8, CIRC. 3 CM E 3,5CM TI | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON PRETO 4-0 | CM AG 3/8 CIRC 3,0 CM TRIANGULA | ENVELOPE |
| FIO DE NYLON PRETO 5-0 | M, AGULHA 3/8CIRC. 2CM TRIANGU | ENVELOPE |
| FIO DE SUTURA MONYLION 3-0 (45 CM) AG 3,0 CM | N/A | UNIDADE |
| FIO DE SUTURA MONYLION 5-0 (45 CM) AG 2,0 CM 3/8 CIRC | N/A | UNIDADE |
| FIO DE SUTURA NYLON PRETO MONOFILAMENTO 2-0 45CM 3/8 | N/A | UNIDADE |
| FIO DE SUTURA NYLON PRETO MONOFILAMENTO 4-0 45CM 3/8 | N/A | UNIDADE |
| FIO DE SUTURA NYLON PRETO MONOFILAMENTO 6-0 45CM 3/8 | N/A | UNIDADE |
| FIO POLIESTER 1-0 | AG 1/2 CIRC 4,0CM E 4,5CM, CILINI | ENVELOPE |
| FIO POLIESTER 2-0 | AG 1/2 CIRC 4,0CM E 4,5CM, CILINI | ENVELOPE |
| FIO POLIESTER 5-0 | M AG 1/2 CIRC 4,0 X 75CM, CILINDF | ENVELOPE |
| FIO POLIESTER 5-0 | AG 1/2 CIRC 4,0CM E 4,5CM, CILINI | ENVELOPE |
| FIO POLIGLACTINA 0 | CM, AGULHA 3/8CIRC. 3CM CILINDR | ENVELOPE |
| FIO POLIGLACTINA 1-0 | CM, AGULHA 1/2CIRC. 4CM CILINDR | ENVELOPE |
| FIO POLIGLACTINA 2-0 | CM, AGULHA 3/8CIRC. 3CM CILINDR | ENVELOPE |
| FIO POLIGLACTINA 3-0 | CM, AGULHA 3/8CIRC. 3CM CILINDR | ENVELOPE |
| FIO POLIGLACTINA 4-0 | M, AGULHA 1/2CIRC.2,5CM CILINDF | ENVELOPE |
| FIO POLIGLACTINA 5-0 | AGULHA 1/2 CIRC, 2,0 E 2,5 CM, CILII | ENVELOPE |
| FIO POLIPROPILENO 0 | 5 CM AG. 1/2 CIRC.4 CM CILINDRIC. | ENVELOPE |
| FIO POLIPROPILENO 0 | GULHA 1/2CIRC. 3,5CM E 4 CM CILI | ENVELOPE |
| FIO POLIPROPILENO 1-0 | AGULHA 1/2 CIRC, 4,0 E 4,5 CM, CILII | ENVELOPE |
| FIO POLIPROPILENO 2-0 | GULHA 3/8 CIRC, 3,5 CM E 4 CM CIL | ENVELOPE |
| FIO POLIPROPILENO 3-0 | M, AGULHA 1/2CIRC.2,5CM CILINDF | ENVELOPE |
| FIO POLIPROPILENO 4-0 | AG. 1/2 CIRC. 2,0 CM E 2,5 CM, CILIN | ENVELOPE |
| FIO POLIPROPILENO 7,0 | N/A | CAIXA |
| FIO POLIPROPILENO 8,0 | N/A | CAIXA |
| FIO POLIPROPILENO 9,0 | N/A | CAIXA |
| FITA ADESIVA CREPE | 19 MM X 30 M | UNIDADE |
| FITA CARDIACA DE ALGODAO | ALGODÃO COTTON FC 500 | UNIDADE |
| FITA MICROPOROSA CIRURGICA | 50 MM X 10 M | UNIDADE |
| FITA PARA AUTOCLAVE | 19 MM X 30 M | ROLO |
| FITA PARA GLICEMIA CAPILAR | OPTIUM | UNIDADE |
| FIXADOR DE TRAQUEOSTOMIA | N/A | UNIDADE |
| FIXADOR DE TUBO ORO - TRAQUEAL | ADULTO | UNIDADE |
| FIXADOR DE TUBO ORO - TRAQUEAL | INFANTIL | UNIDADE |
| FIXADOR ESTERIL PARA CATETER PERIFERICO | 50 X 74 MM | UNIDADE |
| FIXADOR SONDA FOLEY | N/A | UNIDADE |
| FIXADOR TRAQUEOSTOMIA | INFANTIL | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA | GG | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA | GRANDE | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA | MEDIO | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA | GRANDE | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA | MEDIO | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA | PEQUENO | UNIDADE |

MATERIAIS PADRONIZADOS



| DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÃO | APRESENTAÇÃO |
|---|---------------------------------|---------------------|
| FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA | TAM XG | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA | TAMANHO "PREMATURO" | UNIDADE |
| FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA | TAMANHO RN | UNIDADE |
| GAZE DE RAYON | 7,5 CM X 40 CM | UNIDADE |
| GAZE DE RAYON COM AGE | 7,5 CM X 15 CM | UNIDADE |
| GEL CONDUTOR | ELETRO 100 ML | FRASCO |
| HASTES FLEXIVEIS C/ PONTA DE ALGODÃO NAS 2 EXTREMIDADES | 75 UNIDADES | CAIXA |
| HEMOSTATICO ABSORVIVEL | 2,5 X 5 CM | UNIDADE |
| HEMOSTATICO ABSORVIVEL | 30 X 30 CM | UNIDADE |
| HEMOSTATICO ABSORVIVEL | 5 X 35 CM | UNIDADE |
| HEMOSTATICO ABSORVIVEL | 5 X 7 CM | UNIDADE |
| HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE GELATINA | 80 X 125 MM X 10 MM | UNIDADE |
| HIPOCLORITO DE SÓDIO 1% | 5L | GALAO |
| INDICADOR BIOLÓGICO 3a, GERAÇÃO | AMPOLAS | UNIDADE |
| INDICADOR QUIMICO | CLASSE V 3340.4097 | UNIDADE |
| INDICADOR QUIMICO | CLASSE VI | UNIDADE |
| INDICADOR TESTE BOWIE & DICK | FOLHA PRONTO P USO | PACOTE |
| KIT ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA | 16G X 80MM 3 1/4 | UNIDADE |
| KIT CIRCUITO CPAP NASAL adulto | | KIT |
| KIT CIRCUITO CPAP NASAL INFANTIL | Nº 00 | UNIDADE |
| KIT CIRCUITO CPAP NASAL INFANTIL | Nº 1 | UNIDADE |
| KIT CIRURGICO | ESTERIL DESCARTAVEL COM BOLS | UNIDADE |
| KIT CPAP NASAL CIRCUITO INFANTIL | Nº 0 | KIT |
| KIT CPAP NASAL CIRCUITO INFANTIL | Nº 2 | KIT |
| KIT GASTROSTOMIA | 20 FR | KIT |
| KIT GASTROSTOMIA | 24 FR | KIT |
| KIT IDENTIFICACAO PARA RECEM NASCIDO | MASCULINO - MAE E FILHO AZUL | KIT |
| KIT NEBULIZACAO | ADULTO | UNIDADE |
| KIT PARA CIRCUNCISÃO | 1,3/1,5/1,7/1,9 | KIT |
| KIWI ESTRATOR OBSTETRICO A VACUO - CLINICAL INOVA | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BARBEAR (TIPO GILETE) | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BARBEAR Nº 10 | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BARBEAR Nº 12 | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BARBEAR Nº 20 | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BARBEAR Nº 23 | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BISTURI Nº 11 | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BISTURI Nº 15 | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE BISTURI Nº 21 | N/A | UNIDADE |
| LAMINA DE DERMATOMO HUMECA D80 | N/A | UNIDADE |
| LANCETA ESTERIL (NR 32) | OPTIUM | UNIDADE |
| LANCETA GLICEMIA PARA RECEM NASCIDO | N/A | UNIDADE |
| LENCOL DESCARTAVEL | 70 CM X 50 M | ROLO |
| LENCOL DESCARTAVEL COM ELASTICO | N/A | UNIDADE |
| LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA) | Nº 6,5 | PAR |
| LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA) | Nº 7,0 | PAR |
| LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA) | Nº 7,5 | PAR |
| LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA) | Nº 8,0 | PAR |
| LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA) | Nº 8,5 | PAR |
| LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO | 6 | UNIDADE |
| LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO | Nº 6,5 | PAR |
| LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO | Nº 7 | PAR |
| LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO | Nº 7,5 | PAR |
| LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO | Nº 8 | PAR |
| LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO | Nº 8,5 | PAR |
| LUVA DE BORRACHA | 8,0 | PAR |
| LUVA DE BORRACHA | 9,5 | PAR |
| LUVA DE BORRACHA | CANO LONGO EPI - GRANDE | UNIDADE |
| LUVA DE BORRACHA | CANO LONGO EPI - MEDIO | UNIDADE |
| LUVA DE BORRACHA | CANO LONGO EPI - PEQUENO | UNIDADE |
| LUVA DE BORRACHA ANTIDERRAPATE, EM LATEX | TAMANHO P | PAR |
| LUVA DE PROCEDIMENTO | GRANDE | UNIDADE |
| LUVA DE PROCEDIMENTO | MEDIO | UNIDADE |
| LUVA DE PROCEDIMENTO | PEQUENO | UNIDADE |
| LUVA DE PROTEÇÃO TERMICA | N/A | UNIDADE |
| MANTA PARA RECEM NASCIDO | 1,00 X 1,00 | UNIDADE |
| MANTA TERMICA DESCARTAVEL | ADULTO 213 X 91 CM | UNIDADE |
| MANTA TERMICA DESCARTAVEL | INFANTIL 152 X 91 CM | UNIDADE |
| MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO ADULTO | DESFIBRILADOR/CARDIOVERSOR 2 | UNIDADE |
| MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO INFANTIL | DESFIBRILADOR/CARDIOVERSOR 2 | UNIDADE |
| MASCARA | CARVAO ATIVADO | UNIDADE |
| MASCARA COM FILTRO PARA MICROORGANISMO N95 | NAO SE APLICA | UNIDADE |
| MASCARA DESCARTAVEL SIMPLES COM CLIPS E TIRAS | NAO SE APLICA | UNIDADE |
| MASCARA LARINGEA | N.0 | UNIDADE |
| MASCARA LARINGEA | N.1 | UNIDADE |
| MASCARA LARINGEA | N.2 | UNIDADE |
| OCULOS DE PROTECAO | ATO LENTE INETRICA TRANSPARENTE | UNIDADE |
| PAPEL PARA MONITOR FETAL/CARDIOTOCOGRFAO | 130MM X 120MM X 30 M | BLOCO 250 FOLHAS |
| PAPEL TERMICO PARA ECG | 216 MM X 280 MM | UNIDADE |
| PAPEL TERMICO PARA ECG | 80 MM X 30 M | ROLO |
| PASTA PROTETORA DE PELE | 56 G | TUBO |
| PLACA BISTURI ELETRICO DESCARTAVEL | BIPARTIDA | UNIDADE |
| PLACA BISTURI ELETRICO DESCARTAVEL | NEONATO | PACOTE |
| PLACA BISTURI ELETRICO DESCARTAVEL | PEDIATRICO | PACOTE |
| PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO | 1,3 CM | CAIXA C/25 UNIDADES |
| PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO | 1,5 CM | CAIXA C/25 UNIDADES |
| PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO | 1,7 CM | CAIXA C/25 UNIDADES |
| PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO | 1,9 CM | CAIXA C/25 UNIDADES |
| PLASTICO FILME PVC | 100 METROS | ROLO |

MATERIAIS PADRONIZADOS



| DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÃO | APRESENTAÇÃO |
|--|------------------------------|--------------|
| PÓ PROTETOR DE PELE | 28 G | FRASCO |
| POLIHEXANIDA - SOLUCAO AQUOSA ANTISSEPTICA | 0,1 %, 150ML | FRASCO |
| POLIHEXANIDA GEL ANTISSEPTICO | 0,1 % . 150 G | FRASCO |
| PRESERVATIVO MASCULINO S/ LUBRIFICANTE | NAO SE APLICA | UNIDADE |
| PROTETOR CUTANEO | 28 ML | UNIDADE |
| PROTETOR CUTANEO PERIESTOMAL | FITA ADESIVA MOLDAVEL | UNIDADE |
| PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA | TAM G | UNIDADE |
| PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA | TAM M | UNIDADE |
| PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA | TAM P | UNIDADE |
| PULSEIRA DE IDENTIFICACAO | ADULTO BRANCA | UNIDADE |
| PULSEIRA PARA IDENTIFICACAO PEDIATRICA | COR BRANCA | UNIDADE |
| SABONETE ANTI-SEPTICO EMOLIENTE COMA AÇÃO CUMULATIVA | N/A | UNIDADE |
| SABONETE LIQUIDO NEUTRO | 100 ML | FRASCO |
| SABONETE LIQUIDO NEUTRO | 1000 ML | FRASCO |
| SACO COLETOR TIPO VOMITO E DIURESE UNISEX | STAVEL CAPACIDADE APROXIMADA | UNIDADE |
| SALTO ORTOPEDICO BORRACHA | GRANDE | UNIDADE |
| SALTO ORTOPEDICO BORRACHA | PEQUENO | UNIDADE |
| SAPATILHA DESCARTAVEL | NAO SE APLICA | UNIDADE |
| SENSOR MEDICAO DE CONSCIENCIA DESCARTAVEL | ADULTO | UNIDADE |
| SENSOR MEDICAO DE CONSCIENCIA DESCARTAVEL | INFANTIL | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL | 1 ML | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL | 10 ML | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL | 20 ML | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL | 3 ML | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL | 5 ML | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL | 60 ML SEM BICO | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL | SEM AGULHA 60 ML LUER LOCK | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 10 ML COM AGULHA 38 X 7 | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 1ML COM AGULHA 25 X 6 | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 3 ML COM AGULHA 25 X 7 | UNIDADE |
| SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA | 5 ML COM AGULHA 25 X 7 | UNIDADE |
| SERRA DE GIGLI | 30 CM | UNIDADE |
| SERRA DE GIGLI | 40 CM | UNIDADE |
| SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE | 10 FR | UNIDADE |
| SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE | 12 FR | UNIDADE |
| SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE | 14 FR | UNIDADE |
| SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE | 16 F | UNIDADE |
| SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE | 6 FR | UNIDADE |
| SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE | 8 FR | UNIDADE |
| SOLUÇÃO PVPI (POLVIDINE DEGERMATE) ALMOTOLIA | 100ML | FRASCO |
| SOLUÇÃO PVPI (POLVIDINE TINTURA) ALMOTOLIA | 100ML | FRASCO |
| SONDA ALIMENTAÇÃO SILICONE, | 14 a 26 french,C/BALÃO | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 10 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 12 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 14 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 16 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 18 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 20 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 4 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 6 | UNIDADE |
| SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL | Nº 8 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | N. 4 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 10 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 12 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 14 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 16 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 18 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 20 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 22 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 24 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 2 VIAS | Nº 8 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 3 VIAS | Nº 14 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 3 VIAS | Nº 16 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 3 VIAS | Nº 18 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 3 VIAS | Nº 20 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 3 VIAS | Nº 22 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY 3 VIAS | Nº 24 | UNIDADE |
| SONDA FOLLEY DE SILICONE 2 VIAS | Nº 6 | UNIDADE |
| SONDA GÁSTRICA | Nº04 | UNIDADE |
| SONDA GÁSTRICA | Nº06 | UNIDADE |
| SONDA GÁSTRICA | Nº08 | UNIDADE |
| SONDA NASOGASTRICA LONGA | Nº 10 | UNIDADE |
| SONDA NASOGASTRICA LONGA | Nº 12 | UNIDADE |
| SONDA NASOGASTRICA LONGA | Nº 14 | UNIDADE |
| SONDA NASOGASTRICA LONGA | Nº 16 | UNIDADE |
| SONDA NASOGASTRICA LONGA | Nº 18 | UNIDADE |
| SONDA NASOGASTRICA LONGA | Nº 20 | UNIDADE |
| SONDA NASOGASTRICA LONGA | Nº 22 | UNIDADE |
| SONDA P OXIGÊNIO | Nº 04 | UNIDADE |
| SONDA P OXIGÊNIO | Nº 06 | UNIDADE |
| SONDA P OXIGÊNIO | Nº 08 | UNIDADE |
| SONDA P OXIGÊNIO | Nº 10 | UNIDADE |
| SONDA P OXIGÊNIO | Nº 12 | UNIDADE |
| SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL INFANTIL | Nº08 | UNIDADE |
| SONDA PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL | 10 FR | UNIDADE |
| SONDA PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL | 14 FR | UNIDADE |

MATERIAIS PADRONIZADOS



| DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÃO | APRESENTAÇÃO |
|---|--------------------|--------------|
| SONDA PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL | 8 FR | UNIDADE |
| SONDA PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL | COM OGIVA MET 6 FR | UNIDADE |
| SONDA PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL | POLIURETANO 12 F | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 04 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 08 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 10 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 12 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 14 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 16 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 18 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 20 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 22 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 28 | UNIDADE |
| SONDA RETAL | Nº 30 | UNIDADE |
| SONDA SENGSTAKEN BLACKMORE | Nº 16 | UNIDADE |
| SONDA SENGSTAKEN BLACKMORE | Nº 18 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 04 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 06 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 08 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 10 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 12 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 14 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 16 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 18 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 20 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 22 | UNIDADE |
| SONDA URETRAL | Nº 24 | UNIDADE |
| TELA DE POLIPROPILENO | 15 X 15 CM | UNIDADE |
| TELA DE POLIPROPILENO | 20 X 30 CM | UNIDADE |
| TERMOMETRO CLINICO | PRISMATICO | UNIDADE |
| TIRA REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE GLIC | N/A | UNIDADE |
| TORNEIRA 3 VIAS | 3 VIAS | UNIDADE |
| TOUCA DESCARTAVEL COM ELASTICO | BRANCA | UNIDADE |
| TRANSDUTOR PARA MONITORAÇÃO DE PRESSÃO INVASIVA DESCARTAVEL | DIXTAL DRAGER | UNIDADE |
| TRANSDUTOR PARA MONITORAÇÃO DE PRESSÃO INVASIVA DESCARTAVEL | MODELO MX 9604A | UNIDADE |
| TRANSDUTOR PARA MONITORAÇÃO DE PRESSÃO INVASIVA DESCARTAVEL | MYNDREN | UNIDADE |
| TUBO DE LATEX | NR 200 - 15 M | UNIDADE |
| TUBO DE LATEX | NR 204 - 15 M | UNIDADE |
| TUBO DE LATEX | Nº 203 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 3,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 3,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 4,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 4,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 5,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 6,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 6,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 7,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 7,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 8,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 8,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | COM BALAO Nº 9,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | SEM BALAO Nº 2,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | SEM BALAO Nº 2,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | SEM BALAO Nº 3,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | SEM BALAO Nº 3,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | SEM BALAO Nº 4,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL | SEM BALAO Nº 4,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL (OU CANULA) | COM BALAO Nº 5,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO | COM BALAO Nº 6,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO | COM BALAO Nº 6,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO | COM BALAO Nº 7,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO | COM BALAO Nº 7,5 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO | COM BALAO Nº 8,0 | UNIDADE |
| TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO | COM BALAO Nº 8,5 | UNIDADE |
| UROSTOP (Adaptador para sonda de Foley) | 16 FR | UNIDADE |
| VASELINA LIQUIDA | 1000ML | FRASCO |



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigia/vigilância e manutenção predial

CRITERIOS PARA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS

Os serviços devem ser executados e contratados, atendendo às premissas do **REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ/OSS**, disponibilizados no sitio da Instituição (<http://osshmtj.org.br>) .

VISITA PRÉVIA

Torna-se opcional a visita prévia ao Hospital para melhor entendimento das condições de realização dos serviços, esta deve ser agendada com a OSS HMTJ, através do telefone 32 - 4009-2336, 32-4009 - 2337 ou 32 - 4009-2338, contato Leandro Bonoto.

A visita pode ocorrer em qualquer dia e horário, desde que informado previamente para que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus possa destinar uma pessoa para acompanhar a visita e tirar as dúvidas.

Não será aceito como justificativa para solicitação de aditivos ao valor da proposta o desconhecimento de quaisquer condições relativas à referida unidade de saúde, por parte do Proponente.

DA HABILITAÇÃO:

Os proponentes deverão apresentar a documentação abaixo relacionada, tendo pleno conhecimento de que a não regularização da apresentação da documentação no prazo estipulado implicará em sua desclassificação e na impossibilidade de ser efetivada a contratação, sem prejuízo da aplicação das demais sanções previstas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços da OSS HMTJ.

Caso a empresa seja escolhida para prestar o serviço, deverá manter tal documentação atualizada mensalmente, sendo essa atualização fator determinante para a realização do pagamento mensal.

| | |
|---|---|
| 1 | Cópia do RG, CPF ou CNH do responsável da empresa |
| 2 | Cópia da Certidão de Regularidade Técnica da empresa vigente de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável) |
| 3 | Cópia da Certidão de Regularidade Técnica vigente do profissional especializado de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável) |
| 4 | Cópia do Contrato Social e da última alteração contratual |

| | |
|----|--|
| 5 | Cópia do Cartão CNPJ |
| 6 | Cópia do Alvará de Localização vigente (se aplicável) |
| 7 | Cópia do Alvará de Vigilância Sanitária vigente (se aplicável) |
| 8 | Cópia da Certidão Negativa de Falência e Concordata |
| 9 | Cópia da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas |
| 10 | Cópia da Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União |
| 11 | Cópia da Certidão Negativa do FGTS |
| 12 | Dados Bancários PJ |

Termo de referência para contratação de serviço terceirizado de Limpeza

- Apresentar planilha de custos de acordo com a estrutura;
- Apresentar Licença/ Certificado emitido pela Vigilância Sanitária;
- Comprovar através de documentação adimplência de encargos relativos aos funcionários;
- Apresentar proposta de contrato;
- Comprovar capacidade técnica específica da Mão-de-obra oferecida através de Referências no ramo específico da equipe proposta;
- Apresentar proposta de escala nos respectivos Postos;
- Apresentar proposta para Fornecer Livro de Ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida;
- A proposta não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos Postos, nos regimes contratados, obedecidas as disposições da legislação trabalhista vigente;
- Apresentar proposta para efetuar a reposição da mão-de-obra nos Postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- Apresentar proposta para manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela Administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;
- Apresentar proposta para atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra, qualificada ou entendida como inadequada para a prestação dos serviços;
- Apresentar proposta para instrução ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da Administração, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho

Termo de referência para contratação de serviço terceirizado de Vigia e Vigilância

- Apresentar planilha de custos de acordo com a estrutura;
- Apresentar Licença/ Certificado emitido pela Polícia Federal para funcionamento;
- Comprovar através de documentação adimplência de encargos relativos aos funcionários;
- Apresentar proposta de contrato;
- Comprovar capacidade técnica específica da Mão-de-obra oferecida através de Certificado de Curso de Formação de Vigilantes e referências no ramo específico da equipe proposta;
- Apresentar proposta de escala nos respectivos Postos;
- Apresentar proposta para Fornecer Livro de Ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida, conforme a seguir descrito e com o disposto no respectivo Acordo, Convenção ou Dissídio Coletivo de Trabalho: Uniforme masculino Calça / Camisa de mangas compridas e curtas / Cinto / Sapatos / Meias / Quepe com emblema Jaqueta de frio ou Japona / Capa de chuva / Colete balístico nível 2 / Crachá / Cinto com coldre e baleiro / Munição calibre 38 / Distintivo tipo Broche / Cassetete / Porta Cassetete / Apito / Cordão de Apito / Lanterna para 3 pilhas grandes / Pilhas para lanterna; Uniforme feminino Calça e Saia / Camisa de mangas compridas e curtas / Cinto / Sapatos / Meias / Casaco de frio Distintivo tipo Broche / Crachá;
- A proposta não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos Postos, nos regimes contratados, obedecidas as disposições da legislação trabalhista vigente;
- Apresentar atestado de antecedentes civil e criminal de toda mão-de-obra oferecida para atuar nas instalações da Administração;

Termo de referência para contratação de serviço terceirizado de Manutenção Predial

- Apresentar planilha de custos de acordo com a estrutura;
- Comprovar através de documentação adimplência de encargos relativos aos funcionários;
- Apresentar proposta de contrato;
- Comprovar capacidade técnica específica da Mão-de-obra oferecida através de Referências no ramo específico da equipe proposta;
- Apresentar proposta de escala nos respectivos Postos de manutenção;
- Apresentar proposta para Fornecer Livro de Ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida;
- A proposta não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos Postos de manutenção, nos regimes contratados, obedecidas as disposições da legislação trabalhista vigente;
- Apresentar proposta para efetuar a reposição da mão-de-obra nos Postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- Apresentar proposta para manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela Administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;
- Apresentar proposta para atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra, qualificada ou entendida como inadequada para a prestação dos serviços;
- Apresentar proposta para instrução ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da Administração, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho
- A empresa será responsável pela prestação de serviço de Manutenção Predial da unidade, incluindo instalações prediais, móveis, máquinas e equipamentos;
- A equipe deverá ser treinada e capacidade para atuar nas diferentes demandas;
- Os serviços consistem em pequenos reparos de construção civil, serviços de eletricitista e bombeiros hidráulicos, pequenos reparos em móveis e equipamentos de menor complexidade.
- A Contratada será responsável por toda contratação de pessoal, ferramentas, uniformes, treinamentos, impostos e todos os outros custos inerentes à prestação de serviço.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A contratante, durante a avaliação das propostas, poderá solicitar ao proponente

esclarecimentos adicionais que julgar necessários sobre sua proposta

Após a entrega das propostas, nenhum documento poderá ser anexado à mesma, exceto se solicitado pela contratante.

O julgamento das propostas será efetuado de acordo com normas e critérios exclusivos da contratante e dentro do melhor interesse para gestão e operacionalização da unidade.

Durante a análise das propostas, a contratante poderá excluir qualquer das proponentes, sem direito a indenização, compensação ou ressarcimento de qualquer natureza, e sem prejuízo das sanções cabíveis, se tiver notícia de fato ou circunstância que desabone sua idoneidade ou capacidade financeira, técnica ou administrativa.

As propostas deverão ser enviadas por e-mail e em formato PDF, contendo Razão Social, CNPJ, E-mail e Telefone.

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ/OSS

Capítulo I: Das Disposições Gerais

Art. 1º. O presente regulamento estabelece normas para contratação de obras, serviços e compras no desenvolvimento das atividades do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e no âmbito dos serviços e gerenciamento de unidades públicas e privadas sob a gestão do **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ/OSS**, qualificado como Organização Social de Saúde – OSS.

Art. 2º. A contratação de obras, serviços e compras do HMTJ/OSS no gerenciamento de unidades públicas e privadas serão feitas de acordo com as normas estabelecidas neste regulamento e com o disposto em seu Estatuto Social.

Art. 3º. O cumprimento das normas deste regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas, a melhor proposta para o HMTJ/OSS e para o parceiro ente público/privado, mediante julgamento objetivo, devendo ser observados os seguintes princípios:

- I. Razoabilidade;
- II. Eficiência;
- III. Qualidade;
- IV. Economicidade.
- V. Impessoalidade

Capítulo II: Dos Procedimentos de Aquisição

Seção I: Disposições Gerais

Art. 4º. Os procedimentos de contratação de obras, serviços e compras deverão conter a aprovação da Administração, podendo, a seu critério, ser a função, delegada a pessoa ou órgão de sua confiança.

Seção II: Das Compras

Art. 5º. Entende-se por compra toda a aquisição remunerada de bens ou serviços para fornecimento de uma só vez ou parceladamente.

Parágrafo Primeiro – As compras de bens e serviços serão feitas mediante a apresentação de, ao menos 3 (três) orçamentos ou propostas as quais poderão ser apresentadas por e-mail, fax, lances eletrônicos, lances presenciais ou qualquer outro meio lícito, transparente, eficiente e impessoal, adotado pela entidade, como critério de recebimento das propostas.

Parágrafo Segundo - Poderá, entretanto ser dispensada a apresentação do número mínimo de orçamentos ou propostas previstos no parágrafo anterior, nos casos de urgência/emergência, em caso de ausência de proposta após comprovado o convite ou nos de dispensa ou inexigibilidade previstos no presente regulamento, conforme art. 11 e art. 12 do presente regulamento.

Art. 6º. O processo de compra/aquisição compreenderá as seguintes etapas:

- I. Qualificação de fornecedores;
- II. Requisição de compra;
- III. Pesquisa de mercado;
- IV. Solicitação de orçamentos/proposta;
- V. Avaliação de melhor oferta/ proposta;
- VI. Emissão da ordem de compra.

Parágrafo primeiro: A qualificação dos prestadores de serviços interessados em contratar com a OSSHMTJ dar-se-á pela apresentação dos seguintes documentos, além de outros que porventura sejam solicitados quando da apresentação de orçamentos/propostas:

- I. Cópia do RG, CPF ou CNH do responsável da empresa
- II. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica da empresa vigente de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
- III. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica vigente do profissional especializado de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
- IV. Cópia do Contrato Social e da última alteração contratual
- VI. Cópia do Cartão CNPJ
- VII. Cópia do Alvará de Localização vigente (se aplicável)
- VII. Cópia do Alvará de Vigilância Sanitária vigente (se aplicável)
- VIII. Cópia da Certidão Negativa de Falência e Concordata
- IX. Cópia da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
- X. Cópia da Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União
- XI. Cópia da Certidão Negativa do FGTS
- XII. Dados Bancários PJ

Parágrafo segundo: A qualificação dos prestadores de serviços médicos interessados em contratar com a OSSHMTJ dar-se-á pela apresentação dos seguintes documentos, além de outros porventura solicitados:

- I. Cópia do CRM e RG; CPF ou CNH do médico
- II. Cópia do diploma e título de especialização
- III. Cópia do Contrato Social e da última alteração contratual
- IV. Cópia do Cartão CNPJ
- V. Cópia da Certidão Negativa de Falência e Concordata
- VI. Cópia da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
- VII. Cópia da Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União
- VIII. Cópia da Certidão Negativa do FGTS
- IX. Dados bancários PJ

Parágrafo terceiro: A seleção dos fornecedores de produtos dar-se-á com base na capacidade em atender os requisitos estabelecidos pela instituição e legislação vigente, sendo necessária a apresentação dos seguintes documentos além de outros porventura solicitados quando da solicitação de orçamentos/propostas:

- I. ato constitutivo da empresa (contrato social ou sua última alteração, estatuto social e ata de assembleia, requerimento de empresário individual)
- II. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).

Parágrafo quarto: Aos fornecedores críticos (medicamentos, materiais médicos e alimentos perecíveis) é necessário, além da apresentação dos documentos elencados no parágrafo terceiro, os seguintes documentos:

- I. Manutenção vigente do alvará sanitário
- II. Certificado de responsabilidade técnica
- III. Autorização da ANVISA, quando aplicável
- IV.

Art. 7º. A requisição de compra deverá conter:

- I. Caráter de aquisição: Se normal ou em regime de urgência:
 - a) No caso de compras por meio do regime de urgência, o solicitante deverá fornecer subsídios para o perfeito atendimento da solicitação e da configuração do estado de urgências;

II. Descrição de compra: Que deverá necessariamente conter:

- a) Especificações do bem/serviços;
- b) Definição de quantidade e unidade do bem;
- c) Informações técnicas e demais características que permitam sua aquisição/contratação.

Parágrafo Único – Para fins do inciso I, “a” do presente artigo considera-se de urgência toda aquisição de bens indisponíveis em estoque ou cuja quantidade não atenda ao estoque de segurança estabelecido para a unidade e que necessitem de utilização imediata, bem como de serviços quando necessários para normalizar as atividades reguladoras das unidades interessadas, sobretudo as ligadas ao atendimento assistencial. Poderão as unidades, dado o grau de urgência, adquirir bem ou serviço com recursos próprios ou para pagamento posterior, mediante autorização de seus responsáveis.

Seção III: Das Obras e Serviços de Engenharia

Art. 8º. Entende-se por obra toda construção, reforma, adequação, fabricação, recuperação, ampliação ou restauração, total ou parcial dos bens imóveis da entidade, ou aqueles por elas locados, ou sob sua gestão, realizada por execução direta ou indireta. Por serviços de engenharia entende-se toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção ou trabalhos técnico-profissionais.

Parágrafo Primeiro: A forma e o regime de execução serão escolhidos pela Administração da entidade, cabendo à mesma, a abertura de processo para seleção da melhor proposta e a dispensa ou inexigibilidade do certame concorrencial, na forma do presente regulamento. Aplica-se na prestação de serviços, no que couber, o disposto no art. 6º parágrafo 1º.

Parágrafo Segundo: Para contratação das obras e serviços de engenharia deverão ser consultadas, sempre que possível, 3 (três) empresas. Os estudos preliminares e os projetos deverão considerar, principalmente os seguintes requisitos:

- I. Segurança;
- II. Funcionalidade e adequação;
- III. Economia na execução, conservação e operação;
- IV. Possibilidade de emprego e mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas existentes no local para execução, conservação e operação;

- V. Adoção das normas técnicas, de saúde e de segurança do trabalho adequadas;
- VI. Experiência anterior, regularidade jurídica, fiscal e adequada situação financeira da empresa;
- VII. Impacto ambiental.

Parágrafo terceiro – os serviços dos quais trata a presente Seção poderão ser contratados por meio de pregão, leilão ou lances, quer sejam presenciais ou eletrônicos.

Seção IV: Dos Serviços Técnicos Especializados

Art. 9º. Entende-se por serviços técnicos especializados aqueles relativos a:

- I. Profissionais e serviços da área de saúde, tais como:
 - a) Médicos e equipes médicas, em suas especialidades, fornecedores de mão-de-obra e equipamentos;
 - b) Técnicos e equipes técnicas fornecedoras de mão-de-obra e equipamentos, diagnose e terapia;
 - c) Treinamento e desenvolvimento específico da área da saúde;
 - d) Profissionais ligados à produção técnica científica específica da área objeto da contratação;
- II. Outras atividades especializadas, tais como:
 - a) Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos e executivos;
 - b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;
 - c) Assessorias ou consultorias técnicas fornecedoras e auditorias financeiras ou tributárias e serviços jurídicos e de contabilidade;
 - d) Fiscalização, supervisão, administração ou gerenciamento de obras ou serviços;
 - e) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
 - f) Treinamento e desenvolvimento de pessoas.
 - g) Contratação de empresas fornecedoras de softwares e sistemas de gestão
 - h) Prestação de Serviços de Tecnologia da Informação

Art. 10. Para a contratação dos serviços previstos nesta seção será necessária seleção criteriosa do prestador de serviços, considerando a idoneidade, a experiência, a reconhecida qualidade e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Seção V: Da dispensa e da inexigibilidade de procedimento concorrential

Art. 11. São casos de dispensa do procedimento previsto no artigo 5º, parágrafo primeiro:

- I. Na aquisição de perecíveis;
- II. Aluguel ou aquisição de imóvel destinado a uso próprio;
- III. Telefonia e jornais de grande circulação;
- IV. Aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia.
- V. Para aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo
- VI. Contratação em que houver transferência de tecnologia de produtos estrangeiros para o Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive por ocasião das aquisições destes produtos durante as etapas de absorção tecnológica.
- VII. Prestação de serviços de instalação e acompanhamento dos programas de informática gerenciais
- VIII. Contratação de serviços de manutenção de equipamentos onde, para realização da proposta/orçamento pelo fornecedor, é imprescindível o envio do equipamento. Nesse caso é necessária seleção criteriosa de prestadores de serviços com experiência no ramo de atuação, observando a economicidade para o ente público/privado.
- IX. Para contratações de serviços técnicos especializados, previstos no art. 9º do presente regulamento;
- X. Para os demais casos desde que justificados pela unidade requisitante, após prévio parecer de Administração.

Art. 12. São casos de inexigibilidade do procedimento previsto no artigo 5º, parágrafo primeiro:

- I. Para impressão nos diários oficiais;
- II. Na contratação de fornecimento de energia elétrica, água e gás encanados;
- III. Correios;
- IV. Nos casos de fornecedores e / ou representante exclusivo;
- V. Nos casos previstos com o regime de urgência;
- VI. Quando da impossibilidade de competição, ou seja, inexistência na região geográfica de mais de um fornecedor, desde que adequadamente demonstrada

Capítulo III: Dos Contratos

Art. 13. As contratações de obras, serviços terceirizados, serviços técnicos especializados, alienações, locações e aquisições de bens de imóveis deverão ser objeto de contrato elaborado pela entidade, em acordo de termos com a parte contrária, atendendo aos preceitos e requisitos legais do presente regulamento, do

Estatuto Social da entidade, do código Civil e legislações que disponham sobre a matéria.

Parágrafo Primeiro – Os contratos deverão ser instituídos com documentos necessários à regular contratação dos mesmos.

Parágrafo Segundo – Para aquisição de bens com entrega imediata e integral, dos quais resultem obrigações futuras, inclusive assistência técnica, o termo de contrato é dispensável, **podendo ser substituído pela ordem ou acordo de compra**, respeitando os procedimentos de aquisição de previstos no presente regulamento.

Capítulo IV: Das Disposições Finais

Art. 14. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente regulamento serão decididos pela Administração da entidade sendo submetidos ao respectivo Conselho, na primeira oportunidade.

Art. 15 - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deverá ser documentado de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Art. 16. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, não prejudicando atos jurídicos e fatos perfeitos decorridos ou continuados até a presente data.

Art. 17. As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.

Art. 18. Ficam revogados todas as disposições anteriores que conflitem ou mesmo deliberem sobre questões previstas nos dispositivos contidos no presente regulamento.

Aprovado pelo Conselho de Administração em 21 de julho de 2022.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

Desenvolvimento Humano e Clima Organizacional

O processo de desenvolvimento humano e organizacional compartilhado pelo HMTJ tem como objetivo contribuir com a valorização dos colaboradores e o aperfeiçoamento das suas competências individuais, através de uma abordagem humanizada que, além de considerar os aspectos organizacionais nos processos, considera também as qualidades psicossociais e emocionais de cada indivíduo, promovendo:

- Melhoria do clima organizacional;
- Processos de treinamento e capacitação mais eficientes;
- Diminuição do turnover versus maior retenção de profissionais;
- Atração de talentos cada vez mais qualificados;
- Aumento dos níveis de satisfação dos colaboradores;
- Mais qualidade na assistência, na operação e na administração da unidade e melhoria da imagem da empresa junto a sociedade que está inserida.

Estudos sobre o clima organizacional são fundamentais para o diagnóstico do ambiente interno das organizações, possibilitando o planejamento de intervenções e mudanças, independentemente da organização ser pública ou privada.

O estudo de clima organizacional abre uma nova dimensão na busca de explicações sobre o comportamento organizacional, especialmente quando voltado para a identificação dos aspectos que mais influenciam na percepção dos problemas institucionais.

Um dos parâmetros para a análise do ambiente de trabalho é a determinação do grau de satisfação com que o trabalhador executa suas tarefas e de que forma esse índice de satisfação pode interferir na qualidade das atividades realizadas e na eficácia esperada pela instituição.

O trabalhador, ao ingressar profissionalmente em uma instituição, busca, supostamente, a satisfação de suas necessidades de realização pessoal tanto quanto de realização profissional, e o alcance desses objetivos está atrelado diretamente à importância que a empresa dá à gestão de pessoas e ao alcance da eficácia de seus resultados. Logo, o bom desempenho destes trabalhadores é consequência de uma estratégia eficiente de desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados, ou dos bens produzidos, associada ao desenvolvimento eficiente das pessoas colaboradoras.

O clima organizacional se reflete não só a nível individual, mas também a nível coletivo, influenciando a satisfação do trabalhador e sua performance, assim como a performance de toda a organização.

A justificativa para esta pesquisa está relacionada com a seguinte questão: como a pesquisa de clima organizacional pode ser uma ferramenta eficaz para diagnosticar o grau de motivação dos colaboradores e melhorar o desempenho da gestão.

Desenvolvimento de Pessoas

Com o objetivo de desenvolver constantemente os colaboradores, apresentaremos as políticas de Desenvolvimento de Pessoas, aumentando assim os conhecimentos, habilidades e competência da sua força de trabalho, melhorando o desempenho geral da organização.

Este processo inicia-se desde o primeiro dia de trabalho, na integração institucional/setorial. Na sequência acompanhamos sua adaptação e construção dos conhecimentos internos nas avaliações de experiência e desempenho, bem como nos treinamentos pontuais internos ou externos viabilizados pelo NEP.

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

I. Objetivo

Identificar os aspectos que possa contribuir no engajamento das pessoas frente aos objetivos e estratégias da instituição bem como propiciar um clima de trabalho harmônico e satisfatório. Mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na entidade têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas que permeiam estas interações sejam elas setoriais ou intersetoriais. Orientar a priorização das ações de melhoria pós-pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente que possam ser desenvolvidos.

II. Materiais

Computador, Sistema SIGQUALI, FLUIG, Formulários padronizados.

III. Abrangência

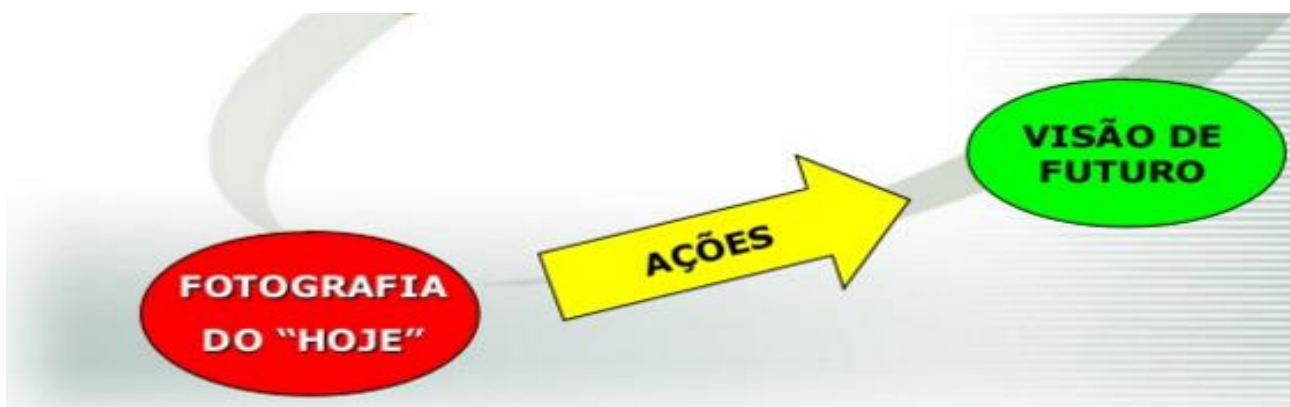
A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

- **Princípios**

- Comprometimento
- Transparência e ética
- Participação mínima de 30%
- Segurança e confiabilidade

Figura I



- **Custos do projeto**

- Tratando-se de projeto elaborado dentro da instituição e disponibilizado por meios eletrônicos, não há necessidade de investimento material para sua execução. **Somente quando esta for terceirizada ao qual contará com orçamento de empresas que prestam este tipo de serviço no mercado. Todavia algumas ações de decoração e brindes de participação poderão ser obtidos por meio de valor de caixa da unidade, com autorização da Direção.**

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

- Cronograma**

São as etapas necessárias para a execução de uma pesquisa de clima organizacional.

É extremamente importante o planejamento da pesquisa de clima, sua divulgação com pelo menos 15 dias antes de início da pesquisa, o engajamento dos gestores como facilitadores e incentivadores dos colaboradores na participação do projeto e principalmente o retorno a todos os funcionários sobre o resultado da pesquisa bem como das ações cabíveis e até mesmo das não cabíveis.

| Estrutura Analítica do Projeto (EAP) | | Cronograma | | Área interveniente |
|--|--|--------------------|---------|----------------------------------|
| | | Início | Término | |
| Etapa I – Diagnóstico do Clima Organizacional | | | | |
| 1 | obtenção de apoio e aprovação para a realização da pesquisa; | mar | mar | RH / Diretoria/ Administração |
| 2 | definir objetivos da empresa e o seu planejamento; | mar | /mar | RH / Diretoria/ Administração |
| 3 | escolher e desenvolver a metodologia de aplicação da pesquisa; | mar | mar | RH |
| 4 | teste piloto; | | | |
| 5 | parametrização; | | | |
| 6 | divulgação da pesquisa; | mar | mar | RH / Comunicação |
| 7 | aplicação do questionário e coleta dos dados; | abr | abr | RH |
| 8 | tabulação e análise dos resultados; | abr | abr | RH |
| Etapa II – Análise e Planejamento de Ações de Melhoria (opcional) | | | | |
| 1 | gerar relatórios e feedback para todos os membros da organização; | mai | mai | RH |
| 2 | desenvolvimento de planos de ações que contemple soluções possíveis; Priorização de ações segundo grau de importância estratégica (opcional) | mai | mai | RH / Demais Deptos |
| 3 | assessorar a implantação e gerenciamento do plano de ação; | mai | mai | RH |
| 4 | aplicar nova pesquisa de clima para analisar os resultados do plano de ação; | Julho ano seguinte | | RH / Comunicação |
| 5 | comparar resultados com a pesquisa anterior. | Junho ano seguinte | | RH / Lideranças e Diretoria |

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

- Modelo Divulgação Resultado por Unidade

**RESULTADO
PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL**

| META MÍNIMA DE SATISFAÇÃO | 85% |
|---------------------------------|----------|
| PERÍODO DE REALIZAÇÃO | jul/201x |
| FILIAL | xxxx |
| EMPREGADOS ATIVOS NA FILIAL | xxx |
| ABSTENÇÕES | xxx |
| EMPREGADOS DE FÉRIAS NO PERÍODO | xx |
| RECEM ADMITIDOS | xx |
| LICENÇA INSS | xx |
| RETORNO RESPOSTAS | xx |
| PERCENTUAL PARTICIPAÇÃO | xx% |
| VARIÁVEIS CORPORATIVAS | |

| | |
|---|--|
| 1 A EMPRESA | |
| 2 COMUNICAÇÃO | |
| 3 ESPIRITO DE EQUIPE | |
| 4 HIGIENE E SEGURANÇA | |
| 5 RECONHECIMENTO E RECOMPENSA | |
| 6 LIDERANÇA | |
| 7 TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO | |
| 8 BENEFÍCIOS | |
| 9 RELAÇÃO COM O TRABALHO | |
| 10 MOTIVAÇÃO | |
| MEDIA DE SATISFAÇÃO GERAL | |
| IMPORTANCIA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE | |

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

As pontuações obtidas se dividem de acordo com a seguinte escala:

de 90 a 100 é considerada como uma pontuação excelente só requerendo reforço.

de 70 a 89 é considerada como uma pontuação boa, apesar de não agregar muitos valor. Nesse faixa há uma maior dispersão das respostas (maior desvio padrão) - ABERTURA DE PROCESSOS PREVENTIVOS

de 0 a 69 é considerada como uma pontuação que requer ações imediatas - ABERTURA DE PROCESSOS CORRETIVOS

- Questionário

| VARIÁVEIS | | PERGUNTAS |
|---------------------|----|--|
| A Empresa | 1 | Sinto-me satisfeito em participar do quadro de colaboradores da entidade. |
| | 2 | Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria o HMTJ para um amigo/parente como um bom lugar para trabalhar. |
| | 3 | Eu conheço a missão, a visão e dos valores do HMTJ. |
| Comunicação | 4 | Os informativos utilizados pela Empresa apresentam com clareza as notícias e informações. |
| | 5 | No meu setor existem reuniões frequentes entre coordenação e equipe. |
| | 6 | As decisões que afetam meu trabalho são comunicadas e explicadas previamente. |
| | 7 | O meio de comunicação que considero mais eficiente na entidade é: (Colocar as opções de escolha para esta questão: quadro de avisos, jornal interno, tela do computador, e-mail, livro de ocorrência) |
| Espírito de Equipe | 8 | No meu setor existe cooperação para o alcance das metas e resultados esperados pela instituição. |
| | 9 | No meu setor as pessoas se relacionam de forma educada, respeitosa e existe entre a equipe uma relação de confiança. |
| Higiene e Segurança | 10 | A organização e limpeza das áreas são adequadas. |
| | 11 | No meu local de trabalho existem recursos materiais e equipamentos necessários para realização do trabalho de forma produtiva, com conforto e bem-estar físico (temperatura ambiente, nível de ruído, lay-out, mobiliário etc.). |
| Reconhecimento | 12 | Sinto que meu trabalho é reconhecido. |
| | 13 | Participo da minha avaliação de desempenho, recebendo como feedback meus pontos fortes e meus pontos de melhoria, para que eu possa crescer profissionalmente. |
| Liderança | 14 | A Coordenação do meu setor me motiva e incentiva meu crescimento profissional. |
| | 15 | A Coordenação do meu setor divulga e discute com a equipe o planejamento de trabalho e os objetivos traçados para a área. |
| | 16 | A Coordenação do meu setor está sempre acessível à equipe e aberta a nos ouvir. Aceita bem sugestões para melhoria do trabalho e desenvolvimento setorial. |

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

| | | |
|--------------------------------|----|---|
| | 17 | A Coordenação do meu setor me dá autonomia necessária para realização das tarefas. |
| | 18 | A Coordenação do meu setor possui as competências necessárias para conduzir, desenvolver e gerenciar a equipe, usando medidas e regras claras. |
| Treinamento e Desenvolvimento | 19 | Durante meu período de experiência (45 e 90 dias) recebi treinamentos e orientações que foram fundamentais para as atividades que exerço. |
| | 20 | Mensalmente no meu setor existe uma programação de treinamentos |
| | 21 | Os conteúdos dos treinamentos realizados são relevantes para o bom desempenho das atividades e crescimento profissional. |
| | 22 | Fui capacitado em todos os POP's e PRS's referentes ao meu setor. |
| Benefícios | 23 | Os benefícios oferecidos pela Instituição atendem as minhas necessidades. |
| | 24 | Os benefícios oferecidos estão dentro das possibilidades da instituição. |
| | 25 | As informações sobre os benefícios oferecidos são comunicadas de forma clara. |
| Relação com o Trabalho | 26 | As atividades que devo desempenhar em meu setor, estão bem definidas. |
| | 27 | O trabalho em meu setor é distribuído adequadamente entre os demais colaboradores evitando sobrecarga. |
| Motivação | 28 | Sou incentivado a realizar meu trabalho com entusiasmo. |
| | 29 | Me sinto motivado em realizar as minhas atividades no meu setor. |
| | 30 | Gosto do trabalho que realizo. |
| Sistema de Gestão da Qualidade | 31 | Acho importante o Sistema de Gestão da Qualidade da empresa e reconhecimento certificações/prêmios recebidos. |
| | 32 | Tenho acesso a todas as ferramentas da qualidade, POP's e documentos com informações pertinentes ao funcionamento do meu setor e de orientação das minhas atividades. |
| | 33 | Todos os POP's e PRS's do meu setor estão de acordo com o trabalho desenvolvido. |

SUGESTÃO: Aqui é um espaço só seu! Deixe aqui suas sugestões de melhorias ou algum comentário que acredita ser importante (Campo livre para escrita)

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

- **Convites**

Figura I



- **Convite E-MAIL para o Geral com período**

Participe de nossa Pesquisa!

Defina o clima na ENTIDADE.

A ENTIDADE preparou, no período de xx a xx de abril de 201x, uma pesquisa de clima organizacional e conta com a sua participação.

Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial. Caso você não tenha acesso a um e-mail, não se preocupe, o RH irá disponibilizar um computador para você acessar a pesquisa e responder.

Sua opinião faz toda diferença!

O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Convite CARTAZ para os colaboradores.**

Entre no clima você também!

Convidamos você para contribuir com a construção da história da UPA/do Hospital/da ENTIDADE, dando a sua opinião sobre seu dia a dia na instituição.

Para isto você tem uma importante tarefa nas próximas semanas, **de xx a xx de julho de 201x**: responder a pesquisa de clima organizacional.

O objetivo do questionário é avaliar a opinião dos colaboradores em relação ao ambiente de trabalho e a maneira como as pessoas interagem umas com as outras.

Para participar:

Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

Caso você não tenha acesso a um e-mail, não se preocupe, o RH irá disponibilizar um computador para você acessar a pesquisa e responder.

Sua participação é importante!

Se você tiver dúvidas, entre em contato com a equipe de Recursos Humanos de sua unidade!

O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Convite para os Gestores**

Senhores Coordenadores,

Em Abril, convidaremos suas equipes para participarem da nova edição da Pesquisa de Clima Organizacional e contamos com sua colaboração para incentivá-los a responderem as questões que trarão informações importantes para a UPA/ o Hospital/ entidade, inclusive para os processos de sua área.

Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Para os colaboradores que não tem e-mail, precisamos de sua ajuda, disponibilizando um computador em local de fácil acesso onde estes poderão responder a pesquisa.

Sua participação é muito importante neste processo.

Temos como meta alcançar o índice de 30% de respostas por unidade, motive sua equipe a responder!

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato conosco aqui na Sede.

- **Texto que vai junto com o Link de acesso ao Questionário**

Senhores Colaboradores,

Convidamos você para contribuir com a construção da história da UPA/do Hospital/da entidade, dando a sua opinião sobre seu dia a dia na instituição.

Para isto você tem uma importante tarefa, responder a este questionário. Basta acessar o link abaixo e ele abrirá nosso formulário on line. Não precisa ficar preocupado, pois trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Sua participação é importante!

Se você tiver dúvidas, entre em contato com a equipe de Recursos Humanos de sua unidade!

O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Realização da Pesquisa de clima:**

Após realização do cronograma de organização para realização da pesquisa de clima, o RH local deverá fazer reunião com as lideranças afim de informar as ações que se sucederão do projeto e conscientizar sobre a importância do apoio e incentivo do líderes aos colaboradores para boa adesão no uso da ferramenta. Lembrando que a meta atribuída ao mínimo de participação é de 30%.

Título: Gestão do Clima Organizacional

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 187

Revisão: 04

Data: 09/03/2022

Em seguida, após ampla divulgação realizada nos períodos já mencionados em tópico anterior, o RH ao realizar a pesquisa de clima deverá ir comunicando as lideranças o percentual atingido na pesquisa por meio de chamadas telefônicas ou em grupos de telecomunicação móvel afim de fomentar maior adesão e movimentação por parte das lideranças com os liderados.

As pontuações obtidas se dividem de acordo com a seguinte escala:

ESCALA DE PONTUAÇÃO DA PESQUISA DE CLIMA

| |
|---|
| de 90 a 100 é considerada como uma pontuação excelente só requerendo reforço. |
| de 70 a 89 é considerada como uma pontuação boa, apesar de não agregar muitos valor. Nesse faixa há uma maior dispersão das respostas (maior desvio padrão) - ABERTURA DE PROCESSOS PREVENTIVOS |
| de 0 a 69 é considerada como uma pontuação que requer ações imediatas - ABERTURA DE PROCESSOS CORRETIVOS |

Ao final do período programado para a ação, o RH deverá fazer o compilado e preparar documento para apresentação à Direção para verificação dos pontos a serem abordados com as liderança e colaboradores.

Após esta validação, deverá ser programado a forma de apresentação as lideranças dos resultados da pesquisa, normalmente situado por meio de uma reunião, ao qual neste mesmo momento, e proposto aos líderes a montagem do plano de ação e tratativas dos pontos abordados.

Logo em seguida é feita a apresentação dos resultados aos colaboradores, seja por meio de reunião, seja por meio de divulgação dos resultados pelos canais de comunicação da instituição: quadro de aviso, grupo de telecomunicação móvel, quadro setoriais, mesas do refeitório.

Ao final do período programado das ações é feito um balanço do que foi possível finalizar e os planos de ação que deverão serem mantidos.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

- INDICADOR DE RESULTADO DO PROJETO: Índice de respostas
 - ✓ LINHA DE BASE: Nº de questionários respondidos / Nº de colaboradores ativos no período
 - ✓ META: 30%
- Satisfação do clima Interno Global – RH – Anual:
 - ✓ LINHA DE BASE: Classificação conforme pontuação obtida nos resultados.
 - ✓ META: 90%

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTIGÊNCIA:

O ideal é que seja feito por uma empresa terceirizada ou pelos menos um revezamento onde um ano seja feita de modo interno e no outro por um terceiro especializado neste processo.

Título: Gestão do Clima Organizacional**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 187**Revisão:** 04**Data:** 09/03/2022

O pedido deverá ser feito à Direção que analisará conforme orçamento financeiro da entidade para delinear qual forma de aplicação será adotada.

O ano em que não puder ser realizado a PCO, por alguma questão financeira ou organizacional, verificar com a Alta Direção um retorno aos colaboradores e realizar no ano seguinte em tempo hábil e planejado.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

Pesquisa de Clima Organizacional (PCO): a pesquisa de clima visa em um primeiro momento, proporcionar a análise da organização com o seu ambiente, bem como o conjunto de condições que caracterizam o estado de satisfação e/ou insatisfação dos colaboradores na intuição e das demais pessoas que com eles interagem.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 045**Revisão:** 12**Data:** 20/02/2023

I. Objetivo

Atualizar o conhecimento do indivíduo ou equipe acerca de um tema. Suprir as habilidades requeridas, os conhecimentos específicos para o desempenho eficaz das tarefas do cargo, motivando a sensibilidade nas relações interpessoais, na condução das equipes e otimizando os processos e resultados organizacionais, bem como, promover qualificação continuada dos colaboradores por meio da implantação de Programas de Educação Permanente da equipe de saúde em acordo com os princípios da integralidade e humanização (Portaria nº 1.600, de 07 de novembro de 2011).

II. Materiais

Computador, Sistema RM Vitae, SIGQUALI, Fluig e GCPEC, Espaço Físico, Recursos Tecnológicos (Data Show, Computador, Pen Drive), Formulários padronizados.

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

1. DEFINIÇÃO:

A política de treinamento tem por objetivo desenvolver e aprimorar as competências e os conhecimentos necessários para que os colaboradores possam aprimorar seus hábitos, atitudes e processo internos, que resultará na qualidade de seu trabalho. A política de desenvolvimento de pessoas tem por objetivo incentivar o aprimoramento educacional dos profissionais, por meio de subsídios total ou parcial de bolsas de estudo em cursos.

2. MODALIDADES:

Os treinamentos são oferecidos para equipes e/ou individualmente. Podem ocorrer treinamentos internos, externos ou online.

Os aprimoramentos educacionais são realizados em Instituições de Ensinos reconhecidas pelo MEC, através de convênios e/ou parcerias.

Estas modalidades aplicam-se a todos os colaboradores da entidade, sendo eles celetistas ou prestadores de serviço ao qual atua na gestão setorial.

3. CLASSIFICAÇÃO

Podem ser classificada quanto à sua natureza, forma de realização/execução e público-alvo.

Quanto à sua natureza

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

- Técnico: ações de capacitação que estejam diretamente relacionadas às atividades profissionais, ao negócio e/ou à estratégia da instituição.
- Comportamental: ações voltadas para o aprimoramento de competências comportamentais que são relevantes para o desempenho profissional.

Quanto à forma de realização/execução

- Presencial: são treinamentos realizados com a presença de um instrutor ou facilitador, podendo ser realizados tanto nas dependências da organização (interno) quanto externamente.
- EAD – Ensino à Distância: são treinamentos realizados *on line*, via *chats*, conferências, vídeos e outros.
- *On-the-job*: são treinamentos realizados durante as atividades laborativas no seu ambiente de trabalho, sob orientação de profissional que possua domínio sobre o conteúdo abordado, nosso Multiplicador.

Quanto ao público-alvo:

- Individual: inscrição em atividade com o objetivo educacional de atender à demanda individual de capacitação.
- Equipe: inscrição em atividade com objetivo educacional de atender à demanda de um grupo específico da organização.
- Corporativo: inscrição em atividade com o objetivo educacional de atender à demanda de diversas áreas da organização ou de toda a organização.

4. AUTORIZAÇÃO

Cada solicitação será analisada individualmente pelos coordenadores e pela direção da instituição. Será requisito para aprovação:

Treinamentos/Capacitações Internas ou Externas/In company:

- Confirmação de que existe de fato a necessidade do treinamento;
- Comprovação de que o treinamento agregará habilidades e conhecimentos à pessoa ou equipe e à instituição;
- Avaliação de desempenho do solicitante ou equipe (assiduidade, disciplina, responsabilidade);
- Disponibilidade de verba para investimento.

5. SOLICITAÇÕES

Para os treinamentos/capacitações das equipes, o coordenador da área deverá preencher o formulário LNTD – “Levantamento de Necessidade de Treinamento e Desenvolvimento”, conforme **PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD**, e encaminhar ao setor de Recursos Humanos via Sigquali para controle. Em caso de solicitarem treinamento a setores terceiros, estes deverão ser acordados anteriormente, de forma detalhada e antecipada a data de interesse para aplicação do treinamento, o motivo de estar solicitando essa capacitação, a quantidade de participantes previsto e o objetivo que pretende atingir com esta aplicação. Após este consenso e publicação da LNTD no Sigquali, a coordenação deverá solicitar por e-mail ao setor terceiro, com pelo menos 30 dias prévio a preparação do treinamento conforme acordado.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

6. PRAZOS

Treinamentos/ Capacitações Internas:

Os coordenadores deverão encaminhar ao Setor de Recursos Humanos, o LNTD levantado a partir das necessidades existentes, podendo ser elaborado de forma anual ou semestral de acordo com a necessidade de cada setor. O processo representa uma oportunidade para que seja construído com base nas reais necessidades das equipes de trabalho, objetivando o crescimento dos profissionais e da nossa instituição.

A emissão deste novo documento no Sigquali deverá cumprir o prazo, preferencialmente, de um mês de antecedência do início da vigência do próximo LNTD **e no caso da impossibilidade por motivo plausível, apresentar via fluig a justificativa da não realização do novo LNTD em tempo.**

Treinamentos Externos/ In company:

Os colaboradores e coordenadores deverão encaminhar ao Setor Recursos Humanos no mínimo de 30 (trinta) dias antes do início, para análise a aprovação junto à diretoria o formulário **PRS HMTJ 045_Anexo 16_Análise Avaliativa de Congresso, Seminário ou Simpósio.**

7. INVESTIMENTO

Treinamentos Externos/In company:

- A pós-graduação na faculdade SUPREMA/JF terá o valor 70% pago pela instituição, em caso de disponibilidade de verba, **PRS HMTJ 189 - Concessão e Manutenção Bolsa de Estudo.** Para cursos fora do horário de trabalho, as horas adicionais serão computadas como banco de horas.
- Nos casos de colaboradores que custeiam **sua especialização/ pós graduação na mesma área de atuação**, poderão combinar previamente com suas Coordenações, uma troca de plantão extra visando valorizar política de capacitação de profissionais e retenção de talentos na entidade. Lembrando que nestas trocas devem se atentar para o fato que nenhum colaborador fique sem o descanso de pelo menos um domingo ao mês.

8. TREINAMENTOS / CAPACITAÇÕES

Treinamentos/ Capacitações Internas

Planejamento:

Cabem aos setores, ao final de cada ano, montar um projeto especificando, os treinamentos comportamentais previstos para desenvolvimento profissional de seus colaboradores no ano seguinte, podendo este estudo ser realizado juntamente com o RH.

Ainda assim, é importante ressaltar que as ações planejadas que não puderem ser realizadas em virtude de variáveis como: decisões organizacionais, surgimento de novos treinamentos, entre outras, podem ser reagendadas/ programadas por meio de abertura do FLUIG de justificativas no intuito de redirecionar as ações planejadas.

Quanto aos Treinamentos Técnicos, cabe a cada coordenador de área efetuar e definir o Levantamento de Necessidades de Treinamento do seu setor. A equipe poderá ser consultada quanto à identificação destas

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

necessidades, que deverão ser analisadas para verificação de viabilidade.

As demandas de Treinamento e Desenvolvimento devem abranger os seguintes critérios, sempre que aplicável ao setor:

- I. Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que são aplicáveis a toda organização, quando elaboradas e revisadas
- II. Comportamentais (identificar e solicitar ao RH para que ministre, caso necessário)
 - **Demandas identificadas nas Avaliações Individuais de Desempenho**
 - **Treinamentos obrigatórios por Lei**
 - **Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.**

O LNTD, **PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD**, deverá contemplar os seguintes dados:

Anexo I – Questionário

1. No intuito de facilitar o desenvolvimento do plano de capacitação e desenvolvimento de sua equipe e também ajudarmos na orientação da criação de sua LNTD, deverá ser preenchido um questionário que direcionará o que deve contemplar seu cronograma de Capacitação do período.
2. No questionário será contemplado itens relativos a se foi identificado algum GAP de competência nas avaliações de 45, 90 ou anuais, se houve troca de materiais ou equipamentos críticos, se existe algum conhecimento que seja proveitoso ao setor, se o setor realiza a utilização de materiais ou equipamentos críticos, além de outros pontos relativos as RNC's, LEG ou matriz de risco, ou mesmo de competências técnicas ou treinamentos não realizados.

Anexo II - LNTD

1. Método de Identificação da Necessidade do Treinamento – preencher com a situação que ocasionou a necessidade de treinamento: Aquisição de novo material ou equipamento; Capacitação de material e equipamento crítico; Capacitação de novo colaborador; Comportamento de colaborador (es); Demanda Legal (Legislação); Desenvolvimento de gaps de Competência; Desenvolvimento Técnico; Evento Adverso; Indicador; Matriz de Risco; Não Conformidades recebidas; Reunião Setorial; Treinamento da última LNTD;
2. Data final para Realização do treinamento: Período de acordo com a previsão definida quando programado o treinamento;
3. Tipo de Treinamento – Conhecimentos (Assuntos técnicos não relacionados ao setor e sim a formação), Habilidades (Assuntos técnicos relacionados ao setor e função) ou Atitudes (Assuntos de desenvolvimento comportamental);
4. Tema do Treinamento - Descrever o título do treinamento de maneira sucinta, a ideia central do que será treinado;

PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

5. Objetivo – resultado esperado com o treinamento realizado. O preenchimento deste campo deverá sempre começar com um verbo no infinitivo devido ser uma ação a ser realizada, como exemplo: Fazer/ Realizar/ Capacitar.
6. Instrutor - Setor ou funcionário responsável por ministrar o treinamento;
7. Total de Participantes Previstos - número total de funcionários do setor, quando para mais setores somar o número de funcionários.
8. Setores a serem treinados - Identificar quais serão os setores participantes;
9. Data Final para Realização da Avaliação do Treinamento - Após a avaliação o palestrante terá 30 dias para a avaliação de eficácia do treinamento e os cinco dias restantes para preenchimento do formulário e a entrega no setor de RH;
10. Status do treinamento - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Será preenchido com uma das seguintes opções: Realizado; Realizado além do programado; Realizado abaixo do programado; Pendente; Pendente e justificado;
11. Reprogramação - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Informar quando cabível a data que o coordenador informou da nova aplicação do treinamento/avaliação;
12. Observação - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Será informado quando tiver uma informação atípica.

NOTA¹: Em caso de preenchimento do modelo Sistêmica, a planilha LNTD (anexo 2), terá mais um campo a ser preenchido, “9. Público-alvo” que deverá ser preenchido além do setor, as funções específicas dos setores que receberam treinamentos.

Para a elaboração da LNTD deve-se atentar as seguintes orientações:

- 1) É obrigatória a elaboração para setores que tenham 5 ou mais colaboradores.

Observação: Aos setores com o número inferior a 5 colaboradores será necessário a aplicação de treinamentos de periodicidade quadrimestral, ou seja, contendo os tipos de treinamento – conhecimento/ habilidade/ atitude ao longo do ano. Tornando obrigatório também uma planilha de LNTD para a capacitação e desenvolvimento de seu corpo técnico funcional, mesmo que abaixo deste quantitativo.

- 2) Caso seja elaborada semestralmente ou anualmente, deve conter, ao menos, um treinamento de cada tipo (conhecimento, habilidade e atitude), sendo o mínimo de três treinamentos por semestre e seis anuais;
- 3) Só poderá ser publicada a próxima LNTD os setores que se encontram sem pendências anteriores de treinamento programados, caso o setor encontre-se em débito, deve buscar a resolução antes da nova publicação.

Observação: Esta resolução se faz necessária para que o RH possa conferir na nova LNTD se acrescido os treinamentos faltosos ou justificados, ou ainda para que não haja cobrança de capacitações que não tenham necessidade de estarem presentes na nova programação dos setores.

PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

Os dados acima deverão ser preenchidos na Planilha LNTD - Levantamento de Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento. O LNTD deverá ser elaborado e encaminhado para o setor Recursos Humanos para análise e aprovação.

Todo treinamento realizado, estando ou não programado na LNTD, deve ser registrado para que possa ser computado nos lançamentos do mês e entregue ao RH com suas devidas evidências, as demandas que forem identificadas após a elaboração nos períodos acima definidos poderão ser acrescentados como treinamentos adicionais, com o mesmo registro, sempre encaminhado para o setor Recursos Humanos para análise e lançamento.

Periodicidade:

- A periodicidade dos treinamentos será definida pelos gestores de acordo com a rotina de cada setor, com a exigência de capacitar 100% dos colaboradores programados.

NOTA²: Em caso de férias do gestor responsável, o mesmo deverá antecipar a programação do treinamento e realizar a avaliação de eficácia assim que retornar do gozo desses dias. Nos casos de afastamento não programados, o responsável interino deverá realizar o treinamento conforme programado.

Após a elaboração do planejamento é necessário organizar os recursos necessários dos treinamentos:

- Produção de slides e/ou material didático para servir de apoio,
- Reserva de salas/auditórios com recursos audiovisuais necessários

Controle:

A execução dos treinamentos deverá ser realizada de acordo com o Levantamento de Necessidades e Treinamento e deverão ser registrados na "Lista de Presença para Treinamentos", conforme **PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento (Lista presença treinamento/ capacitação)**.

As coordenações deverão entregar ao Setor de Recursos Humanos (que tem a responsabilidade de gerir o controle de todos os treinamentos realizados em sua Unidade), até o quinto dia do mês seguinte a realização dos treinamentos, todos os documentos referentes a cada Treinamento realizado tais como:

- Registro de treinamento **PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento**;
- Anexo com o conteúdo abordado (caso necessário);
- Avaliação de reação **PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa de Avaliação de Treinamento (Avaliação de Reação)**;

Avaliações:

A avaliação de reação, aplicada após a realização do treinamento, servirá para avaliar os aspectos relacionados a elaboração, conteúdo e aplicação do mesmo. Ela atuará como feedback e servirá para ajustes, se necessários, e melhor programação de futuras ações de treinamento que tragam retorno positivo para o profissional e, conseqüentemente, para a organização. Já a avaliação de eficácia tem como objetivo avaliar o nível de

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

conhecimento adquirido após o treinamento, por isso a mesma é aplicada 30 dias após a realização deste para verificar o conteúdo absorvido pelos colaboradores e não somente as informações retidas imediatamente após o treinamento.

Pesquisa de Avaliação do Treinamento - Avaliação de Reação:

O objetivo desta avaliação, **PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa de Avaliação de Treinamento (Avaliação de Reação)**, é verificar o nível de satisfação do treinando, no que se refere ao instrutor (conhecimento técnico, didática, cumprimento do conteúdo programático, pontualidade e forma de interação com o treinando) à infraestrutura (espaço físico e equipamentos), aplicabilidade do conteúdo em suas atividades profissionais, a carga horária, dentre outros.

Esta avaliação deve ser respondida pelo treinando ao término do treinamento, objetivando captar sua percepção imediata.

NOTA: Somente é obrigatória a aplicação desta avaliação nos treinamentos que alcancem número igual ou superior a 05 participantes, independente de estar planejado no LNTD ou não.

Avaliação de Eficácia Treinamento:

A finalidade desta avaliação é verificar se o treinamento atingiu os objetivos contribuindo, de fato, para melhorias comportamentais e técnicas. É a correlação entre os resultados e os objetivos esperados pelo treinamento.

Dentro do prazo mínimo de 30 (trinta) dias, a contar do término do treinamento, a coordenação deverá aplicar a Avaliação da Eficácia, conforme PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço), PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação de Eficácia (Prova) e PRS HMTJ 045_Anexo 5.1_Prova Avaliativa do Treinamento e PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de capacitação (no caso de colaboradores abaixo de 80%).

NOTA³: A avaliação de eficácia escolhida pelo setor deverá atender também ao critério de 80% de acerto nas avaliações por colaborador. O colaborador que não alcançar a média, deverá obrigatoriamente ser retreinado no mês subsequente.

A aplicação é de responsabilidade do instrutor do treinamento e/ ou da liderança imediata do colaborador, devendo esta ser entregue ao RH após o vencimento de no mínimo 30 e de máximo 60 dias, para que possa ser efetuada a mensuração dos indicadores para acompanhamento do desempenho. As avaliações aplicadas pela entidade são Observação em Serviço ou Prova Escrita, onde cabe ao coordenador, ao final de no mínimo 30 dias e de máximo 60 dias após a realização do treinamento, observar e avaliar o treinando em sua atividade relacionada ao tema treinado e verificar se houve mudanças técnicas e/ou comportamentais. Poderá ser realizada das seguintes formas:

- **Prova Escrita** - A prova escrita deve ser elaborada com questões relacionadas ao tema do treinamento. O percentual de acerto e a capacitação de cada treinando avaliado deverão ser registrados no **PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação eficácia (prova)**.
- **Observação em Serviço** – A observação em serviço deverá ser realizada através da verificação do treinando executando atividade relacionada ao tema treinado, quando for aplicável. O relatório do aproveitamento do

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

treinamento deverá ser registrado no **PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço)**

- A observação em serviço **dos setores sistêmicos** deverá seguir a mesma premissa já descrita. Lembrando de levar em consideração o objetivo do treinamento. O relatório do aproveitamento do treinamento deverá ser registrado nos documentos **PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação eficácia – Prova teórica** ou **PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço)**.

Neste momento, alguns questionamentos devem ser feitos:

- O que os participantes aprenderam?
- Eles colocaram em prática no trabalho o conhecimento adquirido?
- Houve mudança de atitude ou aumento/desenvolvimento do conhecimento técnico?
- Aumentou a produtividade?
- Gerou impactos favoráveis para o profissional, equipe e organização?

NOTA⁴: Para o preenchimento dos tópicos descritos na avaliação de eficácia, cabe ao instrutor do treinamento e/ou a liderança imediata do colaborador levar em conta todos os participantes presentes (quando da elaboração de uma avaliação englobando todos os participantes do setor) no momento da avaliação, sinalizando com a nota adequada para o grupo.

NOTA⁵: Para os colaboradores que não atingirem o percentual de 80% de capacitação deverá ser feita uma análise de capacitação do mesmo por meio do documento **PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de capacitação** e ser traçado um plano de ação visando atender ao seu desenvolvimento no treinamento ou mesmo alguma resolução que compreenda a justificativa de falta de capacitação.

Formulário de Justificativa de Ausência:

Este formulário deve ser preenchido pelo sistema FLUIG, para que o RH anexe junto com a lista de presença, nas seguintes situações:

1. Quando um ou mais funcionários do setor não participarem do treinamento.
2. Quando um treinamento programado não puder ser realizado.
3. Quando tiverem participantes além do programado na LNTD.
4. Quando não for entregue dentro do prazo a avaliação de eficácia e/ou a LNTD.

NOTA⁶: Diante da não realização de treinamentos da LNTD ou casos de colaboradores que não realizaram a capacitação no mês programado (repescagem), seja por qualquer motivo, o gestor deverá reprogramá-lo e realizá-lo no período máximo de 3 meses (90 dias). Lembrando que este período deverá estar relacionado na justificativa do Fluig, salvo em casos omissos a serem analisados pelo RH, somente para os casos de afastamentos superiores a este período mencionado, poderá ser reprogramado para a próxima LNTD.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

O formulário **PRS HMTJ 045_Anexo 8.1_Termo Justificativa de ausência no treinamento** deverá ser utilizado em casos ao qual o colaborador se recusar a realizar o treinamento.

Treinamento de Integração/Ambientação:

O RH junto com o Comitê de Recepção, PRS HMTJ 045_Anexo 9_Regimento Interno do Comitê de Recepção, formado pelos setores: RH, Qualidade, SCIH, SESMT, CSTI, Departamento de Pessoal, SND, Ouvidoria, Segurança do Paciente, Gestão de Segurança, Gestão Ambiental e Farmácia deverão realizar o treinamento inicial com todos os novos colaboradores. O comitê de recepção acontece na data de admissão do colaborador, antes deste iniciar suas atividades.

Cabe ressaltar que por ser política de instituição, é de responsabilidade do gestor acompanhar a participação do seu respectivo colaborador ao treinamento.

Casos especiais deverão ser analisados pelo RH e adequados conforme necessidades, podendo ser realizado até somente com um colaborador.

Programação do Treinamento de Integração / Ambientação (todos os cargos)

Comitê de Recepção (Data de admissão do colaborador)

Módulos:

- SESMT - Medicina do Trabalho e Segurança no Trabalho
- SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- NSP – Segurança do Paciente
- Políticas de RH
- Gestão Ambiental
- SND – Serviço de Nutrição e Dietética
- Políticas de DP
- Qualidade
- Gestão de Segurança
- Farmácia
- CSTI
- Ouvidoria
- **Manutenção**
- Apresentação da entidade
- Apresentação do novo colaborador ao setor de trabalho.
- Integração a equipe de trabalho e treinamento setorial desenvolvidos pelo gestor imediato (**PRS HMTJ 045_Anexo 1_TBI -Treinamento Basico Introdutorio**).

*Prazo máximo para cada palestrante: 15 a 30 minutos.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

NOTA⁷: Para os Cargos Gerenciais/ Coordenações, estes deverão participar além do Programa de Treinamento de Integração/ Ambientação, do Programa de Treinamento de Gestão, sendo de responsabilidade do gestor as marcações da capacitação quando necessário a serem ministradas com outros setores.

NOTA⁸ O TBI deverá contemplar treinamentos referentes a conhecimentos e habilidade dispostos no PEC (Ex: Integração, POP e PRS). Essas capacitações deverão ocorrer durante o período de experiência e ser entregue juntamente da 2ª avaliação de experiência (90 dias). Ao término dos 45 primeiros dias, será aplicada, pelo RH, uma prova institucional. ***PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 45 dias e o formulário de PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias.***

NOTA⁹: Quando não for possível os treinamentos de integração em uma só etapa, dividir a mesma em duas etapas sendo que a primeira deve ser realizada, impreterivelmente, no primeiro dia de trabalho do colaborador prioritariamente com os setores: RH, DP, SCIH, SESMT e os demais sendo realizados em uma segunda etapa, preferencialmente, nos primeiros 30 dias ou dentro do contrato de experiência.

Processo:

- Na Regional MG agendar na secretaria de SUPREMA (JF), a sala/ auditório para realizar a recepção dos novos colaboradores.
- Programar as palestras e passar por e-mail e/ou aplicativo de mensagens para membros do Comitê de recepção.

Capacitação para utilização de medicamentos, materiais e equipamentos considerados perigosos ou críticos.

Estipula que todo colaborador ao ingressar na instituição em função que seja necessária a utilização e/ou manipulação de medicamentos, materiais e equipamentos considerados perigosos ou críticos, deverá constar em seu TBI a capacitação inerente a esses itens.

Fica sob responsabilidade dos setores que fornecem e os que fazem uso desses, a definição de quais medicamentos, materiais ou equipamentos serão considerados críticos e portanto eletivos para essa capacitação.

Essas capacitações deverão acontecer não somente no ingresso do colaborador na instituição, mas também sempre que houver a entrada de novos itens que sejam elencados como perigosos ou críticos.

Para melhor alinhamento dessas capacitações, definiu-se com Críticos os materiais, medicamentos e equipamentos que possuem potencial risco para o cliente interno e/ou para o cliente externo, seja pela exposição ou pela falta desse item na instituição. (Ex: Bomba infusora; EPI).

Caberá ao SESMT o acompanhamento e fiscalização dos colaboradores diante do uso desses materiais, tanto nos já existentes na instituição quanto em novas aquisições.

A citação desses itens, contendo seus riscos e a forma de controle e conduta, está descrita em procedimentos sistêmicos dos setores envolvidos, bem como os treinamentos estão descritos em seus respectivos TBI's. A atualização desses itens nos documentos citados, deverá ser informada ao RH por meio de comprovação da

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

capacitação realizada ou da justificativa de ausência do treinamento.

Ações:

- Reunião com os setores de Farmácia, Suprimentos, Almoxarifado, CME, Radiologia, unidades de Internação e Engenharia Clínica; Registrar em Ata a apresentação do documento em que está registrado a lista onde consta quais são os materiais, medicamentos e equipamentos considerados perigosos ou críticos, a forma de controle do cumprimento das diretrizes estipuladas para uso;
- Definição do gestor sobre o levantamento de necessidade de recapacitação dos colaboradores sobre os materiais, medicamentos e equipamentos considerados perigosos ou críticos existentes na instituição, através de notificação dos setores envolvidos, RNC e/ ou expertise da liderança;
- Acrescimento do tópico de materiais e equipamentos críticos em utilização no treinamento básico introdutório (TBI) para os setores que tenham e/ou utilizam a fim de realizar capacitação já no período introdutório dos novos colaboradores;
- Acompanhamento dos treinamentos relativos a materiais e equipamentos críticos por meio da definição dos mesmo nos levantamentos de necessidades de treinamento e desenvolvimento (LNTD).

9. GESTÃO DE TALENTO PESSOAL

1. RETENÇÃO DE TALENTOS

A retenção de talentos deve ser planejada com uma perspectiva integrada dos processos de gestão de pessoas. Sem essa integração, corre-se o risco de criar políticas e iniciativas que não fazem sentido para os funcionários.

O primeiro requisito para que a estratégia de retenção de talentos seja bem-sucedida é a adequada identificação dos talentos na organização. A Entidade adota as seguintes ferramentas como forma de identificar seus talentos:

- Avaliação de desempenho por competências
- Recrutamento Interno, conforme **PRS HMTJ 047 - Recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal**, processo em que a empresa proporciona a seus colaboradores a oportunidade de movimentação entre áreas, processos e, conseqüentemente, de crescimento profissional
- PDL - Programas de Desenvolvimento de lideranças, conforme **PRS HMTJ 052_PDL Programa de Desenvolvimento de Lideranças**
- Convênios/Parcerias com: Universidades, Drogarias, Cursos de Idiomas, Academias de Ginástica, dentre outros
- Eventos Institucionais como: Campanha de Vacinação da Gripe e Febre Amarela para seus Colaboradores, Dias das Mães e dos Pais, Dia Internacional da Mulher, Semana da SIPAT, Natal, dentre outros;

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

- Programa de Trainee.

2. CULTURA DE APRENDIZAGEM:

A cultura de aprendizagem é percebida como a prática da disseminação constante do conhecimento entre os colaboradores da instituição, com o objetivo de potencializar os pontos fortes e desenvolver as fragilidades identificadas na organização. Para o alcance desses objetivos é utilizado como base o aprimoramento das competências delineadas para cada função, desde formações formais como graduações e cursos de extensão como também demais metodologias estratégicas que tenham o conhecimento como ideia central. Dessa forma acredita-se que incentivando os colaboradores nessa busca incessante pelo aprendizado, serão formadas equipes mais colaborativas, resilientes com condições de atingir resultados excelentes.

Dentre as estratégias que possibilitem a implementação desta cultura na instituição, temos:

- Na captação de novos talentos no mercado de trabalho, além das competências definidas para cada PEC, inserir a verificação da capacidade que o potencial colaborador possui para compartilhar conhecimento, buscando entender sua habilidade para se comunicar nos relacionamentos interpessoais, se possui atitude e interesse na troca de experiências, se sente confortável com essa condição. Trazer para instituição pessoas que estejam alinhadas a este objetivo, facilitará a fluidez desse processo.
- Incentivar que os colaboradores compartilhem conhecimento com os demais colegas de equipe, como por exemplo solicitar que um colaborador mais antigo contribua na capacitação do novo colaborador durante a aplicação de seu TBI no período de experiência. Ou ainda quando houver no setor algum colaborador que participou de alguma formação ou evento proporcionado pela instituição, que este repasse os conhecimentos adquiridos para os demais colaboradores da equipe.
- Medidas internas de produzir conhecimento - Quando a instituição promove ações ou implementa processos que viabilizem a continuidade do aprendizado através de workshops, eventos, disponibilização de bolsa de estudos para cursos de pós graduação, execução da LNTD, Treinamentos situacionais, incentivo de Feedbacks de orientação, plano de ação na avaliação de desempenho, Biblioteca colaborativa, projeto "RH Indica" voltado a colaboradores e lideranças, dentre outros. Salienta ainda neste tópico, o uso da política de cultura justa, que visa dentre outras coisas, criar um ambiente sem culpa onde os colaboradores são capazes de relatar erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição, que falhas e incorreções sejam distinguidas de infrações intencionais, no intuito de aprendizado e capacitação das equipes diante de situações envolvendo segurança do paciente, fomentando assim o fortalecimento de barreiras diante de oportunidades de melhoria.
- Envolvimento das lideranças na busca do desenvolvimento. Quando a liderança se faz de exemplo demonstrando a vontade que possui em aprender, participando e buscando novas oportunidades de aumentar seu conhecimento, aplicando os conhecimentos adquiridos na equipe sob sua gestão, e assim estimulando seus liderados a agirem da mesma forma.
- Incentivar o autodesenvolvimento dos colaboradores, para que busquem evoluir por fontes além das oferecidas na instituição, fazendo deles co-responsáveis pelo seu próprio desenvolvimento.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO PERÍODO DE EXPERIÊNCIA

A avaliação do desempenho, por meio de suas políticas e práticas, tem a capacidade de integrar todos os processos inerentes ao órgão de Pessoas e, quando instituído de forma séria, formal e eficaz é capaz de avaliar todo o programa de Gestão de Pessoas nos diversos processos que são realizados na organização. As ferramentas, os programas e os métodos que surgem para melhorar a administração organizacional, quando bem implantados e aplicados, trazem benefícios que podem ser enxergados a curto, médio e longo prazo para a organização, gerente e para os colaboradores.

É realizada no período de 90 dias do colaborador na instituição e é dividida em duas etapas:

Primeira etapa: (primeiros 45 dias)

- O Coordenador deverá: Fazer a gestão de seus colaboradores de forma a acompanhar o vencimento dos períodos de experiência, através da planilha de acompanhamento dos funcionários admitidos no período que será enviada pelo setor de RH.
- Realizar a avaliação via GCPEC (Avaliação de 45 dias). Os formulários **PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 45 dias e PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias** serão aplicados pelo Setor de RH, no dia agendado com a coordenação para o feedback juntamente com o funcionário. O gestor deve aplicar o feedback ao colaborador sobre o resultado apresentado, independente de prorrogar ou não o contrato de trabalho. O colaborador deverá atingir um percentual mínimo de 70% de acerto na prova institucional, em caso de não obtenção deste resultado, deverá ser **aplicado uma nova prova ao colaborador para que o mesmo obtenha o percentual necessário, se não for obtida pela segunda vez a nota o funcionário deverá participar do Comitê de Recepção para que seja capacitado novamente e fazer uma terceira tentativa.**
- Em caso de perda do prazo para realização da avaliação no sistema GCPEC, a coordenação deverá realizar uma justificativa de ausência no sistema FLUIG informando o motivo de não ter realizado dentro do prazo e fazer feedback ao colaborador para cada competência essencial do cargo.

O RH deverá:

- Enviar um e-mail até o último dia de cada mês com a Planilha de Acompanhamento do Colaborador que contém os dados referentes ao período de experiência dos colaboradores para auxiliar o acompanhamento dos gestores.

Segunda etapa: (demais 45 dias)

O Coordenador deverá:

- Fazer a gestão de seus colaboradores de forma a acompanhar o vencimento dos períodos de experiência, através da planilha de acompanhamento que será enviada pelo setor de RH.
- Realizar a avaliação via GCPEC (Avaliação de 90 dias).
- Aplicar uma prova, contendo preferencialmente 10 questões objetivas, pertinentes às atividades exercidas no cargo. Este modelo de prova deverá ser entregue ao RH, devidamente corrigido, com a nota obtida e

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

assinado, para registro e futuras conferências. O colaborador deverá atingir um percentual mínimo de 70% de acerto na prova, em caso de não obtenção deste resultado, deverá ser realizado um plano de ação para que o mesmo melhore seu percentual de capacitação e a ação corretiva será aplicar uma nova prova ao colaborador.

- A coordenação deverá realizar o feedback com o funcionário da avaliação realizada via GCPEC antes da data do vencimento do contrato. Juntamente com a prova setorial aplicada ao colaborador neste mesmo período e o TBI. Ao final a coordenação irá informar o colaborador a data que foi agendada com o RH para realização da entrevista **PRS HMTJ 045 Anexo 11.1_ Entrevista para avaliação do Período de Experiência 2ª Etapa – 90 dias.**
- No caso de não prorrogação do Contrato de trabalho o gestor deverá além de fazer a avaliação enviar via Fluig a solicitação de desligamento do referido colaborador.
- Dar feedback ao Colaborador do resultado apresentado, independente de prorrogar ou não o Contrato de Trabalho. No caso de colaboradores a serem desligados, este feedback deve ser feito no momento da rescisão de contrato.
- Em caso de perda do prazo para realização da avaliação no sistema GCPEC, a coordenação deverá realizar uma justificativa de ausência no sistema FLUIG informando o motivo de não ter realizado dentro do prazo e fazer **no mínimo quatro** feedbacks ao colaborador, **um para** para cada competência essencial do cargo, conforme PEC.
- **O coordenador deverá acompanhar por meio da planilha de avaliação de experiência enviada pelo RH mensalmente, se o seu colaborador teve oportunidades de melhoria apresentadas no momento da entrevista. Caso tenha algum gap identificado na entrevista, o mesmo deverá sinalizar na entrega do TBI e tomar as devidas providências: informar se foi um gap trabalhado e finalizado dentro da avaliação de experiência do GCPEC e/ou realizar feedbacks como forma de plano de ação antes de finalizar o período de experiência informando como o colaborador está sendo desenvolvido.**

NOTA¹⁰: Os processos relativos a gestão por competências estão descritos com maior riqueza de detalhes no PRS HMTJ 263 - Processos de gestão por competência GCPEC.

Objetivo da Avaliação

Fornecer os elementos objetivos e formas que possibilitem a avaliação do desempenho do colaborador no período do contrato de experiência, visando confirmar ou não a prorrogação de seu contrato de trabalho por tempo indeterminado, sob o prisma de que o concurso, por si só, não define, e nem permite, conhecer todo o potencial dos profissionais.

Como Avaliar

A avaliação será feita pela chefia imediata do colaborador. Caso a chefia imediata esteja ausente no período proposto no cronograma para realização das avaliações, caberá ao seu substituto interino a realização das avaliações, contanto que tenha acompanhado o profissional a ser avaliado desde o início de suas atividades.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

Etapas do Processo

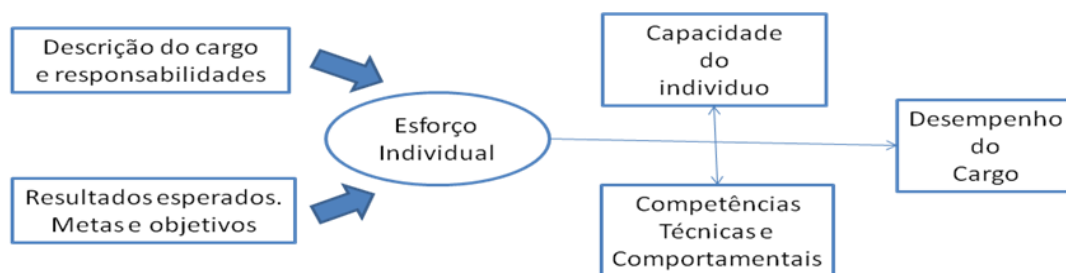
- Preenchimento do Formulário

Caberá à liderança imediata o preenchimento do formulário de avaliação, bem como as justificativas dos itens pontuados. O documento da avaliação de desempenho não necessita ser entregue ao RH da Instituição de forma impressa pois este ficará disponível ao setor de Gestão de Pessoas via sistema GCPEC, sendo sua realização conforme prazo definido no cronograma. O colaborador deverá receber o feedback do coordenador do setor dentro do prazo estabelecido pelo cronograma.

4. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR COMPETÊNCIA

É uma ferramenta utilizada pela área de Gestão de Pessoas para identificar possíveis melhoras de desempenho e competências nos colaboradores da empresa. Partimos do princípio: “O que pode ser avaliado pode ser melhorado”. Portanto, esta metodologia oferece desenvolvimento profissional e outros benefícios para a organização.

Figura I



Objetivos

- Permitir condições de medição e desenvolvimento do capital humano visando determinar a sua plena aplicação;
- Permitir o aumento dos recursos humanos como importante vantagem competitiva e cuja produtividade pode ser desenvolvida, dependendo da forma de administração;
- Fornecer oportunidade de crescimento e condições de efetiva participação de todos os membros da organização, tendo em vista, de um lado os objetivos organizacionais e de outro os objetivos individuais.

Benefícios para os Líderes

- Avaliar o desempenho e o comportamento dos colaboradores, baseados em fatores objetivos de avaliação, contando assim com um sistema de medição capaz de neutralizar a subjetividade;
- Propor providências no sentido de melhorar o padrão de desempenho de seus colaboradores;
- Estabelecer a comunicação com os membros da entidade, no sentido de fazê-los entender e compreender a avaliação de desempenho como um sistema objetivo e eficaz na medição do seu desempenho.

Benefícios para os colaboradores

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

- Conhecer as regras e metodologia do processo;
- Conhecer quais são as expectativas do seu gestor em relação ao seu desempenho, seus pontos fortes e fracos; segundo a avaliação do gestor;
- Fazer uma autoavaliação e autocrítica quanto ao seu autodesenvolvimento e autocontrole.

Benefícios para a entidade

- Avaliar o seu potencial a curto, médio e longo prazo e definir a contribuição e o papel de cada colaborador;
- Identificar os colaboradores que precisam de reciclagem ou aperfeiçoamento;
- Selecionar colaboradores com bons resultados e em condições de promoção ou transferência;
- Dinamizar a política de gestão de pessoas na organização e oferecer oportunidades aos colaboradores.

Como ocorre a avaliação de desempenho por competências?

- A Avaliação de Desempenho (avaliação 180º) é realizada considerando a avaliação da chefia imediata, a auto avaliação do colaborador e o consenso, todas etapas utilizando os fatores baseados em competências fundamentais para o desenvolvimento de suas funções.

Quando ocorre a avaliação de desempenho por competências?

A aplicação dos instrumentos da Avaliação de Desempenho ocorre anualmente para todos os colaboradores com mais de **1 ano** na empresa.

Como realizo minha avaliação de desempenho por competências?

O processo de Avaliação de Desempenho é feito por meio de formulário apropriado para cada cargo disponível via **GCPEC.**, conforme preconizado no Manual de Liderança e PRS HMTJ 263.

Avaliação Médicos PJs

- Cabe a direção geral e/ou médica a realização da avaliação de desempenho dos serviços médicos prestados na unidade, a se realizar por meio de formulário específico na plataforma Fluig.

O que é o Feedback (Retorno)?

“Feedback é o processo de fornecer dados a uma pessoa ou grupo ajudando-o a melhorar seu desempenho no sentido de atingir seus objetivos.”

O feedback deve ser um processo realizado em conjunto de forma interativa, pressupondo objetividade, confiança, autocrítica, senso de justiça e ética por parte tanto do avaliador quanto do avaliado.

LEMBRE-SE: “O avaliado não vai apenas tomar conhecimento do que o seu líder pensa dele, pois o feedback reveste-se de um caráter de orientação em que o gestor deve reconhecer, esclarecer, mostrar o caminho, valorizar e estabelecer metas”.

Dicas para realizar o feedback (retorno da avaliação)

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

O AVALIADOR deve:

- Dirigir-se diretamente à pessoa;
- Seguir o ditado: elogie em público e critique em particular;
- Iniciar sempre pelos pontos fortes, alimentando a auto-estima do avaliado;
- Estabelecer metas de manutenção dos pontos altos (positivos);
- Abordar os pontos a serem melhorados, sempre relacionados com dados reais;
- Fazer com que o avaliado compreenda o que precisa melhorar;
- Estabelecer metas de melhorias com prazos fixados para reavaliação;
- Finalizar a avaliação dando espaço para que o avaliado fale;
- Reforçar mais alguns pontos fortes, para estimular a auto-estima e terminar em clima e bem-estar;
- Em caso de crítica, tomar todos os cuidados para que seja construtiva;
- Ao final, agradecer a atenção do avaliado.

O AVALIADO deve:

- Focar atenção no avaliador e ouvir atentamente;
- Em caso de dúvidas, fazer perguntas que o ajudem a compreender o raciocínio do avaliador;
- Colocar-se no lugar do avaliador e imaginar como conduziria esta situação;
- Solicitar esclarecimentos para assegurar o entendimento;
- Fazer uma análise profunda de tudo que ouviu;
- Ao final, agradecer a contribuição do outro.

Critérios da Avaliação

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS



COMPETÊNCIAS COMPLEMENTARES



Conceituando esses critérios, temos:

1) **Azul** → “Avaliado” Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o “Avaliado” fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.

2) **Verde** → O “Avaliado” cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

3) **Amarelo** → O “Avaliado” cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 – 99%). É necessário então construir em conjunto com o “Avaliado” um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.

4) **Vermelho** → O “Avaliado” não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.

5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

NOTA¹¹: Em casos em que a habilidade não se aplicar como critério de avaliação, não estando descrita na PEC do colaborador, poderá ser utilizada a escolha do campo “.Não se aplica”.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

Para o processo de Treinamento e Capacitação deverão ser mensurados indicadores para acompanhamento do desempenho. Os setores devem encaminhar mensalmente os registros de treinamento para que o setor de Recursos Humanos possa realizar os cálculos.

- I. **Percentual de Liderança capacitados – Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.
- II. **Percentual de colaboradores capacitados – Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.
- III. **Avaliação de Desempenho por Competências** – Anual – Meta: 80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria)/ Ruim.
- IV. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas**– Mensal – Meta: 80%;
- V. **Pesquisa de clima organizacional** – Anual de acordo com a programação do RH – Meta: **80%**

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

I. **Aplicação do Treinamento** – Realização de um novo treinamento contemplando em melhor performance itens (metodologia, instrutor e etc) apurados como oportunidades de melhoria ou mesmo que não tiveram boa efetividade;

II. **Registro de Treinamento** – Em casos de erros nos registros ou mesmo dados faltosos, refazer listagem corrigindo dados para validação do treinamento. E nos casos em que não houver como concertar, solicitar a liderança o envio da informação via e-mail ou circular sobre a organização ou falta dela;

III. **LNTD** – Refazer o LNTD reformulando dados faltosos ou mesmos que não puderam ser realizados;

IV. **Documentos de validação dos treinamentos** – Após conferência dos dados e verificação de inconsistências/ incoerências, entrar em contato com lideranças solicitando correções e justificativas por escrito. Em casos de não

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

realização das correções, realizar registro de não conformidade;

V. Não realização do treinamento de integração – Reprogramar em tempo hábil e em casos de não encaminhamento de participação no Comitê de Recepção, desligar colaborador;

VI. Entrevistas do RH relacionados à avaliação de experiência e aplicação da prova institucional durante a pandemia - Realização dessas etapas por meio de contato telefônico para evitar aglomeração e/ou contato externo com colaborador neste período.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição.

V. Siglas e Definições

RH: Recursos Humanos

T&D: Treinamento e Desenvolvimento

Treinamento: É qualquer procedimento que vise promover e aumentar o aprendizado entre os colaboradores de uma instituição, visando – particularmente – à aquisição de habilidades para um determinado cargo. “É a aquisição sistemática de atitudes, conceitos, conhecimentos, regras ou habilidades que resulta em melhoria de desempenho no trabalho”.

Desenvolvimento: É o processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos colaboradores a fim de torná-los futuros membros valiosos da organização. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências.

É a educação que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar a pessoa para seu crescimento profissional, focalizando, geralmente, os cargos a serem ocupados futuramente na organização e as novas habilidades e capacidades que serão requeridas.

Treinamento Presencial: Realizado com a presença física do instrutor e do treinando, cujo objetivo é qualificar, reciclar, atualizar e/ou aperfeiçoar o desempenho dos treinados. Pode ocorrer em salas de aula de centros de treinamento, em escolas de formação profissional, em instalações adaptadas nos locais de trabalho, reunindo colaboradores de vários órgãos.

Treinamento à Distância EAD: É o tipo de treinamento que se caracteriza pela separação física entre o instrutor e o treinando, utilizando meios de comunicação para promover a interação entre ambos e transmitir os conteúdos educativos.

Treinamento em Serviço ou ON THE JOB: Realizado no ambiente de trabalho do colaborador, destinado à

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

aquisição de conhecimentos práticos e/ou desenvolvimento de habilidades específicas.

Reuniões Informativas: São realizadas periódicas – ou esporadicamente – conforme a necessidade, a fim de atualizar os colaboradores (e as chefias) sobre os assuntos pertinentes às suas áreas.

Palestras: É a apresentação de um assunto específico, seguido de questionamentos e comentários por parte do público. Pode ser apresentada por colaborador da mesma instituição, de outra instituição ou de alguma instituição contratada externamente.

Seminário: Evento que reúne especialistas: De uma ou mais áreas de conhecimento – com o objetivo de promover (ou ampliar) o debate sobre um tema específico, a partir de enfoques diferentes. Os atores de um seminário são os palestrantes, os debatedores, os coordenadores, o secretário e o público em geral.

Congresso / Conferência: Conferência é uma reunião promovida por entidades associativas, visando debater assuntos que interessam a um determinado ramo profissional. Congregam profissionais de renome, objetivando atualizar a categoria e/ou divulgar descobertas científicas. Os congressos são realizados a partir de temas relevantes e englobam cursos de curta duração, palestras, vivências, mesas redondas, etc.

Treinamento de Rotinas de Trabalho: Tem como objetivo capacitar os colaboradores para execução de procedimentos operacionais de forma padronizada e baseada na legislação, garantindo qualidade no atendimento.

Treinamento Técnico: Tem como objetivo capacitar os colaboradores em aspectos técnicos, baseados em literatura pertinente afim de que estes executem de forma adequada a suas funções.

Treinamento Corporativo: São todos aqueles treinamentos realizados para mais de um setor ou em casos em que o treinamento está sendo ministrado de um setor para outro.

Treinamento Comportamental: São todos aqueles treinamentos realizados com o objetivo de desenvolver comportamentos, habilidades e atitudes dos participantes. A avaliação de capacitação neste caso poderá ser observada ao longo do tempo. Orienta-se que para este tipo de treinamento seja observado o momento da execução das atividades durante o treinamento e também a abertura do treinando para refletir sobre tais comportamentos.

Treinamento de Integração: Visa facilitar a adaptação inicial à cultura da instituição e a ambientação social e física, onde o novo colaborador trabalhará.

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

Treinando: é o profissional foco das ações de treinamento e desenvolvimento.

Título: Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 045

Revisão: 12

Data: 20/02/2023

Instrutor: é o profissional responsável pela disseminação de conhecimento nas ações de T&D.

VI. Anexos

PRS HMTJ 045_Anexo 1_TBI_Treinamento Básico Introdutório
 PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD_Levantamento Necessidade Treinamento e Desenvolvimento
 PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento
 PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa Avaliativa de Treinamento (Avaliação de reação)
 PRS HMTJ 045_Anexo 4.1_Compilação da Pesquisa de Avaliação do Treinamento
 PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação de eficácia (Prova)
 PRS HMTJ 045_Anexo 5.1_Prova Avaliativa do Treinamento
 PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em Serviço).
 PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de Capacitação
 PRS HMTJ 045_Anexo 8.1_Termo Justificativa ausência treinamento
 PRS HMTJ 045_Anexo 9_Regimento Interno do Comitê de Recepção
 PRS HMTJ 045_Anexo 10_Avaliação de desempenho no período de experiência 45 dias
 PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias
 PRS HMTJ 045_Anexo 10.2_Avaliação Setorial de Período de Experiência 45 dias
 PRS HMTJ 045_Anexo 11_Avaliação de desempenho no período de experiência 90 dias
 PRS HMTJ 045_Anexo 11.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 2ª Etapa – 90 dias
 PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 90 dias
 PRS HMTJ 045_Anexo 12.2_Manual AD 2018
 PRS HMTJ 045_Anexo 13_Fluxograma de Treinamento LNTD
 PRS HMTJ 045_Anexo 13.1_Orientação de Utilização e Entrega dos Formulários de Treinamento
 PRS HMTJ 045_Anexo 14_PAT_Plano Anual de Treinamento
 PRS HMTJ 045_Anexo 15_Comitê de Recepção
 PRS HMTJ 045_Anexo 16_Análise Avaliativa de Congresso, Seminário ou Simpósio
 PRS HMTJ 045_Anexo 18_Planilha de compilação de treinamentos
 PRS HMTJ 047 - Recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal
 PRS HMTJ 052_PDL Programa de desenvolvimento de lideranças
 PRS HMTJ 189 - Concessão e Manutenção Bolsa de Estudo

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

Título: Programa de Desenvolvimento de Lideranças

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 052

Revisão: 10

Data: 09/03/202

I. Objetivo

Atualizar o conhecimento do indivíduo ou equipe acerca de um tema. Suprir as habilidades requeridas, os conhecimentos específicos para o desempenho eficaz das tarefas do cargo, motivando a sensibilidade nas relações interpessoais, na condução das equipes e otimizando os processos e resultados organizacionais.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Vitae, Sistema SIGQUALI, Sistema Fluig, Espaço Físico, Recursos Tecnológicos (Data Show, Computador, Pen Drive), Formulários padronizados

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

É papel do líder buscar desenvolver a resiliência, entendendo ser essa uma competência necessária para encarar e se adaptar as mudanças que vejam ocorrer, bem como conduzir a equipe nessas situações. É necessário que o líder proporcione um ambiente de trabalho seguro, acolhedor, aberto para discursões e oportunidades de melhoria, buscando sempre capacitar e compartilhar conhecimento com seus liderados, fomentando sempre o trabalho em equipe.

Caberá a liderança estimular sua equipe através da análise do desempenho individual do colaborador, do reconhecimento, do levantamento das oportunidades de melhoria, do feedback constante, e do alinhamento dos objetivos individuais com os objetivos da organização.

Para desempenhar tais papéis, naturalmente, as lideranças precisarão estar preparados, não somente no domínio de aspectos cognitivos técnicos inerentes à sua área de atuação mas, também ter habilidades, disposição e conhecimentos que o coloquem na posição de líder do seu grupo, em condições de agir no sentido convergente com a organização e seus objetivos estratégicos.

O resultado da atuação gerencial deverá ir ao encontro do desejo das pessoas de que seu ambiente de trabalho seja agradável e lhes propicie crescimento profissional e pessoal. Há de ser considerada a combinação dos objetivos organizacionais com os objetivos dos colaboradores

Caberá também ao corpo gerencial a tarefa contínua de alinhar a visão da organização às ações do cotidiano, o que contribuirá para o colaborador manter o sentimento de confiança na organização, ter orgulho de nela trabalhar e, assim, construir seu futuro e realizar seus sonhos.

Na organização, a simplicidade deverá ser objetivo permanente. Não há lugar para desperdício, em sentido geral e, em particular, para o desperdício causado pelas práticas burocratizantes e desnecessárias.

O tempo dedicado à burocracia e às atividades artificialmente complicadas é tempo que poderia ser dedicado à inovação, ao aprendizado, à criatividade, enfim, ao aperfeiçoamento pessoal, organizacional e dos produtos e serviços.

O autodesenvolvimento será promovido com ênfase. O desenvolvimento somente será obtido por meio do

Título: Programa de Desenvolvimento de Lideranças

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 052

Revisão: 10

Data: 09/03/202

engajamento, interesse, emoção e persistência do próprio colaborador.

O gerente atuará como elo dos colaboradores à Visão da Entidade. Fomentará o alinhamento dos colaboradores e será mais um facilitador, fomentador, criador de condições e persistente identificador de oportunidades para desenvolver pessoas e reconhecer seus méritos.

Um líder bem preparado, consciente de suas responsabilidades motiva para o resultado, apoia o crescimento da equipe, introduz novos processos e tecnologias, proporciona o crescimento da entidade e garante competitividade.

Para que isso possa ocorrer, o RH realiza anualmente o levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento, com base nas competências definidas para a área (Liderança), e nos GAPS que venham ser encontrados na pesquisa de clima organizacional e na avaliação de desempenho

Implantação e Implementação do Programa de Desenvolvimento de Lideranças (PDL): será implantado na entidade, com as lideranças, ou seja, com os coordenadores do setor ou colaboradores estratégicos. O programa tem abrangência para todos demais líderes, e os profissionais das unidades participarão com a ajuda dos RH locais, sendo que depois de aprovado e aplicado na matriz..

O programa na prática: O PDL apresenta dois pilares do desenvolvimento do perfil de Liderança Centrada no Coaching/ Desenvolvimento e Autocoaching/ autodesenvolvimento: Hábitos eficazes e Liderança Situacional. Diante de cada pilar, é trabalhado o desenvolvimento de habilidades, competências e comportamentos como, por exemplo: delegar, feedback, comunicação, administração do tempo, ambiente de aprendizagem, decisões compartilhadas, construção de valores, bem como princípios.

As atividades do Programa de Desenvolvimento de Lideranças ao longo do ano são diversificadas, e a metodologia aplicada pode compreender as seguintes ações:

- **RH HMTJ:** realização de capacitações com temas voltados para administração do tempo, relações interpessoais, trabalho em equipe, gestão do clima, como motivar sua equipe, entre outros.
- **Cursos na entidade:** parcerias com instituições como a Dom Cabral.
- **Reunião Mensal de Líderes:** encontro que tem a finalidade de estimular a integração entre o corpo de líderes.
- **Coaching Interno Avaliação de desempenho da liderança no formato 180°:** A instituição trabalha no desenvolvimento das competências essenciais e complementares destinadas à liderança, bem como as competências organizacionais. Nas avaliações onde forem identificados pontos de melhoria, serão criados planos de ação a fim de melhorar o desempenho do líder
- **Avaliação de Performance Pesquisa de Clima Organizacional:** em que os liderados avaliam seus líderes em competências como: acessibilidade, comunicação, *feedback*, relacionamento, motivação, respeito e confiança;
- **As mudanças esperadas:** Com a implantação do PDL – Programa de Desenvolvimento de Lideranças, se espera observar mudanças positivas no relacionamento líder-liderado, bem como, criar na entidade um ambiente muito mais aberto, inovador e de relacionamento construtivo.
- **Mecanismo para medição:** será a comparação da pesquisa de clima do ano de aplicação com a do ano anterior, e a melhora nos resultados das avaliações de desempenho de liderança e de colaborador.

Título: Programa de Desenvolvimento de Lideranças

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 052

Revisão: 10

Data: 09/03/202

- **RH Indica:** com livros, filmes e/ ou cursos no intuito de fomentar e criar cultura de consciência crítica entre as lideranças sobre os principais fatores que compõem um líder;
- **LNTD:** voltadas para os gaps dos líderes e/ ou oportunidades de melhoria identificadas na avaliação de desempenho;
- **TBI:** O treinamento básico introdutório dos cargos de liderança apresenta políticas e normas extremamente importantes ao desenvolvimento inicial destes profissionais.

Visando o desenvolvimento de potenciais líderes, a organização criou o **Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainees em unidades de saúde que estão sob a gestão da entidade.**

O programa de treinamento e desenvolvimento para Trainee na Gestão de Unidades de Saúde da OSS HMTJ, é um projeto voltado para graduados nos mais diversos cursos, como por exemplo Administração, Ciências Contábeis, Economia, Direito, Recursos Humanos, Psicologia, Farmácia e Enfermagem, entre outros, com a finalidade de desenvolvê-los em todas as áreas de apoio à gestão que compõem uma Unidade de Saúde da Entidade.

Ao selecionar esse candidato para o programa, a instituição tem como objetivo reter os profissionais que possuam uma boa postura profissional, que reúnam competências como liderança, proatividade, foco em resultados, capacidade de se comunicar, com habilidade para desenvolver trabalho em equipe, e que se destaquem no treinamento oferecido pela Entidade, se tornando um profissional comprometido com a missão da instituição de prestar uma assistência humanizada à sociedade.

Uma vez desenvolvido com as características citadas acima, este profissional estará apto para assumir funções de liderança dentro da instituição, uma vez que estará engajado no cumprimento dos princípios da mesma.

O Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainee na Gestão de Unidades de Saúde da OSSHMTJ, possui a duração de 12 meses, e durante esse período o Trainee selecionado terá seu contrato regido pela CLT e cumprirá uma carga horária de 44h semanais, sendo esta distribuída de segunda a sexta-feira.

O colaborador da instituição poderá participar do processo de seleção, desde que possua mais de 6 meses na instituição, tenha concluído o nível superior no momento do processo seletivo, que a remuneração recebida no cargo atual seja igual ou inferior à remuneração proposta para o programa, e que a sua participação não gere nenhum impacto negativo às suas atividades setoriais. O colaborador que ingressar no programa, e que ao final dele não for indicado para uma vaga de liderança, não poderá retornar para sua função de origem, salvo se o salário for o mesmo e a vaga estiver disponível.

O profissional inserido nesse programa será capacitado na Sede da OSS HMTJ nos setores de Suprimentos, Contratos, Recursos Humanos, Departamento Pessoal, SESMT, Qualidade, Controladoria, Financeiro, Auditoria Interna, Contabilidade, Custos e Comunicação. Nas unidades, nos setores de Recepção, NIR (Núcleo Interno de Regulação), Manutenção, Engenharia Clínica, Faturamento, Almoxarifado, Farmácia e Controle de Terceirizados. Em todos os setores o Trainee terá como preceptor a liderança responsável pela área, onde serão ministrados os treinamentos de acordo com o conteúdo programático pré estabelecido.

Título: Programa de Desenvolvimento de Lideranças

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 052

Revisão: 10

Data: 09/03/202

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

- I. Percentual de Liderança capacitados – Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.
- II. Percentual de colaboradores capacitados – Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.
- III. Avaliação de Desempenho por Competências – Anual – Meta: 80%** dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria)/ Ruim.
- IV. Adesão aos Processos de RH – Mensal – Meta: 100%;**
- V. Pesquisa de clima organizacional – Anual – Meta: 90%**

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

Não se aplica.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

Alta Liderança = Diretoria: Líder de processos ou da instituição: competências relacionadas a controladoria, relação com acionistas e capacidade de definir e executar estratégias.

Líder = Gerentes: Líder de líderes ou de áreas: competências necessárias para liderar.

Coordenadores, Supervisores e RT: Líder de pessoas, processos e metas: competências básicas e inicia o desenvolvimento de competências estratégicas. É uma pessoa muito importante dentro das entidades, isso pela sua capacidade de gerir e orientar toda a equipe, sendo apto a resolver problemas, motivar o time e trabalhar junto com ele em prol do crescimento e desenvolvimento da entidade.

Líder educador = Gerentes, Coordenadores, Supervisores e RT: é o agente promotor de desenvolvimento e estímulo ao aprendizado de sua equipe.

Líder Técnico/Coach = Diretoria, Gerentes, Coordenadores, Supervisores e RT: O líder-técnico é, acima de tudo, aquele que proporciona desenvolvimento antes de cobrar performance, utiliza ferramentas como *feedback* e delegação, mas, acima de tudo, preocupa-se com o desenvolvimento de seus liderados, tanto nos aspectos profissionais quanto nos pessoais.

Título: Programa de Desenvolvimento de Lideranças

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 052

Revisão: 10

Data: 09/03/202

Liderança Situacional: corresponde à liderança que é moldada de acordo com uma situação apresentada. O líder precisa ter a capacidade de fazer a análise do que está acontecendo, e com “jogo de cintura”, decidir qual postura será adequada para aquela ocasião. Adequando-se ao momento de forma rápida e eficaz, o líder é capaz de delegar tarefas ao mesmo tempo em que motiva seus colaboradores a fazer suas demandas da melhor maneira, alcançando os resultados planejados. Portanto, essa característica adaptativa faz com que o líder seja capaz de contornar todas as adversidades, de forma a eliminá-las.

Esse tipo de liderança requer algumas características específicas para que seja exercida, como ter **“jogo de cintura”, flexibilidade, boa comunicação, bom relacionamento, resiliência, inteligência emocional, maturidade profissional e visão sistêmica**. Essas competências e habilidades fazem com que o líder saiba lidar com diferentes perfis profissionais, além de ter bom retorno, construir relações interpessoais harmônicas, e conseguir perceber os próprios sentimentos e de seus colaboradores

Trainee: Define um tipo de cargo dentro da estrutura hierárquica de uma organização no qual ocorre o treinamento de um profissional para uma tarefa específica.

VI. Anexos

PRS HMTJ 045_Anexo 14_PAT_Plano Anual de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 12_Formulario avaliacao de desempenho por competencia_Geral

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

PRS HMTJ 045_Anexo 22_Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainee na Gestão das Unidades de Saúde

PRS HMTJ 045 – Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoal



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Apresentação de plano de cargos e salários

PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS**Título:** Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 046**Revisão:** 08**Data:** 04/03/2022**I. Objetivo**

Estabelecer normas e procedimentos para aplicação na política de remuneração dos colaboradores do HMTJ. Estimular a profissionalização, atualização e contínuo aperfeiçoamento técnico – profissional, garantindo a promoção de acordo com o desenvolvimento de sua formação acadêmica, experiência vivência individual e auto-desenvolvimento. Buscando a manutenção do equilíbrio interno e externo da Organização.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Gestão de Pessoas, Sistema SIGQUALI, GCPEC e FLUIG, Formulários padronizados.

III. Abrangência

A política é aplicável para todas as unidades geridas pela Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

IV. Descrição dos passos da atividade**DEFINIÇÃO:**

Considerando a necessidade de conferir transparência e eficiência no processo de contratações no âmbito dos serviços e gerenciamento de unidades públicas nos diversos estados do país, pela OSS HMTJ – a entidade publica este Procedimento que aborda as principais normas e critérios de administração de cargos e salários que utilizaremos na Instituição.

A atualização das descrições de cargos e salários tem como objetivo deixar transparente para os colaboradores as regras de ascensão da empresa e servir de base para as decisões do dia a dia dos Diretores e Gerentes relacionadas com Cargos e Salários, respeitando legislações e pisos vigentes nas categorias trabalhistas.

As diretrizes contidas neste documento ajudarão nossos executivos das

PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 046

Revisão: 08

Data: 04/03/2022

diversas áreas da empresa a tomar decisões mais consistentes e coerentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Garantir a atribuição de salário justo a todos os funcionários da entidade sempre de acordo com as atribuições da função exercida;
- Garantir que os salários sejam baseados em pesquisas periódicas do mercado de trabalho em empresas e entidades de mesmo porte e perfil epidemiológico da rede privada e filantrópica com padrões de excelência e qualidade no atendimento;
- Facilitar o controle das folhas de pagamento e permitir uma visão corporativa dos cargos e postos de trabalho autorizados;
- Oferecer e facilitar a promoção de funcionários de acordo com novas habilidades adquiridas e de acordo com o orçamento efetivamente recebido;
- Manter um banco de talentos, permitindo que no caso de postos vagos o recrutamento seja feito internamente com a possibilidade de oferecer melhores posições aos funcionários habilitados;
- Orientar a elaboração de programas de treinamento tendo em vista os requisitos necessários para a ocupação dos diversos cargos que compõem o quadro de pessoal.

RESPONSABILIDADES:

Os custos com funcionários são alocados em Centros de Custos com a finalidade de permitir acompanhamento de execução orçamentária definidos pelo Base Zero e orçamento financeiro disponível para a instituição.

As Descrições de Cargo são analisadas pelo setor de RH e validadas pelos Gerentes dos Processos, em seguida são enviadas para o setor de RH para atualização no sistema SIGQUALI/ GCPEC. Tais análises ou revisões serão realizadas sempre que houver necessidade, por determinações legais a mudança salarial só será permitida quando a função exercida for acrescida de tarefas adicionais, que exijam novas habilidades, ou anualmente de acordo com padrão estabelecido pela qualidade.

Cabe ao Coordenador somente a alteração do tópico: Detalhamento das Atribuições do Cargo.

As demais alterações inerentes a outros campos só poderão ser realizadas pelo setor de RH definidos por meio do planejamento estratégico da empresa ou solicitações da Direção.

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 046

Revisão: 08

Data: 04/03/2022

1. Finalidades da descrição e análise de cargos:

- Subsídios ao recrutamento: fonte de informações para o setor Recursos Humanos, base para coleta de dados, divulgação e técnicas de seleção.
- Subsídios à seleção de pessoas: perfil e características do ocupante do cargo, requisitos exigidos, definição da bateria de provas e testes de seleção etc.
- Material para treinamento: conteúdo dos programas de treinamento, conhecimentos e habilidades exigidos ao ocupante e atitudes frente ao cliente interno e externo.
- Base para avaliação e classificação de cargos: definição de faixas salariais, escolha de cargos referenciais para pesquisa de salários etc.
- Avaliação de desempenho: definição de critérios e padrões de desempenho para avaliar os ocupantes, metas e resultados a serem alcançados.
- Base para programas de higiene e segurança: informações sobre condições de insalubridade e periculosidade comuns a determinados cargos.
- Guia para a liderança: informações sobre o conteúdo dos cargos e desempenho dos ocupantes.

2. Identificação dos Cargos

A descrição de um cargo deverá ser documentada sempre que for criado um novo cargo, e analisada anualmente ou quando houver necessidade de alterações nas descrições vigentes. A liderança (Gerente/Coordenador/Supervisor) de cada setor será responsável pela descrição e validação dos cargos de sua área. A descrição deverá ser realizada no formulário "Perfil Estruturado por Competências", conforme Anexo 1, deste procedimento, através do preenchimento dos seguintes campos, a identificação do cargo deverá contemplar:

Empresa, unidade, cargo e centro de custo (setor), jornada de trabalho - Conforme descrição específica do cargo.

Tipo de PEC - Liderança, operacional, estagiário/trainee.

Descrição do cargo - descrição das principais atividades e responsabilidades institucionais do cargo específico.

Especificações do cargo - descrição de formação acadêmica, características específicas como sexo, informática, experiência, idade mínima e conhecimentos técnicos específicos aplicados a cada cargo.

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 046

Revisão: 08

Data: 04/03/2022

PRINCIPIOS BÁSICOS DA ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS, SALÁRIOS, REMUNERAÇÃO E BENEFÍCIOS

A administração de cargos, remuneração e benefícios da empresa será feita considerando os seguintes princípios básicos. O salário de cada cargo será baseado nos conhecimentos exigidos pela função, complexidades das atividades desenvolvidas e responsabilidades pela execução de tarefas ou apresentação de resultados específicos esperados do cargo.

Os salários serão estabelecidos de forma a serem competitivos quando comparados com os padrões de mercado de empresas que tenham situação econômico-financeira semelhante à da nossa empresa. Por exemplo, empresas que sejam parecidas com a nossa em termos de porte, participação de mercado, filosofia de gestão empresarial e outros fatores que possam indicar que utilizam profissionais do mesmo gabarito dos nossos. Uma remuneração competitiva nos permitirá atrair e reter profissionais de bom desempenho.

A política salarial levará em conta o desempenho econômico-financeiro da empresa e suas perspectivas de crescimento e desenvolvimento. A evolução dos salários será prevista no orçamento, da mesma forma que todas as despesas, receitas e investimentos planejados pela empresa e será acompanhada regularmente pelos sistemas de informações gerenciais.

3. Estrutura de Cargos e Salários

• Estrutura de Cargos

Nossos cargos estão organizados conforme a importância relativa de cada cargo dentro da estrutura organizacional. A estrutura de cargos da empresa é composta por Classes de cargos. Cada Classe de cargos abriga cargos que foram considerados como sendo semelhantes quanto aos conhecimentos exigidos, complexidades e responsabilidades da função.

• Salários

O salário é a remuneração que um trabalhador recebe pelo serviço que ele executa, o valor deste salário é variável de acordo com o contrato firmado entre o empregador e o empregado. O HMTJ se preocupa em pagar um salário compatível com o mercado de trabalho de atual profissional bem como estabelecido por meio de pisos salariais descrito em convenções trabalhistas vigentes.

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 046**Revisão:** 08**Data:** 04/03/2022

- **Remuneração**

A remuneração é a soma do salário contratualmente estipulado (mensal, por hora, por tarefa etc.) com outras vantagens percebidas na vigência do contrato de trabalho como horas extras, adicional noturno, adicional de periculosidade, insalubridade, comissões, percentagens, gratificações, diárias para viagem entre outras. Esta pode variar conforme normas estabelecidas pelo acordo coletivo/convenções de trabalho nas unidades geridas pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

- **Benefícios**

Os benefícios para colaboradores trazem vantagens para a empresa além de deixarem as vagas de trabalho mais atrativas que a dos concorrentes e promovem o aumento da produtividade das equipes. Este benefícios são divididos entre benefícios obrigatórios por legislação e benefícios estratégicos em prol dos colaboradores. São considerados benefícios obrigatórios:

FGTS

O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) é uma contribuição de 8% do valor do salário do trabalhador, que não tem acesso imediato ao benefício. Só pode ser sacado mediante demissão sem justa causa ou em situações definidas pela lei.

Férias

A cada 12 meses trabalhados o colaborador terá direito a um descanso de 30 dias com a remuneração normal acrescida de 1/3 de seu salário. Se ocorrer o desligamento do colaborador antes dos 12 meses ou se já tiver usufruído das férias, o benefício é acrescido no valor da rescisão, ainda que proporcionalmente.

Décimo terceiro salário

Sempre nos dois últimos meses do ano, o trabalhador ganha um salário extra conhecido por 13º salário. Ele é proporcional aos meses trabalhados naquele ano.

Adicional noturno

O adicional noturno é destinado apenas para os trabalhadores que exerçam suas atividades entre 22 horas de um dia às 5 horas do dia seguinte. Trata-se de um valor acrescido ao salário-base.

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 046

Revisão: 08

Data: 04/03/2022

Vale-transporte

Benefício de oferta obrigatória: ou seja, se o colaborador vai trabalhar de carro, carona ou mora muito perto do trabalho, ele pode optar por não receber esse benefício. Se escolher receber o vale transporte terá o desconto de até 6% do valor de seu salário.

Os benefícios para colaboradores que podem ser usados de forma estratégica são aqueles que não são obrigatórios por lei, mas que surtem efeito benéfico em diferentes aspectos, como a retenção de talentos. Tais como: convênios com farmácias, clubes, plano médico, bolsas de estudos, descontos em lugares comerciais e podem variar conforme o perfil e disponibilidade financeira da unidade gerida pela OSS HMTJ.

- **Orçamento**

Cada Centro de Custo terá seu orçamento de salários determinado pela somatória dos salários de cada cargo subordinado ao Centro de Custo estabelecidos pelo Base Zero.

- **Posições Temporárias**

- **Situações de emergência** – quando para o perfeito funcionamento de uma Unidade torna-se necessária a admissão imediata de um novo funcionário, este poderá ser admitido mesmo sem a existência de um Posto autorizado. O Posto temporário assim criado terá validade de prazo determinado sendo automaticamente extinto no fim deste prazo.

- **Afastamento temporário de funcionários** – quando por motivo de afastamento temporário de um funcionário torna-se necessário a contratação de um substituto, este deverá ser contratado num posto temporário. Neste acaso o Posto temporário será criado com vencimento na data prevista para a volta do funcionário regular do Posto

- **Criação de Postos Temporários** – a criação de um Posto Temporário ocorrerá através de solicitação pelo gestor do CC (Centro de Custos), aprovação do Diretor da Unidade e comunicação ao setor de RH e aprovação do Diretor da OSS.

- **Criação de Novos Postos** – a criação de um novo Posto sempre resulta em aumento de custos. Por este motivo a aprovação de um novo

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 046

Revisão: 08

Data: 04/03/2022

Posto seguirá numa sequência de autorizações, respeitando todos os responsáveis pela execução orçamentária.

➤ **Cargos de Confiança** – São os cargos de natureza gerencial ou de assessoramento especial previsto na estrutura de operacionalização.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

4. Salário de Admissão

O salário de admissão será definido sempre no nível inicial da faixa salarial estabelecido no Base Zero apresentado na proposta orçamentária anual e/ ou decisões estratégicas definidas pela Direção.

4.1. Salário para um novo Cargo

Os novos cargos que forem criados serão avaliados e classificados conforme a metodologia e critérios utilizados para elaboração da estrutura de cargos definidos pelo setor de Recursos Humanos.

4.2. Alterações Salariais

Os tipos de alteração salarial previstos no Sistema de Administração de Cargos e Salários são os seguintes:

- Promoção (promoção para um cargo maior);
- Gratificação Salarial;
- Mérito (aumento de salário por merecimento, definidos após avaliação de desempenho);
- Posicionamento dos salários dentro da Faixa Salarial;
- Transferência de Área/ Adequação do cargo;
- Ajustes de mercado;
- Concessão de aumentos coletivos;
- Alteração de carga Horária.

4.2.1 Promoção

Os aumentos por promoção são concedidos aos funcionários que passam a ocupar cargos incluídos numa Classe superior à Classe atual dentro da estrutura de cargos, poderá ocorrer em função da necessidade de preenchimento de uma vaga em aberto (caso de Encarregados, Supervisores, Gerentes, por exemplo).

Os candidatos a uma promoção deverão passar por um processo de avaliação

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 046**Revisão:** 08**Data:** 04/03/2022

conduzido pela área de Recursos Humanos, por critérios definidos no processo seletivo interno.

Os aumentos decorrentes da promoção podem ser concedidos em qualquer mês do ano, desde que o funcionário preencha os requisitos descritos no PEC e necessários à promoção, mínimo de seis meses como funcionário na instituição ou em menos tempo para casos de mudança estratégica definidos pela Direção da entidade, via descrição no Fluig.

Os critérios para as promoções descritas acima compreendem o funcionário participar do processo seletivo interno, sendo encaminhado ao setor de Recursos Humanos para realização de prova teórica direcionada para a área que será realizada a promoção caso seja aprovado com aproveitamento de 70%, entrevista por competência, comprovações/ certificados de que o colaborador atende as competências descritas no PEC, o preenchimento do formulário via sistema Fluig feito pelo gestor da área, para aprovação da direção, assinatura do termo aditivo e exame de troca de função. Quando a promoção for para cargos assistenciais, é necessário que o colaborador aprovado possua registro do conselho atualizado, anuidade paga comprovando que ele pode exercer a função e atestado de nada consta dos anos anteriores. Poderá ser observada a avaliação de desempenho por competência com média superior a 70%, bem como verificação do histórico de sanção administrativa do último trimestre. O processo de promoção deverá levar em consideração a realidade financeira e orçamento disponível da instituição neste período.

Critérios a serem considerados na avaliação para fins de promoção:

- Disciplina
- Assiduidade
- Pontualidade
- Colaboração com a equipe, superiores e colegas de trabalho
- Disponibilidade
- Qualidade do trabalho realizado
- Responsabilidade
- Apresentação pessoal
- Conhecimento da Função
- Desenvolvimento Técnico-Profissional
- Entendimento e pro atividade para mudança
- Comunicação

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 046

Revisão: 08

Data: 04/03/2022

- Organização
- Liderança (para encarregados e acima)
- Resolução de conflitos (para encarregados e acima)

4.2.2 Gratificação Salarial

Poderá ser concedida gratificação pecuniária, nos casos que, após análise do setor de Recursos Humanos e análise orçamentária, for identificada necessidade de função específica realizar atividades relacionadas à liderança ou ser referência na área. Outras gratificações poderão ser concedidas mediante força de legislação e/ou CCT (convenção coletiva de trabalho)

4.2.3 Aumento por Meritocracia (Avaliação de desempenho)

O aumento por mérito pode ser concedido ao funcionário que apresentar desempenho que o destaque significativamente dos demais ocupantes do mesmo cargo ou dentro de uma equipe de trabalho, sendo este levantamento através da ADC – Avaliação de Desempenho por Competência, realizado por meio do GCPEC.

É uma alteração do salário do funcionário dentro da Faixa Salarial da Classe correspondente ao seu cargo definidos pelas faixas: A, B, C e D. Os aumentos decorrentes da promoção podem ser concedidos sempre após a aplicação da ADC e devem se ajustar ao orçamento definido para essa finalidade.

4.2.4 Posicionamento dos salários dentro da Faixa Salarial

O salário de cada profissional será posicionado dentro da faixa salarial conforme o seu desempenho. Para um desempenho plenamente satisfatório, o salário do profissional ficará no nível C. Para um profissional que ainda precise melhorar seu desempenho, ou que ainda não esteja preparado para apresentar um desempenho satisfatório, o seu salário ficará entre os níveis A e B da faixa salarial. O profissional que estiver com um desempenho claramente acima de satisfatório ou mesmo extraordinário terá seu salário estabelecido no nível D da faixa salarial.

A progressão salarial entre faixas acontecerá a cada dois anos, utilizando como base a avaliação de desempenho afim de validar se o colaborador atende aos critérios adotados para a progressão, estando o profissional na mesma função por este mesmo período (02 anos) desde a data de sua admissão. Nos casos de promoção interna, este processo se contará pela data de sua nova função. O processo de progressão se

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 046

Revisão: 08

Data: 04/03/2022

dará, levando-se em consideração a realidade financeira e orçamento disponível da instituição neste período.

O percentual recomendado para os casos de progressão varia entre 2,5% e 7,5% (Faixas A, B ou C). Em casos de desempenho destacado este percentual poderá chegar a 10% (Faixa D). É recomendado analisar com cuidado cada progressão, visando a evitar a criação de problemas de relatividade interna posteriormente.

4.2.5 Transferência de Área

Ocorre uma transferência quando o funcionário passa a ocupar um cargo em outra área. Por exemplo, um Assistente que é transferido da área administrativa para a área assistencial. Uma transferência geralmente não significa que o funcionário receberá um aumento de salário.

Se a transferência for para um cargo de uma classe superior à classe do cargo atual, serão aplicadas as mesmas regras definidas para os casos de promoção.

Se a transferência for para um cargo da mesma classe, e for necessário um aumento de salário para um melhor posicionamento do salário do funcionário na faixa salarial, serão aplicadas as mesmas regras definidas para os casos de progressão.

4.2.6 Ajustes de Mercado

São alterações salariais com o objetivo de alinhar o salário do cargo com os padrões de mercado, constatados por meio de pesquisa de remuneração ou percebidos pela empresa ao encontrar dificuldades para contratar determinados profissionais por um espaço de tempo que confirme ser essa uma situação crônica. A pesquisa de mercado será realizada nas instituições selecionadas pelo HMTJ, a fim de comparar os salários praticados internamente com o mercado externo. Recomenda-se, para manutenção da estrutura salarial praticada e estabelecida na tabela de salários, ser realizada uma pesquisa de remuneração no mercado externo em uma periodicidade de 24 meses.

4.2.7 Concessão de aumentos Coletivos

Poderá ocorrer por duas modalidades:

- Acordo ou Dissídio Coletivo que deverá ser aplicado integralmente
- Antecipação Salarial concedida por determinação legal/ sindical que deverá ser compensada na data base da categoria

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 046**Revisão:** 08**Data:** 04/03/2022**4.2.8 Alteração de Carga Horária**

Modificação ocorrida no salário em função de alteração da sua carga horária de trabalho diária ou mensal (extensão ou redução) após aprovação pelo RH, Controladoria e Direção da unidade.

5. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

Controle das promoções e Avaliação de Desempenho por Competência

6. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

7. CONTIGÊNCIA:

7.1. Em casos de falta de recursos financeiros, poderá ser revisto o Base Zero da área com Gestor, setor de RH, Controladoria e Direção do HMTJ, ou ainda, explanação e justificativa sobre realidade financeira da instituição para órgãos de prestação de contas e colaboradores;

7.2. Outros benefícios podem ser instituídos aos colaboradores através de obrigatoriedade por legislação vigente, Convenções/ Acordos coletivos, referentes a responsabilidades de cargo/ liderança/ responsabilidade técnica ou mesmo acordados com órgãos contratantes.

8. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso em que haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

PEC: Perfil Estruturado por Competências.

NRS: Normas Regulamentadoras.

ADC: Avaliação de Desempenho por Competência.

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 046**Revisão:** 08**Data:** 04/03/2022

Autoridade: transmite a mensagem de ordem sem dar razões ou algum argumento de justificação e os indivíduos subordinados a esta autoridade aceitam e obedecem sem questionar.

Habilidade: capacidade técnica para realizar determinadas tarefas, desenvolvidas a partir de teoria e prática.

OSS HMTJ: Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

CBO: Classificação Brasileira de Ocupação

Competência: Conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e aptidões que possibilitam maior probabilidade de obtenção de sucesso na execução de determinadas atividades.

Cargo: é a denominação de um conjunto de Postos de Trabalho em que todos os ocupantes terão funções semelhantes. Cada cargo terá um determinado numero de Postos de Trabalho autorizados. Ex. Auxiliar Administrativo

Posto de Trabalho: é a designação de uma vaga autorizada dentro de um determinado cargo. O Posto de Trabalho é representado por um numero de até três dígitos. Ex. Auxiliar Administrativo #02

Carreira: designa a área profissional do ocupante de um Posto de Trabalho.

VI. Anexos

PRS HMTJ 046_Anexo 2_Listagem de Cargos e Salários HMTJ

PRS HMTJ 046_Anexo 01 PEC HMTJ 000 - Perfil Estruturado por Competências

PRS HMTJ 047_Anexo 40_Controle PEC Unidades

PRS HMTJ 047_Anexo 41_Planilha competências

RH Informa - Tabela de Dissídios

VII. Referências

Título: Plano de Cargos, Salários, Remuneração e Benefícios**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 046**Revisão:** 08**Data:** 04/03/2022

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

Base Zero HMTJ

Rabaglio, Maria Odete. **Como implantar gestão por competências:** passo a passo.

São Paulo: Edição do Autor, 2015

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

I. Objetivos

Gestão de pessoas por competências é um sistema para gerenciar os diferentes tipos de competências dos profissionais da organização. Esse modelo estabelece critérios claros para construção dos Perfis dos Cargos por Competências (antiga descrição de cargos), sendo assim, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

II. Materiais

Computador, Sistema GCPEC.

III. Abrangência


A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

A partir da iniciação do projeto, se estabelece junto com um Comitê Estratégico da instituição, a Metodologia de Avaliação de Desempenho para os cargos de Liderança e Operacionais e as ferramentas de Feedback, Planos de Desenvolvimento Individuais (PDIs).

O acesso ao sistema se dá por meio do endereço www.gcpecfatorrh.com.br/gcpec/Login. No campo usuário digite a sigla da empresa + o número do seu CPF sem traços, pontos e/ou espaços. Exemplo: usuário: hmtj12345678910. A senha no primeiro acesso é a data de nascimento no formato ddmmaaaa. Digite seu usuário, senha e clique em "Entrar", conforme Figura I.

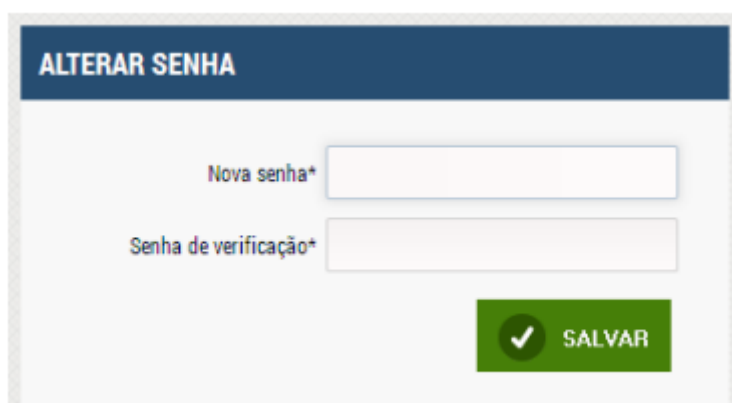
Figura I

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |




Após o login pela primeira vez, o sistema solicitará que você cadastre uma nova senha. O usuário permanecerá o mesmo. A nova senha pode conter letras e números. Devem ser cadastrados no mínimo 6 caracteres e não há limite máximo conforme Figura II.

Figura II



Depois de cadastrar uma nova senha o sistema abrirá a tela inicial do sistema, o qual a quantidade de ícones "abertos" irá se distinguir de usuário para usuário de acordo com perfil cadastrado pelo Recursos Humanos, conforme imagem a seguir.

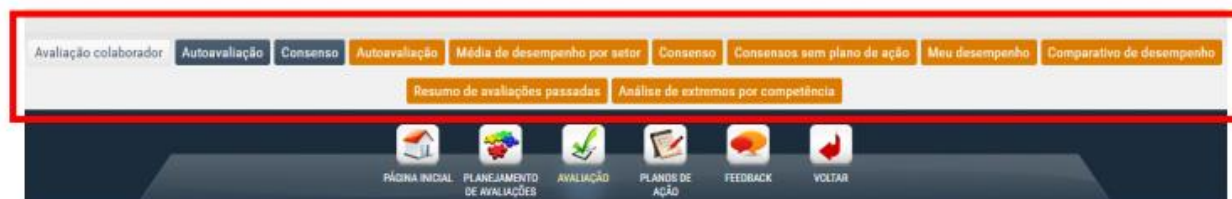
Figura III

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



Ao clicar em qualquer ícone do sistema, este apresentará, no rodapé da página, submenus que reúnem funcionalidades (submenu de cor azul) e relatórios (submenu de cor laranja). O submenu na cor branca é o que está em uso, ou seja, a página que você está operando, conforme exemplo abaixo.

Figura IV




Como o GCPEC funciona diferente para cada tipo de perfil liderança (avaliador) ou operacional (avaliado), será demonstrado a seguir as funcionalidades relativas a cada perfil.

Manual do Avaliador (perfil de liderança)



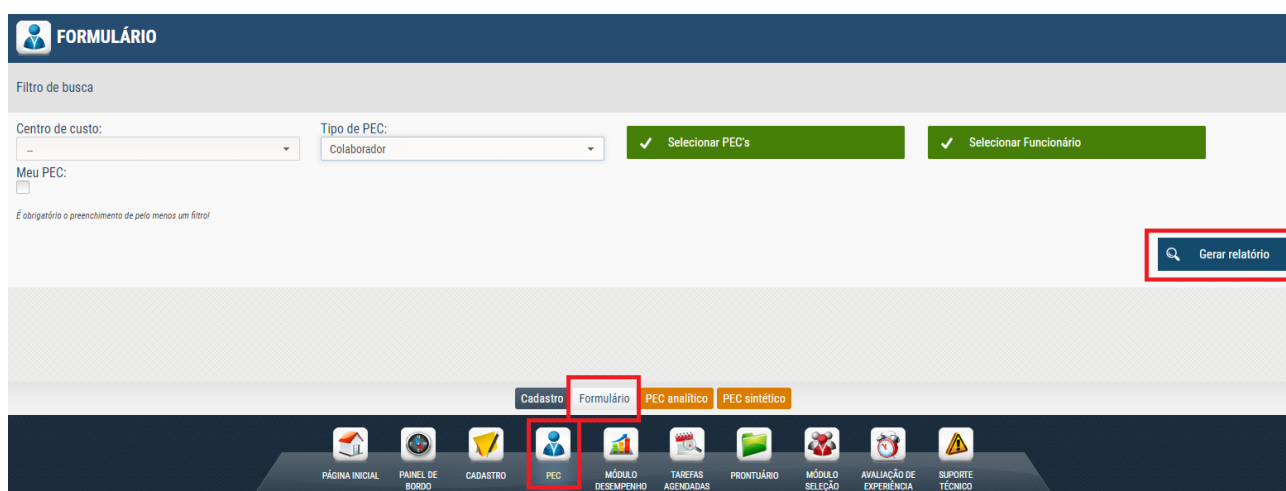
PEC

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

No ícone PEC o avaliador poderá consultar o seu PEC e dos seus avaliados. Se desejar visualizar o seu PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Para visualizar o PEC de seus colaboradores, utilize os filtros para escolher de qual funcionário deseja visualizar, e clique em "Gerar Relatório", conforme Figura V.


Figura V



Avaliação de Experiência

O ícone avaliação de experiência é onde o avaliador poderá fazer a avaliação de seu subordinado. Este modelo de avaliação se refere a 90 graus ao qual o gestor avalia seu liderado devido este estar em período de integração e adaptação do trabalho, não sendo assim plausível a autoavaliação neste momento. O mesmo pode acesar por meio da aba de mesmo nome, clicando em avaliação, conforme Figura VI.

Figura VI

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | |
|  | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



| Nome do Colaborador | Departamento / Unidade | Data da Avaliação | Nota |
|----------------------------|--|-------------------|------|
| ANA PAULA FERREIRA MACHADO | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / UPA ALTEROSAS (BETIM/ MG) | 23/03/2022 | 1* |
| ANA PAULA FERREIRA MACHADO | RECEPCIONISTA / ATENDIMENTO / ACOELHIMENTO / UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OESTE (JUIZ DE FORA/ MG) | 11/03/2022 | 1* |
| ANA PAULA FERREIRA MACHADO | TÉCNICO DE ENFERMAGEM / ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / UPA NORTE (BETIM/ MG) | 12/03/2022 | 1* |
| ANA PAULA FERREIRA MACHADO | TÉCNICO DE ENFERMAGEM / SALA DE CIRURGIA / UPA NORTE (BETIM/ MG) | 11/04/2022 | 2* |
| ANA PAULA FERREIRA MACHADO | AUXILIAR DE LIMPEZA / HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA / CLÍNICAS SUL (SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/ SP) | 20/04/2022 | 2* |
| ANILIZIA MACHADO | ENFERMEIRO I / OBSERVAÇÃO VERMELHA / UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OESTE (JUIZ DE FORA/ MG) | 11/03/2022 | 1* |
| ANILIZIA MACHADO | TÉCNICO DE ENFERMAGEM / OBSERVAÇÃO VERMELHA / UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OESTE (JUIZ DE FORA/ MG) | 11/03/2022 | 1* |
| ANILIZIA MACHADO | ENFERMEIRO I / UPA ALTEROSAS - PLANO CALAMIDADE PÚBLICA - COVID-19 / UPA ALTEROSAS (BETIM/ MG) | 27/04/2022 | 2* |
| ANILIZIA MACHADO | TÉCNICO DE ENFERMAGEM / ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / UPA NORTE (BETIM/ MG) | 12/03/2022 | 1* |


As avaliações de experiência na instituição são padronizadas, divididas em duas etapas, 45 e 90 dias. Em ambas as etapas a avaliação estará disponível com 10 dias de antecedência.

Nota¹ Em ambos períodos de avaliação, após o vencimento do prazo a avaliação expira não sendo possível sua realização, cabendo ao gestor realização de justificativa de pendência de avaliação de desempenho pelo FLUIG, bem como a realização de 1 feedback para cada competência essencial do cargo do colaborador.

Nota² A realização da avaliação pelo gestor deve ser feita em conjunto com o colaborador, cabendo o mesmo a validação ao término do processo.

Nota³ A Realização da avaliação no GCPEC, não exige o gestor do cumprimento das demais atividades conforme etapa de avaliação descrita no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

Nota⁴ Mesmos nos casos em que o gestor optar pelo desligamento este deverá conduzir a avaliação no intuito de justificar sua decisão baseado na análise do desenvolvimento deste profissional em comparativo as competências relativas ao PEC. Nos casos que não for possível a validação do colaborador, este poderá optar pela opção de dispensar, ou preferencialmente optar pelo campo de registro de testemunha ao qual deverá colocar o dado relativo a mesma.

| | | | |
|--|-----------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



Avaliação

Nesse ícone o avaliador poderá fazer a sua autoavaliação e avaliar os seus colaboradores, bem como visualizar os relatórios de desempenho pessoal e de sua equipe.


1) Autoavaliação

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação, no rodapé da página você vai observar que há alguns botões azuis. Clique na opção autoavaliação e clique no botão , carregará a tela de avaliação contendo 02 páginas: primeira página com as Competências Essenciais e segunda página com as Competências Complementares.

Figura VII

2) Avaliação de Colaborador

Clique na opção Avaliação colaborador, selecione qual funcionário deseja avaliar e clique no botão "Avaliar". O sistema exibirá a tela de Avaliação para que as notas sejam atribuídas.

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

O processo de autoavaliação e de avaliação de colaboradores segue o padrão disposto a seguir com relação ao significado de cada cor:

- 1) **Azul** → "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.
- 2) **Verde** → O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.
- 3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 - 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.
- 4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.
- 5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

As competências e indicadores definidos pela Instituição estão divididas em duas categorias: Competências ESSENCIAIS e COMPLEMENTARES.

Competências ESSENCIAIS → São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competências COMPLEMENTARES → São as competências de menor impacto no sucesso das atividades do cargo. Contribuem para completar a Avaliação de Desempenho.

Embora os significados das cores, citados anteriormente, sejam os mesmos para ambas as categorias, a escala de notas é um pouco diferente, devido ao nível de exigência ser menor para as competências COMPLEMENTARES.


| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Figura VIII

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS



COMPETÊNCIAS COMPLEMENTARES



Um "Avaliado" que atende 100% de um indicador de uma competência ESSENCIAL, deve receber a nota verde 8 e pode vir a receber a nota verde 9 em sua próxima avaliação de desempenho.

Para um funcionário que está sendo avaliado pela primeira vez, quando este atende plenamente um indicador, deve ser atribuída sempre a nota verde menor (8 para ESSENCIAIS e 7 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª ou 3ª Avaliação, caso o profissional mantenha o bom desempenho no mesmo indicador, ou seja, o bom desempenho é frequente (comparado ao histórico anterior de nota verde), então pode ser atribuída a nota verde mais alta.

Se o "Avaliado" atende parcialmente algum indicador, deverá ser atribuída a esse indicador uma nota amarela. Nesse caso, deve ser feita a seguinte análise: Se o "Avaliado" cumpre 60% ou menos do que está descrito no indicador, deve ser atribuída a nota amarela menor (6 para ESSENCIAIS e 5 para COMPLEMENTARES). Entretanto, se o "Avaliado" cumpre mais do que 60% do indicador, então pode ser atribuída a nota amarela maior (7 para ESSENCIAIS e 6 para COMPLEMENTARES).

Caso o "Avaliado" não faça nada do que está escrito em determinado indicador (0%), dentre as cinco opções de nota vermelha disponibilizadas (e quatro opções para Competências

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

COMPLEMENTARES), deve sempre ser atribuída a nota vermelha mais alta da escala (5 para ESSENCIAIS e 4 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª Avaliação, caso o profissional não apresente uma melhora no desempenho (Ex.: Não cumpriu seus planos de ação.), então a nota vermelha deverá cair pelo menos 01 Ponto... (para que o profissional perceba que há consequências).

Se o "Avaliado" faz mais do que está escrito no indicador (110%), ou seja, Supera as Expectativas (faz mais do que o esperado), então sua nota deverá ser Azul. Assim como as notas verdes, inicialmente deve ser atribuída a menor nota azul e a partir das demais avaliações, se necessário, aumentá-la (quando disponível).

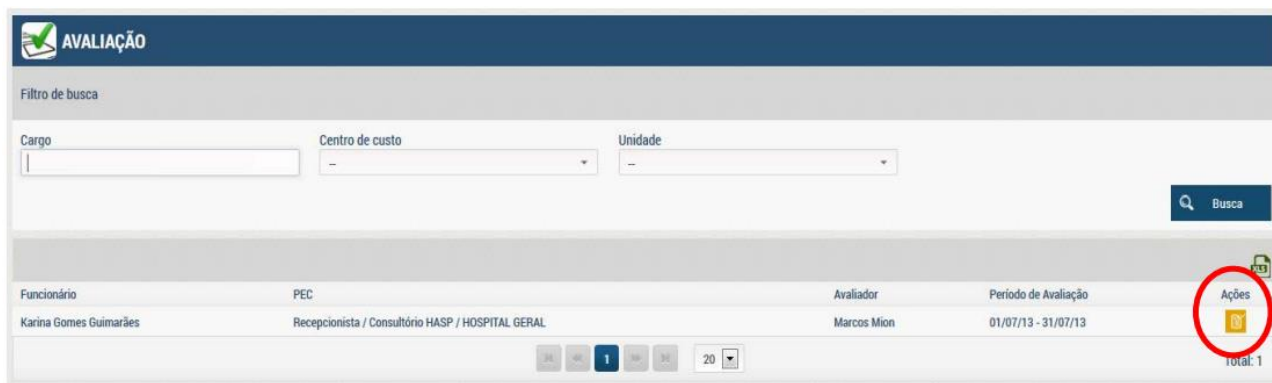
0 (Zero) não é considerado uma nota. Atribuir uma nota cinza significa somente que o indicador em questão não se aplica ao "Avaliado" e à Avaliação e, portanto, não será avaliado.

Notas cinzas também não são consideradas para os cálculos das médias a serem apresentadas nos relatórios.

Nota⁵ Para ambas as notas, azuis e cinzas, é obrigatório o preenchimento de uma justificativa.

Nota⁶ Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas. Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura IX



| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Iniciando a avaliação:

Leia atentamente as instruções da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua às notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá justificar essa escolha para que essa nota seja salva. Para notas iguais ou abaixo do PEC, as justificativas são opcionais. Se o indicador não se aplica ao cargo do colaborador, que você está avaliando, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.


Regras:

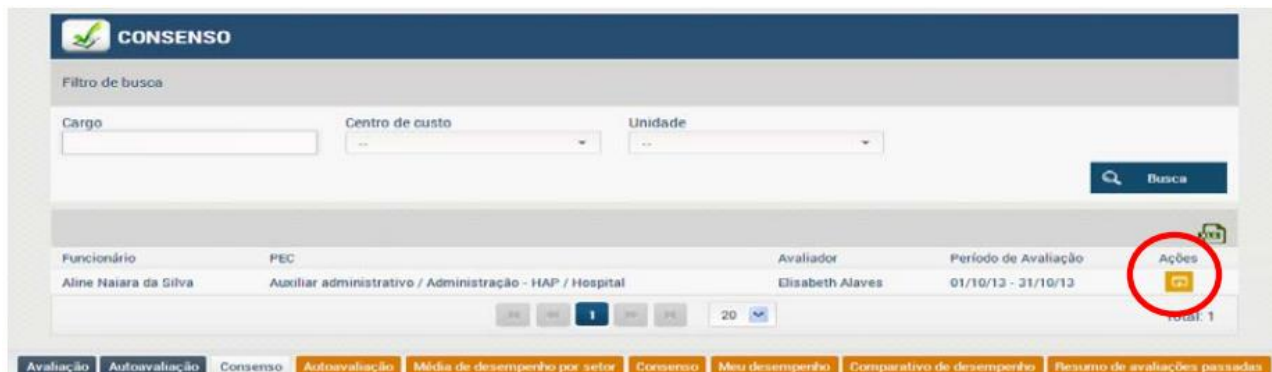
- Só poderá ser avaliado o profissional que já tiver cumprido o " Tempo Mínimo " de ocupação do PEC atual (consulte o seu RH), e de vínculo a um mesmo líder, ou seja, alterá-lo de PEC ou de líder fará com que a avaliação só possa ser feita após esse " Tempo Mínimo" a contar da data da alteração.
- Um funcionário só poderá ser avaliado novamente após 12 meses da última avaliação.

3) Consenso

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação e clique na opção consenso, escolha de qual colaborador deseja realizar e clique no botão "Lançar".

Figura X

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |




O sistema abrirá a tela de lançamento do consenso. Caso as notas dadas pelo avaliado e pelo avaliador sejam iguais, o sistema já trará a nota do consenso preenchida, embora passível de alteração.

Caso tenham sido lançadas justificativas durante o preenchimento da Avaliação ou Autoavaliação, ao passar o mouse sobre as notas o cursor deixará de exibir uma seta e passará a mostrar uma mão, indicando que ali há justificativa lançada. Basta clicar na nota e o sistema exibirá uma janela com o texto da Justificativa.

Sempre que a nota do consenso for inferior à nota exigida pelo PEC, o sistema exibirá um botão "+" abaixo da nota realizada consenso, indicando que é preciso lançar um plano de ação para a melhoria daquele indicador.

Figura XI

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



CONSENSO [Avançar] [Sair]

Funcionário: Ana Maria Az Cargo: Gerente de rh Avaliador: Bernardo Be

Competências ESSENCIAIS
São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação de desempenho quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competência: HUMANIZAÇÃO
Conceituação: Capacidade de proporcionar acolhimento ao outro, por meio de atitudes de gentileza, receptividade, atenção e resolutividade nas diversas situações de trabalho.

| | Notas esperadas | | | |
|--|-----------------|---------------|----------|----------|
| | PEC | Autoavaliação | Superior | Consenso |
| Indicador 1: Acolhe as pessoas com um sorriso, tratando-as pelo nome, olhando em seus olhos e utilizando as regras básicas da boa educação: bom dia, boa tarde, boa noite, por favor, e obrigado. | 8 | 8 | 8 | 8 - |
| Indicador 2: Participa voluntariamente de pelo menos 01 evento (interno ou externo) relacionado à Humanização e promovido pela instituição. | 8 | 8 | 9 | -- |

Competência: VISÃO SISTÊMICA
Conceituação: Capacidade de conhecer e entender os processos institucionais, suas interações com os diversos departamentos do hospital e seus impactos nos resultados da organização.


| | Notas esperadas | | | |
|---|-----------------|---------------|----------|----------|
| | PEC | Autoavaliação | Superior | Consenso |
| Indicador 1: Conhece o funcionamento do seu setor e as interfaces deste com os demais. | 8 | 9 | 7 | 7 + |

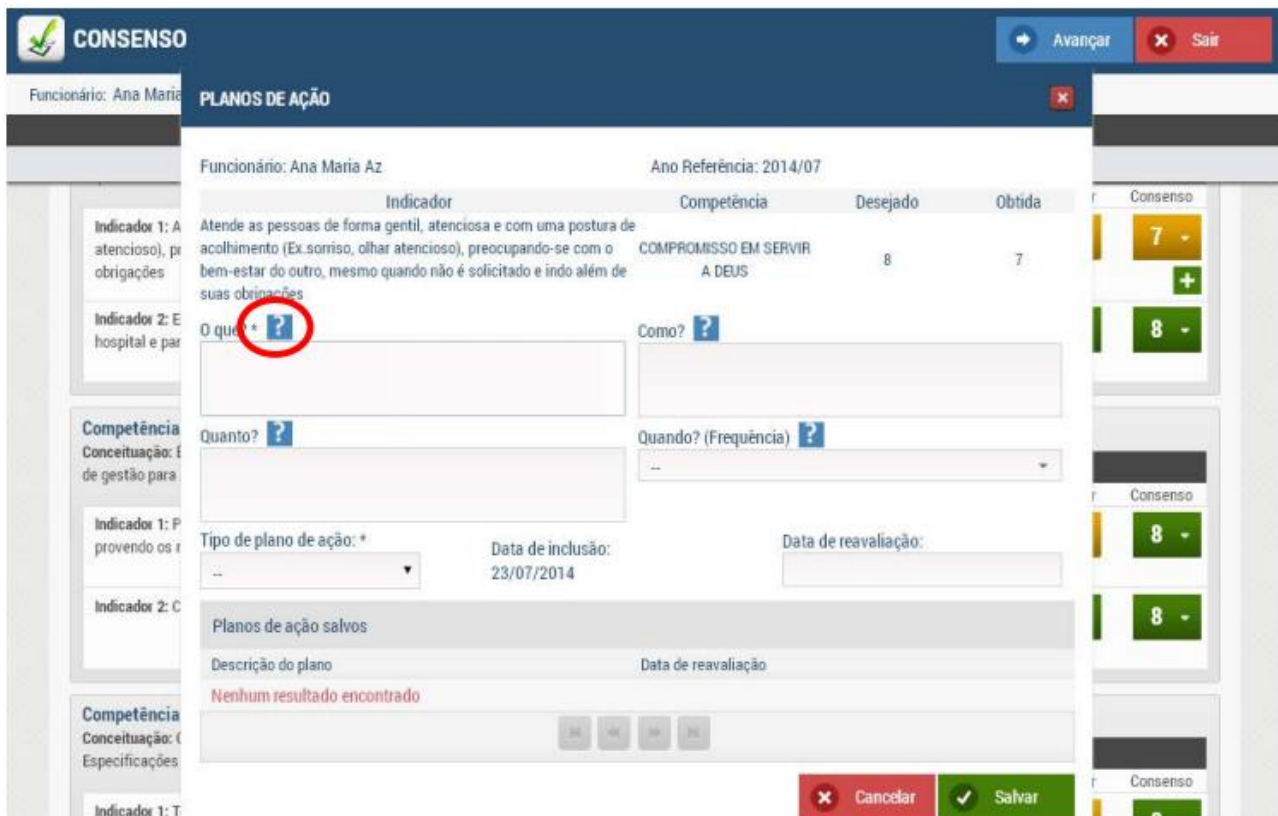
* Para lançar um plano de ação: clique no botão abaixo da nota consensada. O sistema abrirá uma tela para inclusão de plano de ação. Preencha os campos solicitados e clique em salvar.

Os campos com o símbolo "?" trazem orientações adicionais. Ao clicar sobre o símbolo, uma janela exibirá o que deve ser lançado no campo correspondente.

Não há uma quantidade mínima ou máxima de planos de ação a lançar; o que rege a criação de um plano de ação é o comum entendimento de que a ação planejada auxiliará o avaliado a reduzir ou sanar o gap apresentado em determinado indicador.

Figura XII

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



Importante! Ao inserir um plano de ação deve-se respeitar as seguintes regras:


- A data de reavaliação não pode ultrapassar 11 meses da data de inclusão;
- Após encerrado o consenso, o gestor só poderá alterar a data de reavaliação uma única vez.
- Uma vez salvo, o plano de ação não poderá ser excluído.

Finalizado o lançamento dos planos de ação você deverá clicar em concluir e o sistema trará a opção de escolher se quer associar as datas de reavaliação dos planos de ação à sua agenda.



Plano de Ação

O ícone Planos de Ação permite ao avaliador consultar os planos de ação já lançados ou inserir novos planos de ação após a conclusão do consenso. Além disso, é por meio desse ícone que o avaliador atualiza o status dos planos de ação de seus avaliados ou ainda prorroga o seu

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

cumprimento. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Planos de Ação.

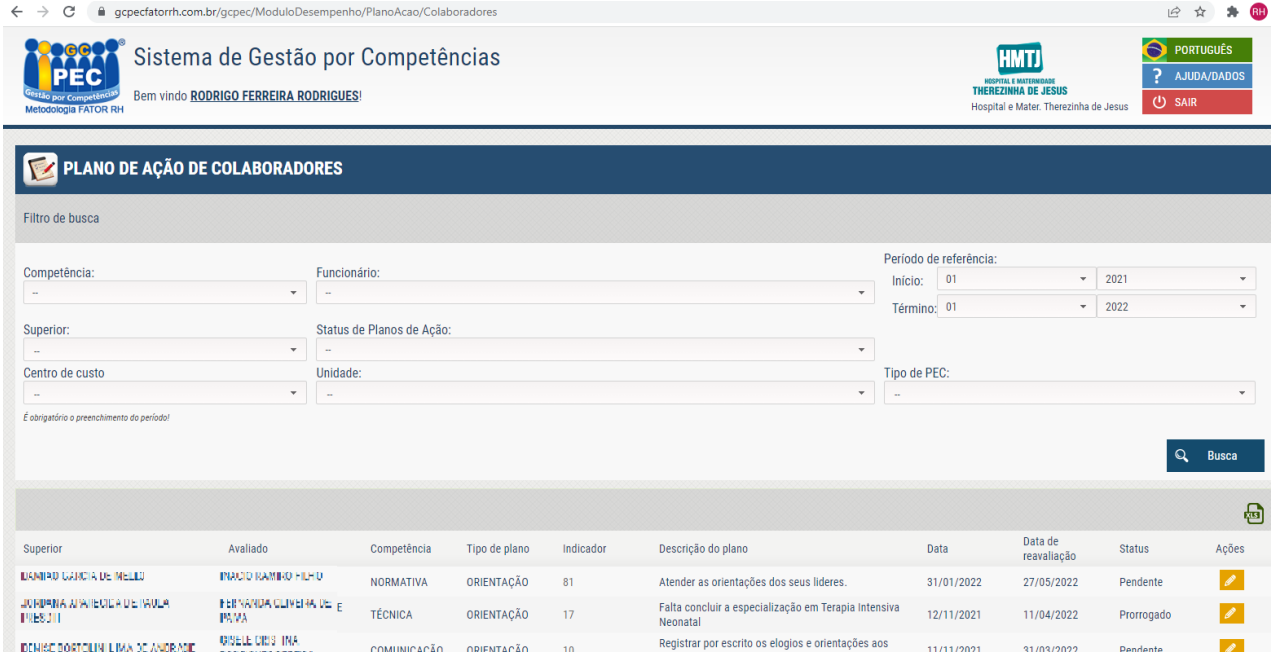
Consultar plano de ação: Ao clicar no ícone Plano de Ação o gestor terá duas opções:

Meus Planos de Ação → Nesta opção ele só consulta os seus planos de ação. Não tem acesso para realizar alterações).

Planos de Ação Colaboradores → Neste caso o sistema abrirá uma tela com todos os colaboradores desse avaliador. Nela ele poderá escolher de qual funcionário quer acessar os planos de ação.

O avaliador terá acesso para Consultar, Alterar e Incluir.

Figura XIII



PLANO DE AÇÃO DE COLABORADORES

Filtro de busca




Competência: -- Funcionário: -- Período de referência: Início: 01 2021 Término: 01 2022

Superior: -- Status de Planos de Ação: --

Centro de custo: -- Unidade: -- Tipo de PEC: --

É obrigatório o preenchimento do período!

Busca

| Superior | Avaliado | Competência | Tipo de plano | Indicador | Descrição do plano | Data | Data de reavaliação | Status | Ações |
|--|------------------------------------|-------------|---------------|-----------|---|------------|---------------------|------------|---|
| ESANTO CLINICA DE MELLO | INACIO RAMIRO FILHO | NORMATIVA | ORIENTAÇÃO | 81 | Atender as orientações dos seus líderes. | 31/01/2022 | 27/05/2022 | Pendente |  |
| JURUPANA ALVARO DE CARVALHO FREITAS II | BERNARDO OLIVEIRA DE SOUZA | TÉCNICA | ORIENTAÇÃO | 17 | Falta concluir a especialização em Terapia Intensiva Neonatal | 12/11/2021 | 11/04/2022 | Prorrogado |  |
| DENISE DORTOLINI LIMA DE ANDRADE | ROSELI CESI LIMA RODRIGUES PEREIRA | COMUNICAÇÃO | ORIENTAÇÃO | 10 | Registrar por escrito os elogios e orientações aos colaboradores. | 11/11/2021 | 31/03/2022 | Pendente |  |

* **Para inserir novo plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores e clicar em Adicionar. Selecione o colaborador e clique no botão Ação à frente do Indicador para o qual deseja incluir um novo plano de ação. A janela de inclusão aparecerá tal qual na tela de consenso. Preencha os campos solicitados e clique em Salvar

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Importante! Um gestor só poderá inserir novo plano de ação para seu subordinado direto.

* **Para prorrogar um plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores, escolher o profissional cujo plano de ação será prorrogado e clicar no botão Ação. O sistema abrirá o plano de ação. Modifique o status para prorrogado e mande salvar. O plano será prorrogado por mais 30 dias.


Importante:

- A data de reavaliação pode ser prorrogada por mais 30 dias, desde que o plano de ação não conste como vencido.
- O avaliador receberá 03 e-mails de alerta de Planos de Ação:
 - Planos de ação a Vencer: todo dia 10 de cada mês (alerta sobre o restante do mês);
 - Planos de ação a Vencer: todo dia 25 de cada mês (alerta sobre o próximo mês);
 - Alerta de Plano de Ação Vencido: dia seguinte ao vencimento.
- Os planos de ação Vencidos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado.
- Os planos de ação de colaboradores desligados são automaticamente cancelados quando da atualização mensal do cadastro de funcionários.
- Caso o avaliado esteja afastado na data de reavaliação, o status dos seus planos de ação será automaticamente alterado para Suspenso, desde que o RH tenha efetuado a atualização mensal dos dados no sistema

Quando da ocorrência de vencimento do plano de ação, o avaliador deverá criar um feedback de elogio ou orientação para cada plano de ação vencido no sistema, conforme modelo a seguir:

1) Fato Ocorrido → NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO ANO: descrever o nome do plano de ação, assim como cadastrado no GCPEC no campo "o que?"

2) Compromisso Assumido → Descrever a forma que a ação deve ser realizada campo "como?"

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

3) Revisar em → Escolher um período de tempo de acordo com a necessidade para conclusão da ação.

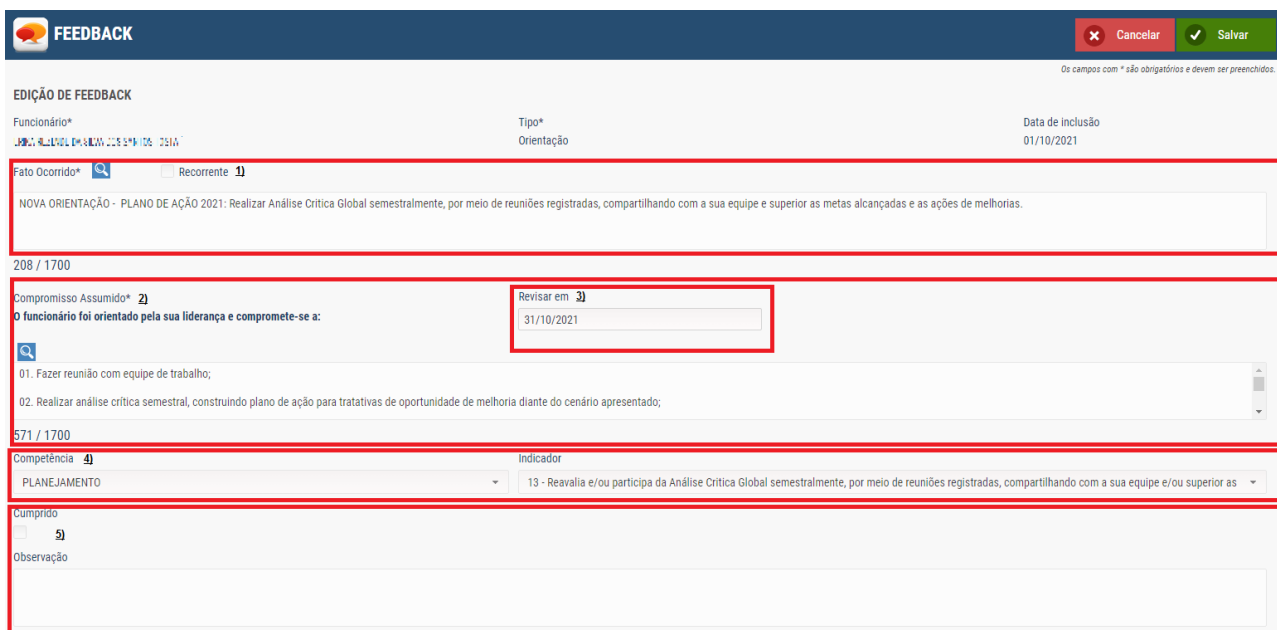
4) Competência e Indicador → Escolher **competência** de acordo com plano de ação traçado e incluir **indicador** que mais se adequa ao plano de ação.

5) Antes do término do prazo dado para revisão, cabe a coordenação entrar no feedback criado, relativo ao plano de ação, e assinalar se os fatos acima foram ou não cumpridos. No campo observação, o líder deve preencher com as evidências que demonstre tal conclusão.

Nota⁷ Os dados dentro do campo feedback só poderão ser atualizados antes da data da reavaliação, após o data o sistema bloqueia.

Nota⁸ Caso a liderança perca o prazo, a mesma deverá criar um novo feedback de elogio se as ações foram cumpridas ou de orientação descrevendo novo período para reavaliação.

Figura XIV



FEEDBACK [Cancelar] [Salvar]

Os campos com * são obrigatórios e devem ser preenchidos.

EDIÇÃO DE FEEDBACK

Funcionário* [Campo] Tipo* Orientação Data de inclusão 01/10/2021

Fato Ocorrido* [Campo] Recorrente 1

NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO 2021: Realizar Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

208 / 1700

Compromisso Assumido* 2

O funcionário foi orientado pela sua liderança e compromete-se a:

Revisar em 3

31/10/2021

01. Fazer reunião com equipe de trabalho;

02. Realizar análise crítica semestral, construindo plano de ação para tratativas de oportunidade de melhoria diante do cenário apresentado;

571 / 1700

Competência 4

PLANEJAMENTO

Indicador

13 - Reavalia e/ou participa da Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as


Cumprido

5

Observação



Feedback

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



O ícone Feedback permite ao gestor consultar os feedbacks já lançados ou inserir novos feedbacks para seus subordinados diretos. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Feedback.

1) Meus Feedbacks

Para consultar os feedbacks recebidos: o gestor tem a opção de consultar os próprios feedbacks. É só clicar no submenu Meus Feedbacks. Defina o período que deseja pesquisar e clique em Busca.

Figura XV




A tela carregará a lista de todos os feedbacks recebidos com sua respectiva descrição. Para visualizar mais detalhes, clique  no botão de consulta . Lembre-se que não é possível editar os próprios feedbacks.

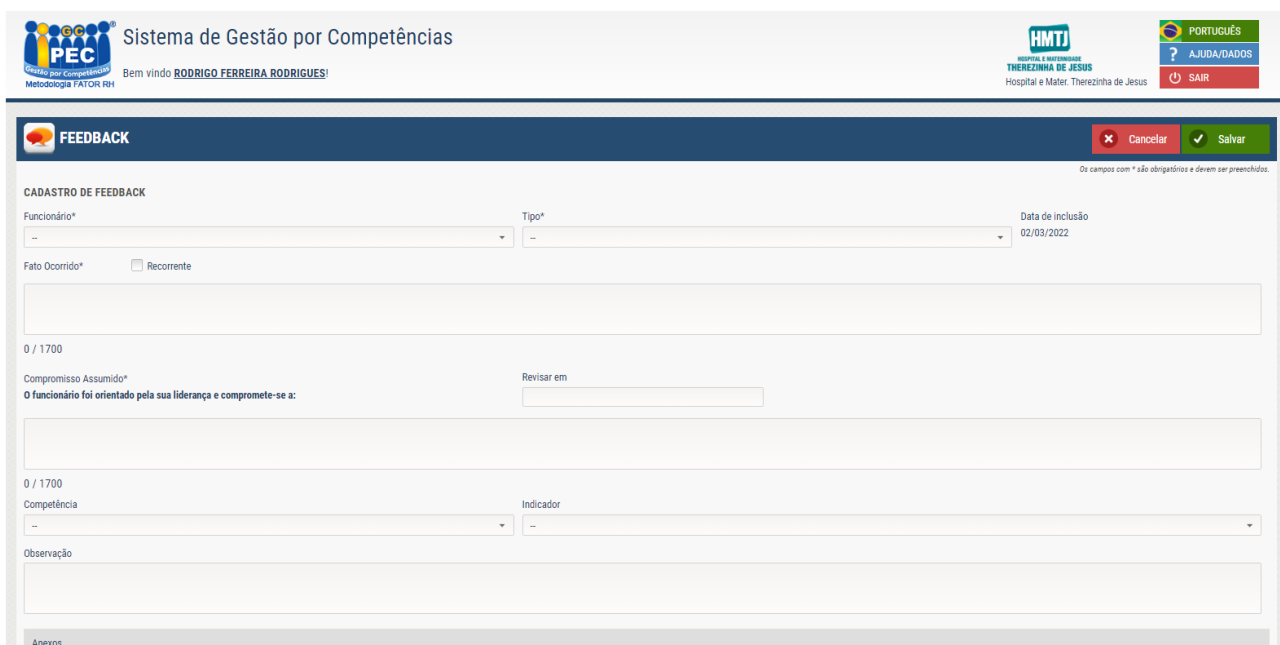
2) Feedbacks de colaboradores

Para consultar feedbacks atribuídos a qualquer profissional da instituição: clique no submenu Feedback de Colaboradores faça a busca conforme os filtros escolhidos. O sistema exibirá todos os feedbacks registrados com as respectivas descrições.

Para inserir um feedback para um colaborador: clique no botão Adicionar nessa mesma tela. O sistema abrirá a tela de Cadastro de Feedback. Preencha os campos e clique em Salvar.

Figura XVI

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



Importante: Se o feedback cadastrado foi do tipo com advertência ou suspensão, o sistema mostrará na tela uma mensagem para o Gestor informando que deve ser impresso o formulário de Registro de Feedback para ser assinado e encaminhado para a área de RH/DP para as providências legais pertinentes.




Tarefas agendadas

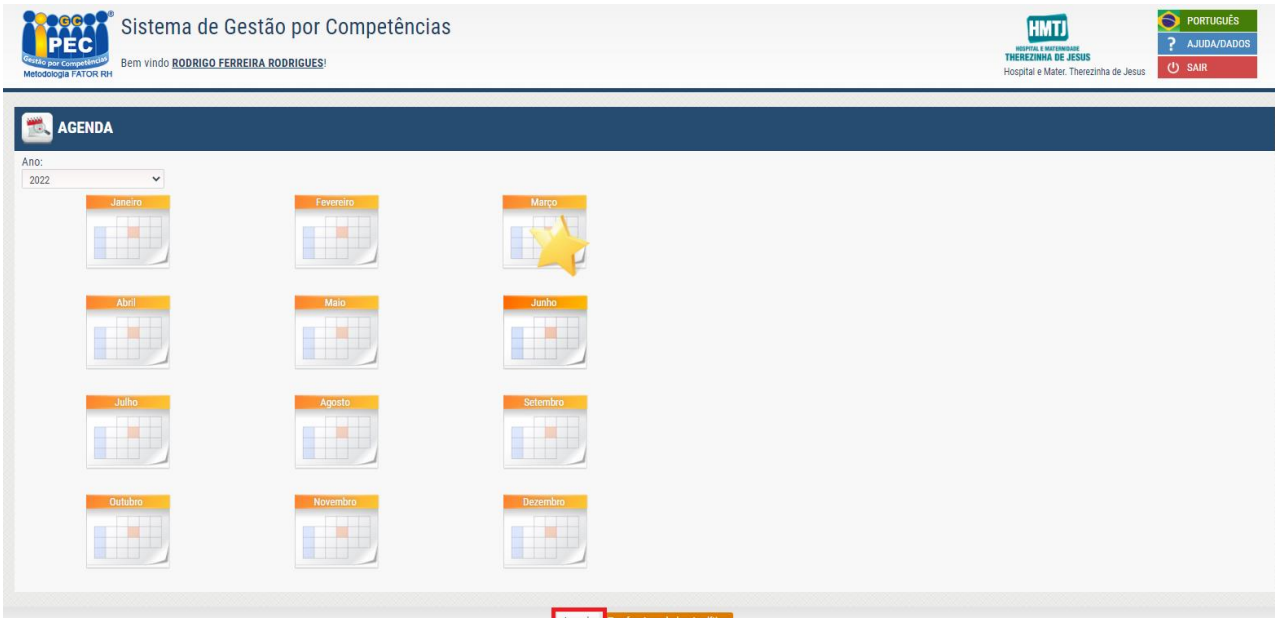
O ícone Tarefas Agendadas permite ao gestor visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação;
- Período de Avaliação de Subordinados;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação de Colaboradores.

Figura XVII

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 |
| | | Data: 14/03/2022 |





Prontuário

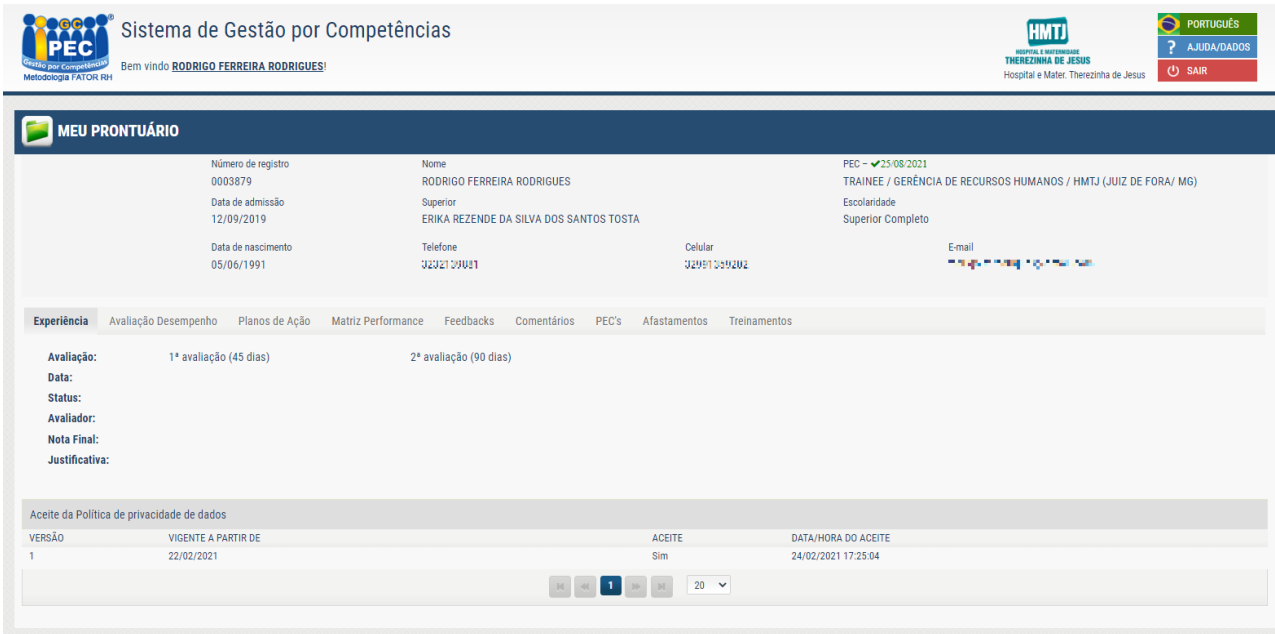
No ícone prontuário o avaliador terá a acesso as todas as suas informações e de seus avaliados.

1) Meu prontuário

Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XVIII

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



MEU PRONTUÁRIO

Número de registro: 0003879
Nome: RODRIGO FERREIRA RODRIGUES
Data de admissão: 12/09/2019
Data de nascimento: 05/06/1991
Superior
ERIKA REZENDE DA SILVA DOS SANTOS TOSTA
Telefone: 32321 39931
Celular: 323911 399202
PEC - 25/08/2021
TRAINEE / GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS / HMTJ (JUIZ DE FORA/ MG)
Escolaridade: Superior Completo
Email: [Redacted]

Experiência

| Experiência | Avaliação Desempenho | Planos de Ação | Matriz Performance | Feedbacks | Comentários | PEC's | Afastamentos | Treinamentos |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|------------------------|-------------|-------|--------------|--------------|
| Avaliação: | 1ª avaliação (45 dias) | | | 2ª avaliação (90 dias) | | | | |
| Data: | | | | | | | | |
| Status: | | | | | | | | |
| Avaliador: | | | | | | | | |
| Nota Final: | | | | | | | | |
| Justificativa: | | | | | | | | |

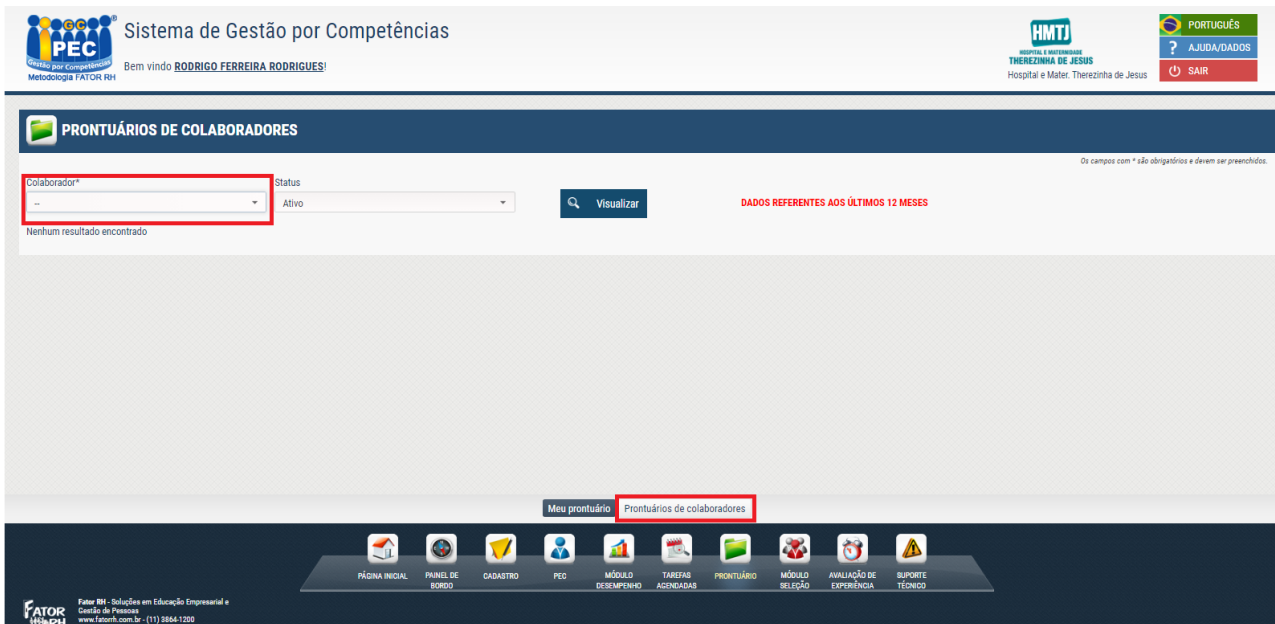
ACEITE DA POLÍTICA DE PRIVACIDADE DE DADOS

| VERSÃO | VIGENTE A PARTIR DE | ACEITE | DATA/HORA DO ACEITE |
|--------|---------------------|--------|---------------------|
| 1 | 22/02/2021 | Sim | 24/02/2021 17:25:04 |

2) Prontuário de colaboradores

Clique na opção "Prontuários de colaboradores", escolha no filtro "Colaborador" de qual funcionário deseja visualizar o prontuário, e clique no botão "Visualizar".

Figura XIX



PRONTUÁRIOS DE COLABORADORES


Colaborador* [Dropdown] Status: Ativo [Dropdown] Visualizar

DADOS REFERENTES AOS ÚLTIMOS 12 MESES

Nenhum resultado encontrado

Meu prontuário **Prontuários de colaboradores**

PÁGINA INICIAL | PAINEL DE BORDO | CADASTRO | PEC | MÓDULO DE DESEMPENHO | TAREFAS ATRIBUÍDAS | PRONTUÁRIO | MÓDULO SELEÇÃO | AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA | SUPORTE TÉCNICO

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Manual do Avaliado (perfil de colaborador)

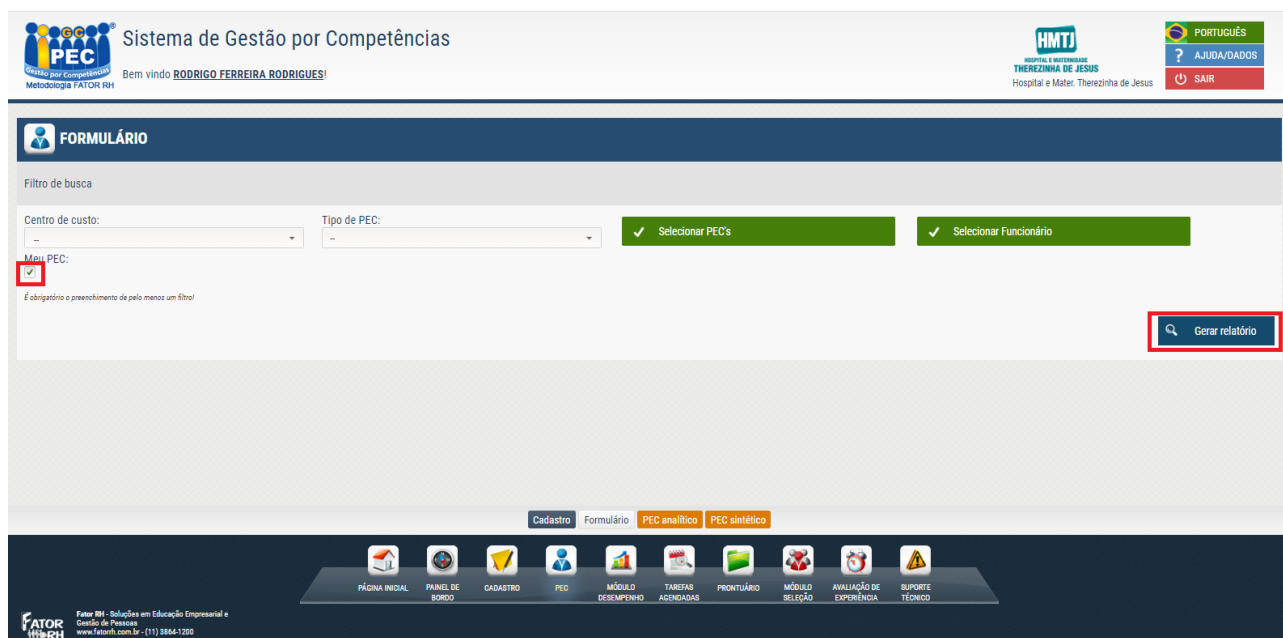


PEC

No ícone PEC o colaborador poderá consultar o seu PEC.

Clique em PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Figura XX



O sistema exibirá o relatório na mesma tela. Se desejar exportar, escolha para qual versão quer exportar e clique no botão verde "Exportar".



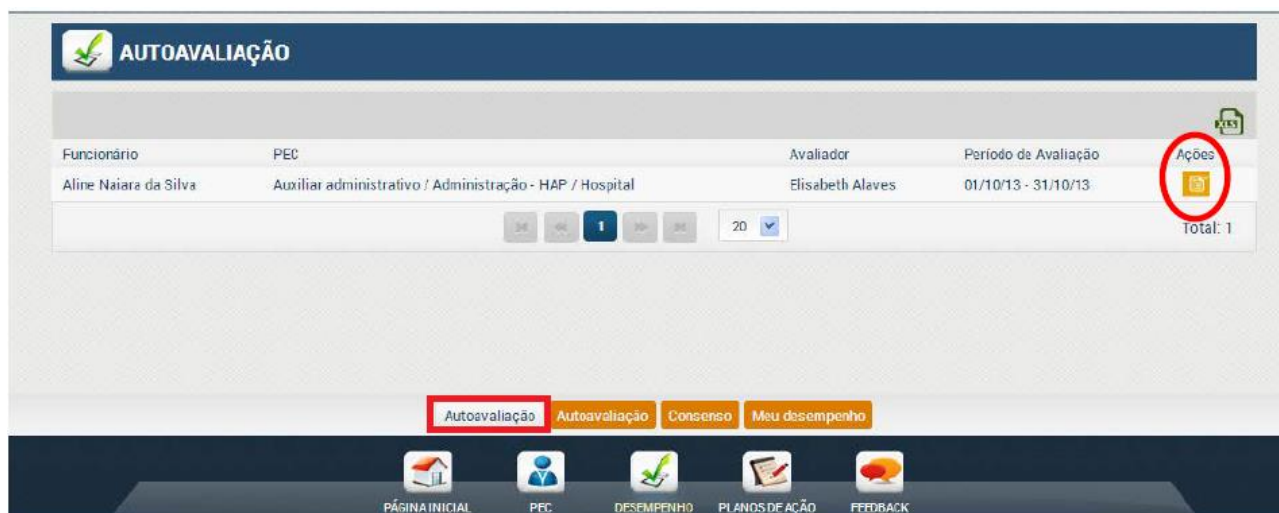
Avaliação

Nesse ícone o avaliado poderá realizar a sua autoavaliação.

| | | | |
|--|-----------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Para fazer a autoavaliação → O avaliado deve clicar no ícone avaliação, escolher a opção autoavaliação no botão azul na parte inferior da tela e clicar no botão "Ações".

Figura XXI




Iniciando a autoavaliação:

Leia atentamente as informações da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o exercício do seu cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua as notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá obrigatoriamente que justificar sua escolha. A nota só será salva depois que a justificativa for preenchida. Se sua nota for igual ou inferior a nota do PEC, a justificativa é opcional. Se o indicador não se aplica ao seu cargo, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Para navegar pelas páginas 01 e 02 da sua autoavaliação, utilize os botões "Avançar" e "Voltar".

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |


Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura XXII




Plano de Ação

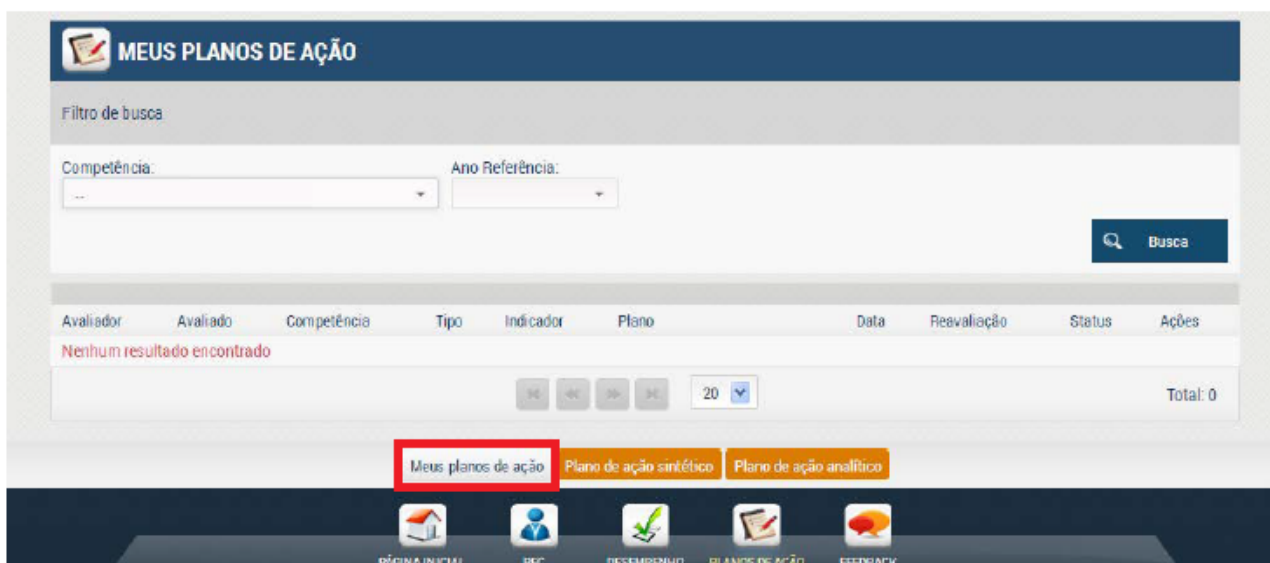
Nesse ícone o avaliado poderá consultar os seus planos de ação e os relatórios de plano de ação sintético e analítico.

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Clique no ícone Plano de Ação, escolha qual filtro de busca deseja utilizar para visualizar os seus planos de ação e clique no botão "Busca".

Para visualizar os relatórios, clique no relatório que deseja visualizar, selecione um filtro de busca para agilizar a sua escolha e clique em "Gerar relatório".


Figura XXIII

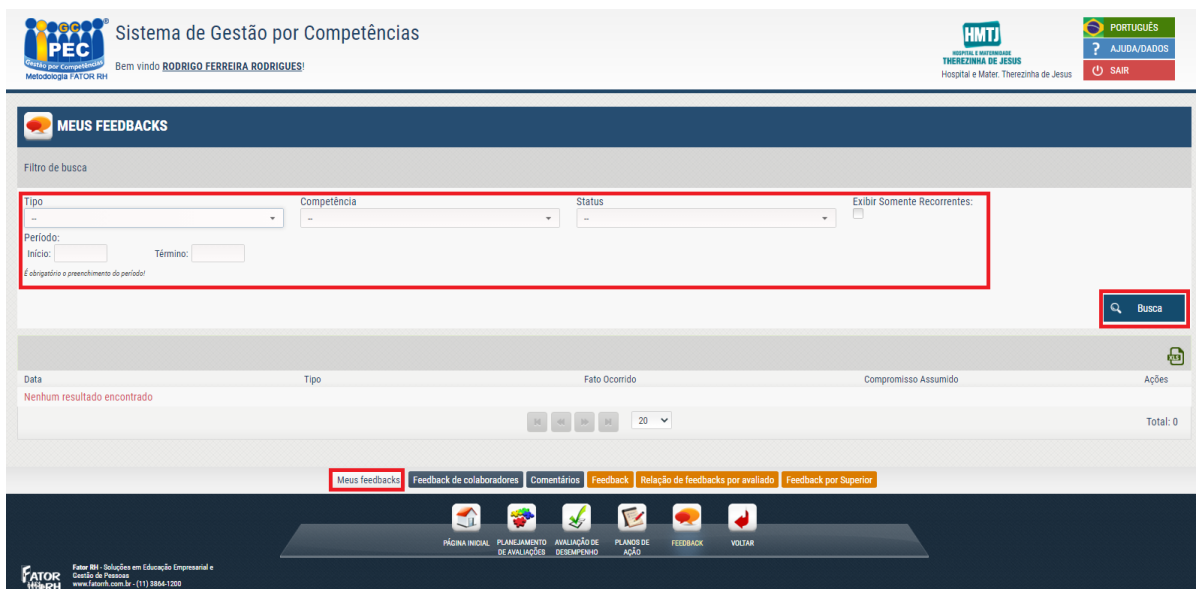


Feedback

No ícone Feedback o avaliado poderá consultar os seus Feedbacks. Clique no ícone feedback, escolha o filtro desejado e clique no botão "Busca", aparecerá todos os seus feedbacks recebidos, de acordo com o filtro escolhido.

Figura XXIV

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |




Tarefas agendadas

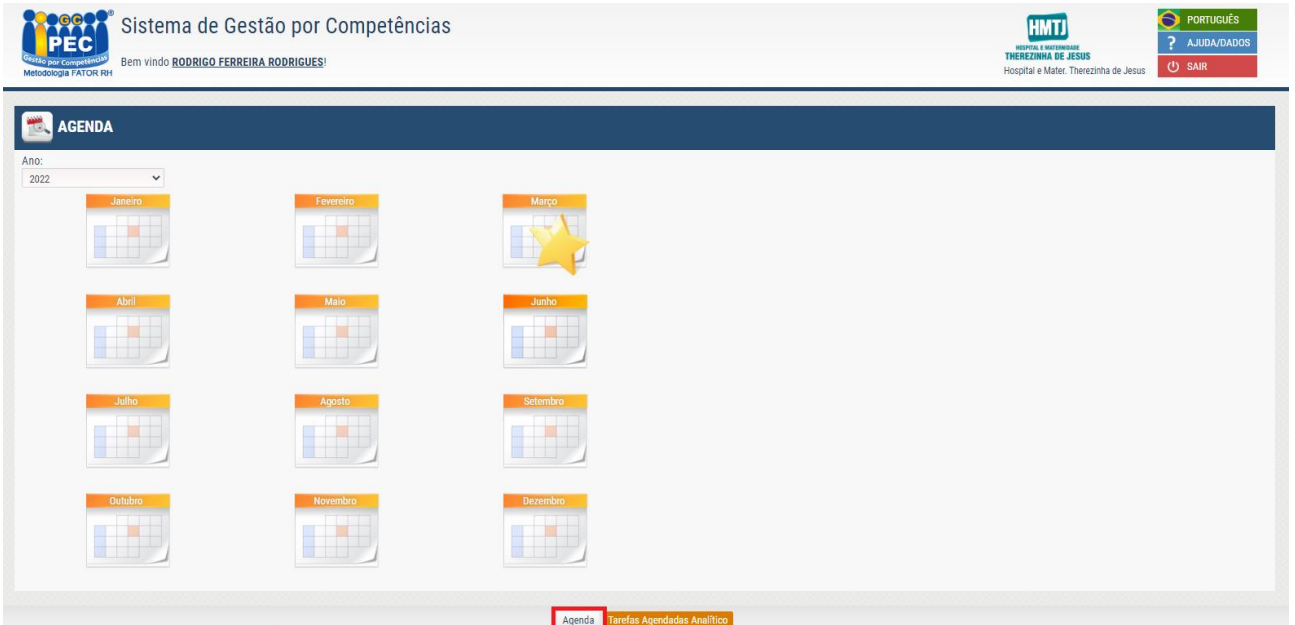
O ícone Tarefas Agendadas permite ao avaliado visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio

Figura XXV

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 |
| | | Data: 14/03/2022 |






Prontuário

No ícone prontuário o avaliador terá a acesso as todas as suas informações.


Meu Prontuário → Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XXVI

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 |
| Data: 14/03/2022 | | |



Sistema de Gestão por Competências
Bem vindo **RODRIGO FERREIRA RODRIGUES!**



**HOSPITAL E MATERNIDADE
THEREZINHA DE JESUS**
Hospital e Mater. Therezinha de Jesus

PORTUGUÊS
AJUDA/DADOS
SAIR

MEU PRONTUÁRIO

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Número de registro 0003879 | Nome RODRIGO FERREIRA RODRIGUES | PEC - ✓ 25/08/2021 |
| Data de admissão 12/09/2019 | Superior ERIKA REZENDE DA SILVA DOS SANTOS TOSTA | TRAINEE / GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS / HMTJ (JUIZ DE FORA/ MG) |
| Data de nascimento 05/06/1991 | Telefone 3221 33031 | Escolaridade Superior Completo |
| | Celular 32991 359202 | Email [Email Address] |

Experiência | Avaliação Desempenho | Planos de Ação | Matriz Performance | Feedbacks | Comentários | PEC's | Afastamentos | Treinamentos

Avaliação: 1ª avaliação (45 dias) | 2ª avaliação (90 dias)

Data:

Status:

Avaliador:

Nota Final:

Justificativa:

Aceite da Política de privacidade de dados

| | | |
|--------|--------|---------------------|
| VERSÃO | ACEITE | DATA/HORA DO ACEITE |
| 1 | Sim | 24/02/2021 17:25:04 |

Nota⁹ Os processos relativos a consulta e registro de feedback, comentários e planos de ação, também podem ser feitos por meio do aplicativo "GCPEC" disponível nas plataformas Android e iOS.


1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

- I. **Avaliação de Desempenho por Competências (Anual) - Meta: 80%** - dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria) / Ruim.
- II. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas (Mensal) - Meta: 80%** - nos processos descritos pelo indicador.
- III. **Avaliação de experiência dos colaboradores - Meta 100%** - dos profissionais avaliados no período correto.
- IV. **Cumprimento dos Planos de ação - Meta 100%** - dos planos de ações dos colaboradores cumpridos.

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

- I. **Não realização da avaliação no período de experiência** → Caso a liderança imediata não realize a avaliação de experiência do colaborador, cabe a mesma a realização de 4 feedbacks (1 para cada competência essencial), afim de apresentar um retorno ao colaborador sobre seu desempenho nas competências essenciais para o desempenho de sua função.
- II. **Não realização da avaliação de desempenho anual** → Somente é permitido prorrogar uma avaliação de desempenho uma vez e por 30 dias. Se o consenso não foi concluído e o período se encerrou, todas as avaliações serão excluídas do sistema e o RH programará uma nova data para que o Avaliador e "Avaliado" façam novamente todo o processo de avaliação.
- III. **Não cumprimento do plano de ação no prazo** → Para acompanhamento dos planos de ação, o gestor poderá controlar por meio do ícone Plano de ação ou em feedbacks. O RH realiza o controle do cumprimento dos planos de ações, após vencidos os mesmos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado. **Observação:** Caso o plano de ação vença, cabe a liderança direta a criação de um feedback ou de elogio ou de orientação, dependendo do desempenho, tendo como fato ocorrido, a descrição do plano de ação e o compromisso assumido a descrição dos fatos para acompanhamento.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que surgirem atualizações nos processos da plataforma GCPEC que impactem os usuários.


V. Siglas e Definições

DP - Departamento pessoal

GCPEC - Sistema de gestão por Competências

PDI - Planos de Desenvolvimento Individuais

PEC - Perfil Estruturado por Competências

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  <small>HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small> | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

RH - Recursos humanos

VI. Anexos

Manual de avaliação avaliador e avaliado

Guia rápido de acesso GCPEC

VII. Referências

Manual de gestão por competências para líderes.

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

I. Objetivos

A Política de Recursos Humanos é um conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores, que devem nortear as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias institucionais, de forma dinâmica e duradoura, objetivando assegurar a disponibilidade de pessoas qualificadas, saudáveis, seguras, motivadas e satisfeitas, que agreguem valor para os negócios da Entidade. A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os funcionários, a fim de qualificar os serviços prestados pela instituição.

II. Abrangência

A todos os colaboradores sob o regime CLT ou que estejam em unidades sob gestão da entidade, sejam elas UBS, UPA, hospitais ou outras unidades de saúde, extensível aos parceiros prestadores de serviços setoriais da instituição.


III. Diretrizes

Esta Política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico e o bom senso.

Atenta ao caráter dinâmico das Relações Sociais que permeiam e afetam as Relações do Trabalho, a Entidade tem como compromisso a revisão e atualização constante de suas Políticas, adequando-se, sempre que necessário, às transformações que vierem a ocorrer no âmbito político, econômico e social, na busca permanente do equilíbrio entre os interesses dos clientes/pacientes, de seus Colaboradores e da Entidade.

Na Entidade reconhecemos que nossos Colaboradores são a chave do sucesso. Diante disso apresentamos este documento que delimita as diretrizes que funcionam como base para a Gestão de Recursos Humanos em nossas Unidades, dentro de uma postura de respeito aos preceitos constitucionais, legais, ambientais e sociais, através da adoção de políticas permeadas pela ética, transparência e respeito mútuo, que caracterizam as relações de trabalho. Sendo seus compromissos:

Missão

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Promover e prestar assistência à saúde com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

Visão

Ser referência Nacional, com qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

Valores

- **ÉTICA** - Agir com integridade, honestidade moral, intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.
- **QUALIDADE** - Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.
- **HUMANIZAÇÃO** - Trabalhar com respeito, equidade e dignidade de forma universal.
- **INOVAÇÃO** - Buscar continuamente tecnologias e metodologias de trabalho inovadoras.
- **SUSTENTABILIDADE** - Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da instituição.

Planejamento e Provisão de Recursos Humanos: a Entidade deve buscar atender, quantitativamente e qualitativamente, as necessidades e exigências institucionais, com pessoas detentoras das competências requeridas pela Entidade e estabelecidas nos perfis dos cargos. A força de trabalho é dimensionada por meio do atendimento a legislações e/ ou de acordo com as necessidades de atendimento e demanda de serviço de cada setor ou ainda conforme definido em contratos de prestação de serviços/ editais de licitação ao qual estipulam quadro de pessoal, quantitativo este estabelecido no Base Zero, de maneira a atender os objetivos estratégicos da Entidade de forma dinâmica e contingencial. Esta é, aliás, a responsabilidade principal de todas as Coordenações: manter em pleno funcionamento os serviços prestados pela instituição.

PEC: As descrições dos cargos são definidas no Perfil Estruturado por Competências (PEC). Este documento contém a nomenclatura do cargo, a unidade a qual se refere, o centro de custo do qual o cargo irá compor, Atividades e Responsabilidades Essenciais do Cargo, Formação necessária, Experiência necessária, Conhecimentos técnicos específicos, Conhecimentos de informática necessários, Competências estabelecidas para o cargo, bem

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

como os indicadores que servem como um meio verificador da existência das referidas competências.

O documento é utilizado para traçar o perfil profissional nos processos seletivos, bem como servir de base de desenvolvimento profissional almejado. Portanto este perfil é subsídio para a realização das avaliações de feedback, do período de experiência (45 e 90 dias), LNTD e Avaliação anual de Desempenho por Competência.

Recrutamento e Seleção: A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais, identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os colaboradores, a fim de qualificar os serviços prestados pela Entidade.

REGULAMENTO DO PROCESSO SELETIVO:

Recrutamento - O recrutamento, que é a captação de candidatos para suprir vagas em aberto ou compor cadastro reserva através da análise curricular, para participação em processos seletivos, tem como fonte principal o sítio eletrônico da Entidade, podendo se estender a outros veículos de comunicação, de acordo com a região, para ampla divulgação tais como: jornais, grupos institucionais, redes sociais, e-mails direcionados a locais de formação de profissionais, SINE entre outros. São utilizados prioritariamente os currículos que estão cadastrados no sistema da instituição, levando em consideração nesta etapa os requisitos pré-estabelecidos no Perfil Estruturado por Competência (PEC), a saber: Formação necessária, Experiência desejável na área, Conhecimentos técnicos específicos e Conhecimentos de informática necessários para o cargo. Vale salientar que todos os candidatos deverão somente ser aceitos para o processo seletivo, pela forma de inscrição estabelecida, orientada e divulgada nestes veículos. Lembrando que a inscrição deve ocorrer no prazo estabelecido para tal.

Seleção – Após análise curricular, os candidatos que estiverem dentro do perfil inicial supracitado, são convocados para realização de avaliação teórica contendo dez (10) questões objetivas relacionadas à área de atuação. O nível de dificuldade das avaliações irá acompanhar a complexidade dos cargos e nível de formação. Será considerado apto o candidato que atingir aproveitamento igual ou superior a 70% no total da avaliação. Salvo exceções de necessidades de fechamento do quadro de forma emergencial sejam elas em implantação de unidades,

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

número de candidatos no processo insuficientes, desabastecimento ou mesmo de vazios assistenciais que possam prejudicar o funcionamento dos serviços.

Em seguida da etapa de Recrutamento, onde todos os candidatos recebem feedback sobre seu desempenho, aqueles que alcançaram o aproveitamento desejado, serão submetidos à entrevista técnica e comportamental com o Recursos Humanos e o responsável técnico da área, onde serão avaliadas as competências organizacionais, técnicas e as de liderança (quando aplicável), todas descritas no Perfil Estruturado por Competência (PEC):

- As competências Organizacionais são as mesmas para todos os cargos: Humanização, Comprometimento e Ética. O que difere a avaliação entre os cargos, é a priorização hierárquica que cada uma dessas competências vai ocupar por cargo.
- A competência técnica, avaliada pelo responsável técnico da área, leva em consideração a formação, experiência e expertise do candidato para função, por meio de perguntas que buscam justamente locais de atuação profissional do candidato, situações técnicas e comportamentais vivenciadas de acordo com as instituições que o mesmo laborou.
- Para os cargos de liderança (Enfermeiros, Responsáveis Técnicos das áreas, Cargos de Coordenação, Gerência e Direção), são avaliadas além das competências organizacionais e técnica, as competências de liderança (Comunicação, Compromisso com a Qualidade, Planejamento e Resiliência), que também são escalonadas numa ordem de priorização a depender da área de atuação do cargo.

A cada competência o candidato é avaliado como NA (Não Atende), AP (Atende Parcialmente), AT (Atende) e SE (Supera as Expectativas).

A aprovação do candidato nessa etapa é feita de forma subjetiva pela avaliação profissional conjunta da área de Recursos Humanos e a área técnica responsável pelo cargo, levando em consideração se as competências avaliadas estão em sua maioria sendo atendidas ou o perfil do candidato permite o desenvolvimento das mesmas. Dentre as competências apresentadas, não existe sobreposição entre elas.

Os candidatos aprovados, serão convocados para preenchimento das vagas disponíveis. Havendo um número de candidatos aprovados maior que o número de vagas disponíveis, estes

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

permanecerão em banco reserva que terá a validade de até 90 dias, podendo ser estender por mais 90 dias, se necessário.

Dentre os critérios mais utilizados pelo RH no recrutamento estão: não possuir nenhum outro vínculo trabalhista em escala de diarista ou 12 x 36 (No caso da OSS HMTJ), não utilizar valor de passagem maior do que o permitido pela instituição (2 modais ida e volta) e residir em local de fácil acesso à unidade em questão. Outro ponto a ser observado durante o processo seletivo que o candidato não poderá ter mais de dois vínculos direta ou indiretamente públicos. (Neste ponto, insta salientar a importância de se observar plano de trabalho e editais relacionados sejam eles por meio de convênio de prestação de contas na unidade ou de contratação de serviços).

No intuito de trabalhar a responsabilidade social e tendo como premissa a ideia de desenvolvimento de pessoas, não utilizamos o critério de experiência como habilitação exigida nos processos seletivos. Porém, ressaltamos que caso o candidato aprovado no processo seletivo, sugerimos não assumir serviços noturnos no período de 90 dias, em virtude de um melhor acompanhamento pela coordenação responsável por seu desempenho.

A data limite para realizar a admissão **é o dia 20 de cada mês**, podendo a data de início do candidato, ser superior a esse prazo. Porém as Coordenações devem disponibilizar as solicitações de admissão **até o dia 15 de cada mês**, impreterivelmente. Lembrando, que as admissões devem estar no sistema FLUIG liberadas para o RH com 48 horas de antecedência à admissão.

Os candidatos reprovados e ex colaboradores (desligados sem justa causa, por motivos de redução de quadro, ou que solicitaram demissão, desde que não haja nada que desabone a conduta), poderão participar do processo seletivo 06 meses após a data do ocorrido.

Fica vedada a contratação de cônjuge ou parente até terceiro grau, conforme a determinação de editais de prestação de serviço ao qual o HMTJ esteja sujeito, no intuito de evitar Nepotismo ou glosas futuras

CRITÉRIO DE APROVAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO POR COMPETÊNCIA:

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

01. TRIAGEM CURRICULAR:

| Dado avaliado | Critério | Perspectiva de avaliação |
|--|--|--|
| PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIA: De acordo com cada cargo | De acordo com os requisitos anunciados à vaga tais como, formação necessária, Experiência desejável na área, conhecimentos técnicos específicos e conhecimentos de informática necessários | Por meio da utilização de técnicas de análise da leitura, verificação e comparação dos dados inseridos no cadastro pelo candidato em paralelo com os dados necessários à vaga. |

02. PROVA TÉCNICA:

| Dado avaliado | Critério | Perspectiva de avaliação |
|--|---|---|
| PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIA: De acordo com cada cargo | Por meio de acerto de 70% do total da prova constituída de questões objetivas com notas de 0 ou 10 dadas pela assertividade ao gabarito confeccionados pelos responsáveis técnicos do serviço, podendo ainda ser pontuações quebradas de 1 à 10 em cada | De acordo com o cargo almejado pelo candidato é confeccionada uma prova objetiva com 10 questões específicas da área de atuação que tem como objetivo verificar conhecimentos técnicos, expertise quanto ao desenvolvimento da função e objetivos de atuação do cargo. O nível de dificuldade da prova varia de acordo com a complexidade do cargo e o nível de formação exigido para a função. |

03. ENTREVISTA POR COMPETÊNCIA:

| Competências avaliadas | Critério | Perspectiva de avaliação |
|------------------------|----------|--------------------------|
|------------------------|----------|--------------------------|

Título: Política de Gestão de Pessoas

Código: PLT HMTJ 001

Revisão: 09

Data: 04/11/2022

| | | |
|---|--|--|
| <p>COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Humanização</p> | <p>De acordo com o desenvolvimento do candidato frente a entrevistas por competências, que objetiva compreender os conhecimentos, habilidades e atitudes que a pessoa tem, indo além dos aspectos técnicos. Essa entrevista foca no comportamento do candidato e no grau de adequação aos valores e cultura da empresa, sendo este avaliado pelas perspectivas:</p> <p>NÃO ATENDE ATENDE</p> | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.</p> |
| <p>COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Comprometimento</p> | <p>habilidades e atitudes que a pessoa tem, indo além dos aspectos técnicos. Essa entrevista foca no comportamento do candidato e no grau de adequação aos valores e cultura da empresa, sendo este avaliado pelas perspectivas:</p> | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e</p> |
| <p>COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Ética</p> | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas</p> | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas</p> |

Título: Política de Gestão de Pessoas

Código: PLT HMTJ 001

Revisão: 09

Data: 04/11/2022

| | | |
|---|--|---|
| <p>COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Comunicação</p> | <p>PARCIALMENTE ATENDE SUPERA AS EXPECTATIVAS</p> | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de expressão verbal de pensamentos e de sentimentos, observado o uso adequado da língua portuguesa, comunicação com pares, comunicação com subordinados e superiores bem como o planejamento da disseminação da cultura de comunicação na equipe e/ ou envolvidos, <u>bem como a habilidade de se expressar e</u></p> |
| <p>COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Resiliência</p> | | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também</p> |
| <p>COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Compromisso com a qualidade</p> | | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e</p> |

Título: Política de Gestão de Pessoas

Código: PLT HMTJ 001

Revisão: 09


Data: 04/11/2022

| | | |
|---|--|--|
| <p>COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Planejamento</p> | | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus</p> |
| <p>COMPETÊNCIA TÉCNICA: Específica de cada função</p> | | <p>Por meio da utilização de casos hipotéticos e/ ou perguntas objetivas, será avaliado o conhecimento técnico.</p> |
| <p>COMPETÊNCIAS OPERACIONAIS: Específicas de cada função</p> | | <p>Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais bem como atendimento as <u>competências operacionais delineadas pelos</u></p> |

PAPEL DOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO SELETIVO:

01. LIDERANÇAS/ RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DOS SERVIÇOS:

- Emissão de solicitação de vagas ao qual inicia-se por meio da abertura de postos de trabalho, sejam elas estipulados no base zero (implantação de unidade, substituição de colaboradores afastados ou desligados) ou necessidades sazonais de aumento por novas demandas ou cobertura de férias. Salienta que o RH, como forma de atuar de maneira

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

estratégica ou mesmo proativa quanto ao tempo de preenchimento de vagas, poderá realizar ainda quadro reserva para as funções da unidade, seja este solicitado pela liderança ou mesmo por meio da identificação do próprio setor de Gestão de Pessoas;

- Subsidiar a equipe de Gestão de Pessoas com informações específicas sobre o perfil ou atividade da posição solicitada;
- Participar do processo de seleção, sempre que solicitado;
- Avaliar tecnicamente os candidatos;
- Entrevistar os candidatos finalistas e emitir parecer final do processo para equipe de Gestão de Pessoas;
- Sinalizar ao RH tanto pontos fortes quanto oportunidades de melhoria relativas ao candidato;
- Acompanhar processo de admissão de candidatos bem como avalia-los quanto a efetividade dos pontos encontrados na seleção em seu respectivo período de experiência.

02. PROFISSIONAL DE RECURSOS HUMANOS:

- Iniciar o Processo de Seleção após validação da disponibilidade da vaga na Instituição;
- Garantir a ampla divulgação e publicidade das posições abertas;
- Agir ativamente na busca de candidatos com o perfil da posição;
- Orientar os candidatos durante o processo de seleção;
- Elaborar avaliação comportamental dos candidatos;
- Apoiar no processo de avaliação técnica do candidato;
- Coordenar agenda e efetividade do processo de seleção;
- Comunicar aprovação e reprovação dos candidatos;
- Indicar candidato aprovado para avaliação/ validação da Medicina do Trabalho;
- Agendar data de Coleta de documentos para admissão;
- Receber e avaliar os documentos necessários para admissão do candidato aprovado no processo seletivo;
- Informar ao gestor se o candidato entregou todos os documentos e está apto a iniciar as atividades;
- Agendar data de início e integração do candidato aprovado, comunicando posteriormente à área solicitante da vaga.

03. PROFISSIONAL DO SESMT:

| | |
|---------------------|-----------------|
| Proibido Reproduzir | Página 10 de 32 |
|---------------------|-----------------|

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- Avaliar cartão de vacinas do candidato;
- Marcar consulta do candidato na medicina do trabalho e comunicar o setor de RH;
- Avaliar física e/ ou clinicamente o candidato aprovado no processo de acordo com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO;
- Emitir o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO do candidato e entregar ao RH para admissão;
- Sinalizar ao setor de RH diante de qualquer intercorrência que impossibilite ou atrase o processo de contratação do candidato;
- Realizar entrega de EPI conforme atuação do cargo e definidos pelo PPRA.

1.1 - Generalidades.


Os colaboradores que executam atividades que afetam nos processos e na Qualidade dos serviços da Entidade são capacitados para a função, conforme requisitos definidos na Estrutura Organizacional, considerando o perfil necessário de acordo com os PEC'S.

A Entidade atua com o recrutamento interno e entre unidades, **visando à valorização profissional e a retenção de talentos**, recrutamento externo e o misto, e em todos os meios de recrutamento são utilizados critérios descritos no PEC. Nos casos de recrutamento interno e entre unidades, o colaborador deverá ter mais de seis (6) meses de admissão, conter as necessidades exigidas para o cargo e **não ter sanções administrativas nos últimos 03 meses.**

Atualização de documentos: Após a admissão, conforme definido em contrato de trabalho, fica condicionado que o profissional admitido deverá comunicar qualquer atualização de seus dados pessoais e profissionais a entidade relacionados aos seus documentos de admissão, sendo de sua inteira responsabilidade a entrega formal de documentação atualizada ao RH da unidade. Todavia, o setor de RH, caso ache interessante, poderá disponibilizar o formulário PRS HMTJ 047_Anexo 45_Atualização de Documentos aos colaboradores anualmente como forma preventiva de captação de informações atualizadas para regularização no sistema de registro.

Referência: PRS HMTJ 047 - Recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal.

| | |
|---------------------|-----------------|
| Proibido Reproduzir | Página 11 de 32 |
|---------------------|-----------------|

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Integração, Gestão de Desempenho e Desenvolvimento dos talentos organizacionais:

Todos os novos colaboradores deverão ser integrados em seu primeiro dia de trabalho, ou salvo exceções, em até o 35º dias contados da sua admissão, caso isso não ocorra este será automaticamente desligado pelo RH da unidade no seu primeiro período de 45 dias. O mesmo receberá este comunicado da obrigatoriedade da integração e sua liderança incumbida de receber colaborador capacitado na integração ou encaminhá-lo para tal finalidade em casos pendentes por alguma excepcionalidade.

O treinamento de integração tem por finalidade ambientar o colaborador sobre normas e políticas institucionais, baseadas no Regimento Interno do Comitê de Recepção, bem como conscientizá-los sobre a cultura organizacional, seus direitos e deveres enquanto funcionário. Neste mesmo momento é assinado a CTPS do colaborador, contrato de Trabalho, Tremo de ciência do Manual de Normas, Condutas e Ética, e outros formulários relativos ao jogo admissional. Após estes treinamentos, o RH apresenta a unidade ao novo colaborador e o encaminha a sua liderança.

Durante o período funcional do colaborador na Entidade, algumas ferramentas serão disponibilizadas para os gestores a fim de apoiá-los na gestão de pessoas que lhes compete. A primeira delas é o **TBI (Treinamento Básico Introdutório)** que garantirá o compartilhamento de informações e conhecimentos com o novo colaborador no que diz respeito às suas funções e a unidade em que ele atua.

Avaliações no período de experiência de 90 dias, também serão utilizadas e divididas em dois momentos (**45 + 45**), e por meio destas estará sendo avaliada as competências descritas no PEC. Ao término de cada período, o gestor poderá optar por não continuar com esse colaborador, nos casos em que não atender os requisitos solicitados nessas avaliações ou ter cometido falta (s) gravíssima (s). Após esse período ficará entendido pelo RH, que esse colaborador atendeu os requisitos básicos para a vaga e o seu desligamento posterior só poderá ser solicitado nos casos de atos graves, ou por uma sucessão de faltas leves sendo todas estas respaldadas por medidas administrativas (advertência e suspensão) e intervenções do RH. O gestor deverá utilizar o sistema GCEPC para realizar o registro de todo o histórico do

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

colaborador realizando feedbacks e comentários para que o RH possa acompanhar e validar o pedido de desligamento.

Observação: Durante a avaliação de experiência, as oportunidades de melhoria deverão ser realizadas por meio de feedback de orientação ao colaborador. E acompanhadas durante este período para decisão de efetivação ou não da vaga.

As medidas administrativas bem como a ação do RH através das intervenções, estarão disponíveis aos gestores como forma de reter talentos e não causar grandes oscilações no turnover e no absenteísmo.

Fica aqui determinado à aplicação de advertência para o colaborador que faltar sem justificativa comprovada formalmente por meio de documento legal aceito pela CLT. E fica orientado a utilização da ferramenta de intervenção do RH para os casos que o gestor julgar necessário. Através das intervenções e ações conjuntas do RH com o gestor da área, poderão ser feitas algumas mudanças em relação ao horário e escala do colaborador conforme consenso entre as partes no intuito de estabelecer uma melhor ação que minimize ou sane a possibilidade de absenteísmo do mesmo, desde que esta não cause impacto negativo na área.

Gestão do Treinamento e Desenvolvimento: A gestão de RH apoia a implementação das ferramentas necessárias e incentiva as próprias Coordenações a prepararem os recursos necessários para o desenvolvimento contínuo das pessoas e da Entidade. As Coordenações são responsáveis por orientar e fazerem os treinamentos com seus Colaboradores, de forma que estes possam ter sucesso nas suas funções.

A gestão de RH e as Coordenações trabalham em conjunto para assegurar que o desempenho dos Colaboradores seja gerido com integridade, sendo estes avaliados ao longo do ano, através de ferramentas e processos, tais como a Avaliação do Período de Experiência de 45 e 90 dias, Pós Admissão e da Avaliação de Desempenho por Competências (ADC), realizada anualmente.

Gerir o desempenho do colaborador com base nas competências definidas para o cargo que o mesmo ocupa, cria a oportunidade de trabalhar os pontos de melhoria a fim de aumentar a

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

sua performance, de ressaltar seus pontos de destaque através da valorização deste profissional, e fornecer ao gestor subsídio para efetuar desligamentos nos casos em que não for possível manter o colaborador por falta de adequação nas melhorias propostas.

Com este pensamento, os colaboradores devem receber regularmente *feedbacks* relativos aos seus desempenhos através da ferramenta GCPEC, sendo estes apoiados pela sua Coordenação quanto à sua responsabilidade pelo próprio desenvolvimento profissional. Na Entidade as promoções e oportunidades de carreiras são baseadas nesse desempenho, sendo este sustentado pelos resultados, comportamentos e potenciais de cada colaborador. Enfatiza-se assim a retenção de talentos e a motivação dos colaboradores por um futuro melhor na instituição.

A Entidade oferece, quando possível, convênios/ parcerias com instituições de ensino como forma de retenção de talentos, valorização e desenvolvimento profissional. Contamos ainda com um setor/ núcleo (de acordo com a unidade) responsável por questões de educação continuada. Buscamos fazer parcerias com empresas que sejam benéficas para os nossos colaboradores.

Referência: PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal.

Adicionalmente a este **PRS HMTJ 045**, existe o programa de incentivo a especialização de seus profissionais através da Concessão de Bolsa de Estudo de Pós-Graduação na Universidade da Mantenedora, Faculdade SUPREMA em Juiz de Fora.

Retenção de Talentos: Como continuidade dos processos de gestão de pessoas estabelecidos por esta instituição, entende-se que tão importante quanto ter as competências definidas para um cargo, realizar um processo de recrutamento e seleção com base nessas competências tentando extrair do mercado de trabalho a mão de obra que mais se aproxima do perfil desejado pela Entidade, se faz necessário reter esse talento.

Para o alcance desse objetivo, a Entidade além de priorizar a questão das capacitações e do acompanhamento deste colaborador por meio das avaliações de desempenho que fomentam a cultura de Feedback, buscamos sempre estender esses horizontes. Isso é feito por meio da

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

oferta de benefícios, dentro das possibilidades da instituição, da escuta direta do colaborador através da Pesquisa de Clima Organizacional, que é usada como base para traçar ações de melhorias no que diz respeito ao bem-estar do colaborador em seu ambiente de trabalho, e da priorização dos processos seletivos internos que oferecem a possibilidade de crescimento e desenvolvimento profissional.

Referência: PRS HMTJ 189 - Concessão e manutenção para bolsa de estudo.


Ainda, adicionalmente a este **PRS HMTJ 045**, existem Programas de Liderança que ajudam a desenvolver e a manter uma gestão mais qualificada, na busca de líderes comprometidos com o incremento de resultados, que saibam atuar de forma integrada com todos os parceiros da Entidade, que estimulem constantemente o crescimento de suas equipes, sejam proativos e inovadores e proporcionem um clima organizacional de alto desempenho.

Referência: PRS HMTJ 052 - Programa de desenvolvimento de lideranças.

Lideranças em cargos de Responsabilidade Técnica de categorias profissionais:

A Responsabilidade Técnica é o dever de responder pelos atos profissionais quanto à aplicação técnica da ciência da Administração, em conformidade com os princípios éticos e com a legislação vigente. Baseando-se nesta premissa, a liderança que compõe o quadro da instituição em função de RT, tem o dever de zelar por este processo, sendo este o elo entre a entidade e a categoria profissional, obedecendo suas respectivas normas. Cabe a este profissional o monitoramento da aptidão dos profissionais para desenvolvimento de suas respectivas funções logo após sua admissão bem como anualmente, obedecendo a data base e limite de atualização dos registros profissionais, a verificação de conformidade para atuação laboral dos funcionários sobre sua responsabilidade, solicitando a estes sua anuidade e relatório de nada consta que deverá ser direcionada para guarda em suas respectivas fichas de registro.

Regimento Interno: Em complemento a isto, é cobrado das categorias de classe (corpo clínico, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social), a elaboração e/ ou revisão dos regimentos internos, conforme padronização de atualização de documentos definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que houver necessidade de alteração, sejam elas por novas unidades ou serviços que impactem a atividade.

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Após a elaboração dos regimentos, são cobradas as lideranças a comunicação de envio do regimento ao seu respectivo conselho, para que o mesmo tenha ciência ou valide o regimento em uso pela classe profissional na instituição, que também deve ser enviado para aprovação do RH posteriormente. Após estas aprovações/ validações, deverá dar ciência deste documento ao corpo técnico funcional pertencentes ao quadro profissional, seja por meio de ata de reunião ou mesmo registro de treinamento, se assim o gestor julgar necessário. Lembrando que ambos os documentos deverão ser entregues no setor de RH para arquivo ou compilação juntamente com os comprovantes da validação do Conselhos das categorias profissionais.

Referência: Regimentos internos das categorias profissionais

Cargos, Remuneração e Benefícios: a Entidade remunera e beneficia seus colaboradores de forma compatível à média do mercado da região, de acordo com as atividades exercidas, o desempenho e a competência profissional, de forma a atrair, reter e valorizar sua força de trabalho. Outros aspectos são igualmente importantes na intenção de atrair novos talentos e manter os atuais Colaboradores: a confiança que os Colaboradores colocam no nome da Entidade, as relações estabelecidas com as Coordenações e os colegas de trabalho e as oportunidades de aprendizagem e crescimento.

Referência: PRS HMTJ 046 Cargos, Remuneração e

Benefícios.

Valorização o capital humano: considerando que **o Clima Organizacional** é a percepção coletiva que os colaboradores têm de práticas, políticas e valores organizacionais e também os níveis de motivação e credibilidade existentes, a Entidade, acredita na alta relação entre clima, satisfação no trabalho, qualidade, desempenho das pessoas e conseqüente aumento da produtividade. Através desta ferramenta gerencial que permite, além de mapear o ambiente da organização, a proposição de planos de ação para melhorias da produtividade, das relações de trabalho, do bem-estar e da qualidade de vida dos seus colaboradores.

Referência: PRS HMTJ 187 Gestão do Clima Organizacional.

Comunicação de Recursos Humanos: a Entidade busca promover a comunicação de assuntos relativos a recursos humanos, através da veiculação ágil, objetiva, clara, dirigida e eficaz de informações, buscando constituir uma base de confiança, transparência e

| | |
|---------------------|-----------------|
| Proibido Reproduzir | Página 16 de 32 |
|---------------------|-----------------|

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

credibilidade que permita fortalecer o relacionamento entre a Entidade e os colaboradores, alinhando-os às diretrizes e estratégias empresariais.

Referência: PRS HMTJ 188 Comunicação de Recursos Humanos.

Processos de gestão por competência GCPEC: Com a adoção efetiva da dos processos de Gestão por Competências na instituição por meio da plataforma GCPEC, se fez necessário a criação de um procedimento específico que contemplasse todo o processo de avaliação, tanto para o avaliador, como para o avaliado, apresentando as ferramentas, dessa forma, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

PRS HMTJ 263 Processos de gestão por competência GCPEC

Visando facilitar o entendimento de nossos colaboradores quanto a política de Gestão de Pessoas, a Entidade desenvolveu o **Manual de Normas, Condutas e Ética**, que compõe esta Política Institucional, que visa promover e estimular o comportamento ético na cultura organizacional, bem como estabelecer e manter relacionamentos de confiança, embasados em princípios e valores vigentes, norteadores de todos os processos e práticas de gestão, sintonizado com os demais códigos de ética específicos a cada categoria profissional, regimento interno e as políticas adotadas por ela. Sendo assim, todos os colaboradores e médicos da Entidade e os prestadores de serviços de qualquer natureza devem se comprometer a seguir este Código de Normas, Conduta e Ética, tanto no ambiente de saúde, como nos eventos de qualquer natureza, promovidos ou patrocinados por esta.

Sempre que surgirem dúvidas ou alguns pontos que se fizerem necessários esclarecer nesta Política Institucional, bem como sobre o seu cumprimento, deverão procurar orientação quanto à conduta correta, uma vez que, esta Política e seu Código apresentam situações vivenciadas no cotidiano da Entidade, mas sem prever todas as situações que eventualmente possam surgir.

A Diretoria da Entidade está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas, que visem ao aprimoramento dos serviços da Instituição e das relações de trabalho dentro dela.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

A Entidade conta com um setor Jurídico que visa esclarecer e orientar as Gestões quanto a dúvidas jurídicas práticas do dia a dia.


Discriminação: A entidade prima por um ambiente de trabalho positivo, baseado em nossos valores e boas condutas profissionais e pessoais e entende que este ambiente saudável no dia a dia é fundamental para o sucesso de qualquer negócio. Porém, toda instituição tem pessoas de diversas origens sociais, raciais e culturais, que não têm muito em comum além do fato de trabalharem juntas. Essas diferenças podem gerar situações de conflito na equipe ou até **discriminação no ambiente de trabalho.**

Será considerado como discriminação no ambiente de trabalho qualquer distinção no tratamento ou nas oportunidades dadas a um colaborador por motivos não relacionados ao seu desempenho profissional. Segundo a Constituição brasileira, todos são iguais perante a Lei, o que garante a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança. Neste mesmo pensamento, a entidade caracterizará como discriminação quando essa inviolabilidade for desrespeitada, indo de encontro aos princípios constitucionais e institucionais. Sendo considerado atos de preconceito quando infringirem situações de desrespeito para:

- nacionalidade;
- raça;
- gênero;
- Orientação sexual;
- estado civil;
- religião;
- classe social.

Para tal, o RH estimula suas lideranças e colaboradores para a construção de um ambiente de trabalho e transformar o respeito às diferenças em uma prioridade em nossa cultura organizacional, promovendo assim um tratamento igualitário e inclusivo a todos os colaboradores, seja qual for:

- o cargo;

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- a cor;
- a orientação sexual;
- o gênero;
- as escolhas pessoais de cada um.

São primordiais neste ambiente, relações com empatia e senso de colaboração, que devem estar presentes em todos os processos da organização, a fim de reforçar e institucionalizar esse comportamento nos colaboradores em geral.

Bullying: Bullying é um conjunto de atos contínuos e intencionais de violência física, verbal ou virtual, que têm como objetivo desmoralizar, ofender e/ ou isolar uma pessoa. Vítimas têm a saúde mental e até física prejudicada, equipes veem sua performance ruir e empresas perdem talentos por causa dessa prática. Além disso, o comportamento pode se enquadrar na definição de assédio moral, culminando em possíveis processos contra a instituição.

O bullying fica caracterizado quando há intimidação contínua, ou seja, vários episódios de piadas, fofocas, isolamento e/ou ameaças a um colaborador.

A Lei nº 13.185 afirma que a prática pode ser classificada em oito tipos:

- Verbal: insultar, xingar e apelidar pejorativamente;
- Moral: difamar, caluniar, disseminar rumores;
- Sexual: assediar, induzir e/ou abusar;
- Social: ignorar, isolar e excluir;
- Psicológica: perseguir, amedrontar, aterrorizar, intimidar, dominar, manipular, chantagear e infernizar;
- Física: socar, chutar, bater;
- Material: furtar, roubar, destruir pertences de outrem;
- Virtual: depreciar, enviar mensagens intrusivas de intimidade, enviar ou adulterar fotos e dados pessoais que resultem em sofrimento ou com o intuito de criar meios de constrangimento psicológico e social.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Assédio Moral: Segundo definição desta cartilha do Ministério Público Federal (MPF): “O assédio moral caracteriza-se pela exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, de forma repetitiva e prolongada no tempo, no exercício de suas funções.”

Ofensas ao trabalho ou vida pessoal, medidas infundadas de isolamento, gritos e ameaças são exemplos de manifestação do assédio moral.

Geralmente, essa conduta é praticada por superiores, que se aproveitam de sua posição privilegiada para humilhar, ridicularizar e/ou isolar um ou mais subordinados.

Porém, também pode ocorrer o assédio horizontal (entre colegas do mesmo nível hierárquico), misto (praticado por gestor e colegas, de forma simultânea) ou até partindo de um subordinado para uma chefia.

Violência no ambiente de trabalho: A violência no local de trabalho pode ser descrita como qualquer ação, incidente ou comportamento apresentado que esteja fora dos padrões aceitáveis como conduta normal, onde o trabalhador, durante o seu trabalho ou como resultado direto do mesmo, é assaltado, ameaçado, ferido ou injuriado. É qualquer ato em que uma pessoa é abusada, ameaçada, intimidada ou agredida em seu emprego. Embora as definições exatas possam variar de acordo com a lei, em geral a violência no local de trabalho tem as seguintes características:

- **Comportamento ameaçador** – como sacudir os punhos, destruir propriedades ou atirar objetos.
- **Ameaças verbais ou escritas** – qualquer expressão que demonstre intenção de causar danos.
- **Assédio** – qualquer comportamento que humilhe, embarace, irrite, alarme ou agrida verbalmente o outro que não seja esperado. Isso inclui palavras, gestos, intimidação e outras atividades inapropriadas.
- **Abuso verbal** – xingamentos, insultos ou linguagem condescendente.
- **Ataques físicos** – bater, empurrar, chutar entre outras agressões físicas.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Tratativas adotadas quando identificados possíveis casos de discriminação, bullying, violência e/ ou agressão:

Mesmo prevalecendo a tomada de medidas preventivas e estimuladas na instituição, podem ocorrer caso de denúncia ou mesmo de necessidade de investigação. Para tal, o HMTJ adota as seguintes premissas, tais como:

- **Preservação da identidade dos envolvidos:** O anonimato dos envolvidos deve ser preservado, a fim de evitar que o caso se torne alvo de especulações dos outros funcionários ou seja prejudicado ou mesmo perseguido;
- **Checagem dos fatos:** Ao receber uma denúncia de discriminação no ambiente de trabalho, é fundamental fazer uma investigação minuciosa dos fatos e do que realmente ocorreu. Converse com a vítima, com o acusado e com possíveis testemunhas, dependendo do caso descrito. Quanto mais informação a empresa tiver em mãos, mais fácil será determinar se a situação caracteriza ou não discriminação no ambiente de trabalho.
- **Consulta a Legislação:** Antes de decidir qual atitude vai tomar perante os fatos, consulte o que diz a Constituição. A Lei 9.029/1995 veda “qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso à relação de trabalho, ou de sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar, deficiência, reabilitação profissional, idade, entre outros”.

O racismo, por exemplo, é considerado crime inafiançável e imprescritível. Já com relação ao preconceito com mulheres no mercado de trabalho, a Lei proíbe a exigência de testes de fertilidade ou gravidez, assim como a indução à esterilização.

Outro ponto de atenção a ficar atento, diz respeito a desligar um funcionário por razões discriminatórias, ao qual podem exigir a **reintegração do profissional com ressarcimento integral** dos valores relativos ao tempo em que ele ficou parado. Outra consequência pode ser o pagamento o dobro da remuneração do período de afastamento.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- **Apoio emocional e legal à vítima:** O apoio do RH e dos gestores é fundamental para que a pessoa discriminada se sinta acolhida e tenha mais tranquilidade para enfrentar o problema sem medo de retaliações. O jurídico poderá ser acionado para prestar consultoria caso seja necessário. Além disso, é necessário ficar atento aos efeitos **emocionais e psicológicos** que a situação causou à pessoa, tomando as atitudes necessárias para preservar a sua saúde mental.

A Instituição compreende que o recurso humano é a fonte principal e mais importante para todo e qualquer processo, inclusive essencial para o cumprimento da sua missão e visão. São os colaboradores os verdadeiros responsáveis por prestar à sociedade de forma excelente, uma assistência humanizada e de qualidade a que todo cidadão tem direito.

Para tal, é necessário entender que esse corpo funcional é formado por pessoas com as mais diversas características, com objetivos pessoais, histórias e perspectivas diferentes. Entende-se então que é de suma importância fazer com que essas pessoas tenham condições de atuarem com total plenitude, com seus direitos garantidos, bem orientadas dos seus deveres, com acompanhamentos para seus devidos desenvolvimentos e melhor desempenho em suas funções, e também com uma boa saúde.

Buscando minimizar esse reflexo, a instituição possui um protocolo de apoio e acolhimento emocional, a fim de que o colaborador não consiga alcançar um nível irreversível ou de difícil reversão e grandes sequelas no âmbito da saúde mental. Sendo assim, a partir desse protocolo o colaborador encontrará um ambiente seguro e acolhedor, onde poderá ser ouvido, orientado e devidamente atendido quando sentir tal necessidade. Esse protocolo é iniciado pelo acolhimento do RH, que identificando a necessidade, encaminha esse colaborador para Saúde Ocupacional a fim de que seja inserido no programa de qualidade de vida, tendo um acompanhamento especializado.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- **Aplicação de punição adequada ao agressor:** Após investigar e apurar os fatos, a instituição poderá punir o agressor por meio de advertência, suspensão ou, se houver reincidência, demissão por justa causa, após orientação jurídica e da Direção sobre os pontos encontrados.

Sanções Administrativas: Medidas administrativas que devem ser utilizadas para conscientização do colaborador em decorrência do não cumprimento de normas e políticas bem como em caso em que este esteja face a denegrir a imagem da instituição. São elas:

Advertência: Utilizamos essa medida administrativa, de maneira verbal ou escrita, como forma de sinalizar o colaborador sobre alguma conduta que não esteja adequada com as normas e políticas apregoadas pela Entidade. Em hipótese nenhuma essa ferramenta deverá ser utilizada como forma de punir ou coagir o colaborador pelo ato cometido, e sim para disseminar uma cultura justa baseada nos valores da Entidade e na política de gestão de pessoas.


OBSERVAÇÃO: MAS AFINAL O QUE É CULTURA JUSTA?

Independentemente da capacidade e experiência, qualquer colaborador é passível de errar. Faz parte da natureza humana. Por esta razão, é necessário conscientizar os profissionais e prepará-los para reduzir estes erros e a lidar com eles caso ocorram.

A diretriz institucional “Cultura Justa” de que equilibra as necessidades de notificações abertas e honestas dos colaboradores com um ambiente de aprendizado sobre qualidade e cultura.

Esta prática promove a mudança de foco: dos erros e efeitos para um sistema que projeta e gerencia o comportamento e as ações dos profissionais. Trata-se de ir além da criação de um ambiente confortável para que eles se sintam livres para reportar eventos adversos ou incidente mas que promove consciência dos profissionais para a importância destes relatos, visando a melhoria dos processos, por meio de:

- Constante preocupação com a possibilidade de erro;

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- Respeito à expertise independentemente da patente ou status;
- Habilidade de adaptação, quando necessário;
- Habilidade de concentração em uma tarefa e visão sistêmica;
- Habilidade de alterar e nivelar a hierarquia para encaixar-se em situações específicas.

A Cultura Justa extermina a abordagem punitiva e o sentimento de culpa. Com esta prática em vigor, ocorre:

- Aumento da segurança do paciente;
- Empoderamento dos colaboradores;
- Engajamento dos colaboradores;
- Redução de riscos, incidentes e eventos adversos;
- Redução da morbimortalidade;
- Treinamento e melhor preparo dos profissionais para lidar com erros;
- Promoção de mudanças (nos pontos críticos apontados) visando melhorias;
- Promoção de trabalho multidisciplinar;
- Melhora da comunicação interna.
- Comprometimento organizacional de recursos para tratar de questões de segurança
- Reconhecimento da natureza de alto risco das atividades realizadas pela organização, com a determinação de se alcançar operações consistentemente seguras
- Um ambiente sem culpa onde os indivíduos são capazes de relatar erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição

Melhorar a cultura da segurança na saúde é essencial para prevenir ou reduzir os erros e melhorar a qualidade geral dos cuidados. Estudos documentaram uma variação considerável nas percepções da cultura de segurança entre organizações. Enfermeiros têm constantemente reclamado da falta de um ambiente sem culpa, e os prestadores de todos os níveis observaram problemas com o compromisso organizacional para se estabelecer uma cultura de segurança.

As razões de uma cultura subdesenvolvida de segurança em saúde são complexas: falta de trabalho em equipe, comunicação frágil, uma "cultura de baixas expectativas" e hierarquia/autoridade.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Conseguir melhorias sustentadas na cultura de segurança pode ser difícil. Medidas específicas, como treinamento em equipe, rounds de pessoal executivo nas áreas assistenciais e criação de equipes de segurança baseadas em unidades, foram associadas a melhorias nas medidas de cultura de segurança, mas ainda não associadas a menores taxas de erro. Outros métodos, tais como Times de Resposta Rápida e métodos de comunicação estruturados, como o SBAR, estão sendo amplamente implementados para ajudar a abordar questões culturais como hierarquias rígidas e problemas de comunicação, mas seu efeito na cultura geral de segurança e nas taxas de erro permanece não comprovado.


A cultura da culpa do indivíduo (e não do sistema) nos cuidados de saúde prejudica o avanço de uma cultura de segurança. Vale lembrar que certos erros exigem responsabilidade. Em um esforço para conciliar as duas necessidades de falta de culpa e apropriada responsabilização, o conceito de "cultura justa" está sendo introduzido.

Uma cultura justa visa identificar e abordar problemas de sistemas que levam os indivíduos a se envolver em comportamentos inseguros, mantendo a responsabilidade individual e estabelecendo tolerância zero para o comportamento imprudente. Ele distingue entre erro humano (por exemplo, deslizamentos), comportamento de risco (por exemplo, tomar atalhos) e comportamento imprudente (por exemplo, ignorar os passos de segurança exigidos), em contraste com uma abordagem abrangente de simplesmente "não culpar". Em uma cultura justa, a resposta a um erro ou falha próxima é baseada no tipo de comportamento associado ao erro, e não na gravidade do evento. Por exemplo, comportamento imprudente, como recusar-se a realizar uma checagem de segurança antes da cirurgia, mereceria ação punitiva, mesmo se os pacientes não tivessem sido prejudicados.

Segunda Vítima:

Quando um erro resulta em dano ao paciente é comum que as instituições de saúde adotem medidas para prestar assistência a esse paciente e seus familiares. No entanto, muitas vezes o(s) profissional(is) de saúde envolvido nesse erro, embora vivencie uma experiência de angústia e sofrimento, não recebe suporte da instituição.

A expressão "segunda vítima" (sendo a primeira o paciente e/ou sua família) é utilizada para se referir ao profissional de saúde que vivencia algum dano emocional ou sofrimento em

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

função do envolvimento de um erro com dano ao paciente. Estima-se que até 50% dos profissionais de saúde que vivenciaram a experiência de "segunda vítima" sofreram alguma síndrome ao longo de suas carreiras.

Diante desta ótica e visando sempre trabalhar a cultura justa, foi criado o protocolo de atendimento a segunda vítima, no intuito de definir abordagem aos profissionais envolvidos em eventos adversos.

Referência: PRS HMTJ 270 – Protocolo de Atendimento à Segunda Vítima

O papel da Liderança:

A liderança organizacional deve estar profundamente envolvida e atenta às questões que os trabalhadores da linha de frente enfrentam, compreendendo a "cultura oculta" que muitas vezes orienta o comportamento. Muitos determinantes da cultura de segurança dependem das relações interprofissionais e de outras circunstâncias locais.

Mediante esta preocupação o RH sugere sempre além da averiguação e análise dos fatos, o fomento a cultura de aprendizagem nestas situações, ao qual dentre as oportunidades de melhoria identificadas sejam aproveitadas como forma de fortalecimento da barreira seja por capacitações das equipes de trabalho, seja por feedback seja pelo desenvolvimento estratégico e de gestão de processos nestas falhas.

Suspensão: A suspensão visa disciplinar, resgatar o comportamento do empregado conforme as exigências da empresa. Ela pode ocorrer após advertências ou até mesmo logo após o cometimento de uma falta de maior relevância. Esta falta terá que ser bastante grave, pois haverá prejuízo ao colaborador e à Entidade.

Haverá prejuízo salarial ao colaborador uma vez que ele perde a remuneração correspondente aos dias de suspensão e a do descanso semanal remunerado correspondente, pois se trata de falta injustificada; e à Entidade, no que diz respeito à prestação dos serviços.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Através da suspensão a Entidade poderá justificar futuramente uma eventual rescisão por justa causa, em razão dos atos reincidentes e graves praticados pelo colaborador mesmo tendo sido advertido e suspenso. Outras medidas cabíveis são os registros de: **feedback de orientação** relativa a situações ao qual não cabem uma sanção administrativa mas trazem oportunidades de melhoria, descrição de atos ou condutas falhas do colaborador que trazem algum prejuízo a gestão ou ao setor. Ou ainda, **o feedback de elogio**, que visa valorizar por meio da descrição de bons feitos ou situações de satisfação quanto atuação dos nossos colaboradores. Ambos registros devem ser realizados pelo GCPEC, o gestor tem a opção de registrar o feedback comparado a uma competência atribuída ao PEC do colaborador.


Prestação de Contas: Mensalmente as unidades deverão se reunir com a alta direção para apresentação de seus indicadores, PDCA's, evoluções, e ações de melhorias contínuas além de discutir assuntos que sejam pertinentes a manutenção dos serviços prestados por elas. Em relação ao Entidade/MG essa prestação de contas será feita pelo setor de RH, que apresentará seus indicadores e planos de ação visando a melhoria na gestão de pessoas, processos e resultados.

Mudança de escala permanente: diarista para plantão (ou vive versa) - pode ser feito apenas com o livre consentimento do colaborador, expressado através de carta de próprio punho.

Mudança de escala permanente: Plantão SD1 para SD2 ou plantão par para plantão ímpar (por exemplo) – pode ser feito sem consentimento do colaborador. O mesmo deverá ser comunicado, via termo formal, com 30 (trinta) dias de antecedência sobre essa troca. Além de assinar o termo, ele deverá fazer um documento de próprio punho na data da comunicação dizendo ter ciência dessa troca que ocorrerá após 30 (trinta) dias.

Troca de Turno - pode ser feito apenas com o livre consentimento do colaborador, expressado através de carta de próprio punho. Nos casos onde a troca for de noturno para diurno, o colaborador deve acrescentar na carta a ciência da perda do adicional noturno.

Mudança de setor - se a função contratada for genérica, o gestor pode trocar o colaborador de setor com ou sem seu consentimento desde que essa mudança não traga prejuízos para o

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

serviço nem para o colaborador. Uma observação a ser feita, com relação a área assistencial (enfermagem e médico), o colaborador que pertencer a uma unidade considerada como fechada não poderá ser transferido para uma unidade aberta, uma vez que o valor recebido na primeira é maior. Nos casos de transferência de unidade aberta para fechada, deve ser observado se o colaborador possui a especialidade exigida para este setor.

Troca entre Unidades - somente poderão trocar de unidades uma vez que haja vaga disponível e de comum acordo entre as partes envolvidas, tendo como premissa a autorização do gestor responsável.


OBS: Todas as Mudanças acima citadas devem vir acompanhadas do documento de MP devidamente preenchido e assinada.

No caso de **Jovem Aprendiz e Estagiário** não é permitido a troca de horário e setor, devido ao contrato educacional com a instituição responsável. Cabe ressaltar que o **Jovem Aprendiz e Estagiário** não pode ficar exposto em setor de atendimento ao público, serviço de rua, setores insalubres e afins. Por esse motivo a contratação deles já é direcionada para setores aptos de atuação. Essa definição é feita pela gerência de RH da Entidade em conjunto com as coordenações de RH.

PJ: Esta modalidade é permitida apenas para categoria médica, na qual todo o processo é realizado entre o setor de contratos, coordenação de serviço da unidade e a empresa prestadora de serviço, atendendo todas as exigências legais de contratação. Os profissionais PJ's deverão cumprir todas as normativas definidas para os colaboradores celetistas no que tange à habilitação necessária para o cargo e avaliações funcionais.

RPA: Modalidade utilizada para categoria médica, e para casos de extrema necessidade em outras categorias desde que autorizada previamente pela alta direção da Entidade.

Vestimenta apropriada / Uniforme: A Entidade deverá fornecer o crachá e o uniforme ao novo colaborador, que deverá se responsabilizar pelo uso adequado, guarda e devolução do mesmo. Nos casos de falta de uniforme, o colaborador deverá preferencialmente utilizar a vestimenta sinalizada no Manual de Normas e Condutas, de acordo com a função ou a qual tenha sido orientado pela sua liderança ou o setor de RH.

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Aniversariantes do mês: Com a finalidade de prestigiar os nossos colaboradores e trabalhar o clima interno, a Entidade institui a Felicitação destes por meio de comunicados expostos em murais contendo nome, setor e data de aniversário, além da confraternização realizada na última sexta do mês.

Contrato de Trabalho e CTPS: Após o colaborador entregar seus documentos para admissão com 48h de antecedência, é confeccionado seu contrato de trabalho ao qual deve ser assinado antes do início das suas atividades laborais, bem como cadastrar seu ponto biométrico e assinar sua CTPS, que é devolvida no mesmo dia. Será sinalizado ao novo colaborador, a necessidade de comparecer ao SESMT para retirar o EPI (quando houver necessidade) e receber o treinamento obrigatório. No que diz respeito à modalidade de contrato, os mesmo podem ser indeterminados sendo iniciado por um período de experiência de 45 dias +45 dias, ou determinado, e essa definição será de acordo com a necessidade do serviço e interesse da instituição.

Base Zero/ Aumento de Quadro: O RH realiza esta análise crítica em relação ao dimensionamento da unidade, juntamente com o setor de custos, alta direção da Entidade e direção da unidade, atendendo a critérios não só quanto a perfil epidemiológico da população, as exigências legais, bem como demanda, com relação a questões orçamentárias que atendam ao repasse da SES. Quanto ao dimensionamento de equipe, realizamos esse controle através de nossa Planilha Gerencial de Indicadores de Eficácia do RH e valores definidos pelo setor de custo por meio do Base Zero.

Feriados: Funcionários Plantonistas deverão seguir a escala de trabalho, normalmente; Funcionários Administrativos (Diaristas) deverão ser liberados em dias de feriado oficializados em calendário da Entidade. Quanto aos feriados que caírem nas terças e quintas serão avaliados pela Gerência/Coordenação Administrativa, a liberação ou não da dispensa laborativa, mantendo como critério a necessidade de funcionamento do setor, uma vez que não será permitido a interrupção de nenhum serviço por este motivo. Poderá ser utilizado, para organização dessas liberações, o calendário de recesso disponibilizado pelo setor de RH no início de cada ano vigente. Lembrando que essas folgas de recesso deverão ser pagas ou descontadas por meio do Banco de Horas dentro do período de ponto vigente, bem como, acordado entre liderança e colaborador.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Aumento e/ ou Redução de Carga Horária: Os aumentos e reduções de carga horária deverão respeitar o instituído pelo Base Zero, e devem ser informados ao RH, por meio da Movimentação de Pessoal via FLUIG e carta de próprio punho do colaborador anexada a solicitação, até o dia 05 de cada mês. As documentações que não chegarem até esta data, ou chegarem incompletas serão devolvidos quando necessário e computadas apenas para o mês seguinte. Cabe lembrar que em ambos os casos, estes devem conter assinatura da Coordenação.

Remanejamento de Colaboradores (entre setores): Informamos que em casos de necessidade a fim de dar continuidade ao serviço prestado pela unidade, o colaborador poderá ser remanejado de setor temporariamente para cumprir funções compatíveis com suas atribuições/função conforme descrito em contrato de trabalho.

Dissídio (Suspensão de Demissão no Período): Durante a Data Base dos Sindicatos, fica estabelecido que esta terminantemente proibida as demissões no período de 2 (dois) meses que antecede a data base de cada categoria conforme legislação nº7238/84, no seu artigo 9º. Isto por que é necessário considerar o Aviso Prévio projetado no caso de demissão por aviso indenizado, e o Aviso Prévio trabalhado deverá terminar antes dos 30 (trinta) dias que antecede a correção salarial.

A gerência de RH irá comunicar à direção das unidades através do RH Informa, a tabela indicando os meses de dissídio de cada categoria, bem como sinalizar esse tempo de suspensão das possíveis demissões.

Referência: Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador.

Qualidade:

- AUDITORIAS (ONA e 5S) - Qualidade
- ACAD - Qualidade
- INDICADORES - Qualidade
- SIGQUALI - Qualidade

Referência: Política da Qualidade.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Segurança, Saúde e Bem-Estar: a Entidade entende que para ser a “Melhor Gestora Hospitalar do Brasil”, precisa buscar, continuamente, a segurança de seus Colaboradores e clientes. Por isso estabeleceu princípios que constituem a sua Política de Segurança, Saúde e Bem-estar através do SESMT. Acreditamos que todas as relações devem ser baseadas na confiança e no respeito pelos Colaboradores. Não toleramos qualquer forma de assédio ou discriminação. Assim, as Coordenações estão empenhadas em construir e manter, junto com suas equipes um ambiente de confiança mútua onde prezamos o diálogo e onde a voz do colaborador é realmente “ouvida”.

- DESVIO DE FUNÇÃO
- LTCAT
- INSALUBRIDADE
- EPI
- ACIDENTE DE TRABALHO
- PREVENÇÃO DE INCÊNDIO
- EXAME PERIÓDICO E ASOS
- SIPAT/ CIPA - SESMT
- PPRA / PCMSO
- NR32
- VERACIDADE DE ATESTADO

Referência: Política do SESMT.

DP:

- RECADASTRAMENTO FUNCIONAL - (Residência, Certificações e Anuidades) - DP
- LICENÇAS - (Maternidade, Paternidade, INSS, ENEM, Eleição, Funcionário Internado)
- BANCO DE HORAS / PLANTÃO PAGO (NÃO PODE) - DP
- PONTO BIOMÉTRICO - DP (regularidade de batidas e atrasos)
- ASSIDUIDADE - DP
- ATESTADOS (para acompanhar pais maiores de 65 e filhos menores de 14 anos; Atestado de comparecimento; Atestado de óbito; Atestado médico; (DP)
- VT - DP
- FOLHA DE PAGAMENTO - (Datas - DP)
- HOMOLOGAÇÕES (UNIDADE E SINDICATO) - (Controles e regras - DP)
- RECLAMAÇÃO DE PAGAMENTO - (DP)

| | |
|---------------------|-----------------|
| Proibido Reproduzir | Página 31 de 32 |
|---------------------|-----------------|

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- CONTRIBUIÇÃO SINDICAL - DP
- FÉRIAS - DP
- JUSTA CAUSA - Casos Graves, texto Jurídico.
- DISPENSA PARA PROVAS ACADÊMICAS E CONCURSOS - Não autorizado. Texto Jurídico
- ABANDONO DE EMPREGO - DP
- ENVIO DE TELEGRAMAS (OUTRAS SITUAÇÕES) - DP
- FALTA POR CONVOCAÇÃO DO JUDICIÁRIO - DP
- ATIPICIDADE - DP
- FUNCIONÁRIO FALECIDO - DP
- ABANDONO DE PLANTÃO - DP
- HORA EXTRA - DP
- DISPENSA CONVOCAÇÕES MILITARES - DP/jurídico
- TROCA PROVISÓRIA DE PLANTÃO - DP - somente dia com dia e noite com noite.

Referência: Política do DP.

Responsabilidades

| Alçadas | Nível Hierárquico |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Decidir sobre as propostas de alteração fora desta política, ou as que, nas áreas subordinadas diretamente não obtiverem consenso. | Diretoria Entidade |
| <ul style="list-style-type: none"> • Propor alterações e em conformidade com o que se encontra dentro desta política, em consenso com a área solicitante. • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores. | Gerência RH |
| <ul style="list-style-type: none"> • Propor alterações e em conformidade com o que se encontra dentro desta política, em consenso com a área de RH. • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores. | CSC - Setores: DP, Contratos, Controladoria e TI |
| <ul style="list-style-type: none"> • Garantir o cumprimento da Legislação Trabalhista Brasileira, Política e Procedimentos Internos; | Alta Direção e Coordenações - Unidades |

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

| | |
|--|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Orientar, divulgar e praticar a Política Institucional de Gestão de Pessoas; • Solicitar a Gestão do CSC RH a análise dos pedidos, justificando as necessidades e objetivos; • Estabelecer e cumprir metas e orçamentos máximos a serem atingidos; • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cumprir os requisitos internos da Entidade, administrativos e do sistema de gestão da qualidade. | Colaboradores |

Contingências

- 1. Descrição de Cargos de forma inadequada (atividade, competência e atualização):**
Na ocorrência de um evento adverso, processos administrativos ou judiciais relacionados a descrição de cargos e competências, reavaliar definição do PEC visando melhor atendimentos a normativas relacionadas às funções mencionadas, por meio da readequação ou mesmo criação de um do cargo que melhor atenda a necessidade da Entidade.
- 2. Preenchimento incorreto da Requisição de Pessoal:** Solicitar novo preenchimento para correção/ adequação as necessidades do documento estabelecido na política do RH, do qual fará que o processo de contratação fique embargado até a resolução do documento. Salvo exceções de vazios assistenciais autorizados pela Direção em prol da necessidade da Entidade.
- 3. Falta de Candidato:** Verificar possibilidade de existência de um melhor canal de captação de candidatos pelas regiões próximas a Entidade no intuito de resolução da lacuna de colaborador. Estabelecer com a Direção, plano de ação que vise atender necessidade esporádica até que se finalize a contratação deste profissional.
- 4. Triagem inadequada de currículo:** No caso de triagens onde o candidato não tenha sido selecionado, refazer triagem visando organizar processo de acordo com os requisitos estabelecidos no PEC do cargo. Em casos de candidatos que já estejam em processo de seleção, verificar caso junto à Coordenação e se necessário finalizar processo seletivo com o mesmo, orientando-o sobre indicação de seus currículos a outros processos seletivos ou mesmos a outras áreas da instituição.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- 5. Não apresentação de documentos pré-requisitados:** Não apresentação de documentos pré-requisitados: Devido a este fato, o candidato não poderá ser contratado até a entrega completa dos mesmos. Salvo exceção, por autorização da Direção em casos de vazios assistenciais em prol da necessidade da Entidade.
- 6. Aumento de demanda, absenteísmo e Turnover (dificuldade no recrutamento e Seleção para composição do quadro de profissionais do setor):** Nos casos de aumento de demanda da entidade, ausência de profissionais na escala por motivo de falta (justificada ou injustificada) ou dificuldade de candidatos devida a especificidades do perfil para o cargo ou admissões que não possam ser feitas devido estarem fora do prazo e período de cálculo para fechamento da folha de pagamento pelo DP, orientamos as lideranças que estas façam redivisão de suas equipes de trabalho visando redistribuir as tarefas do setor, priorizando as de maior gravidade e impacto na instituição e/ ou clientes (segurança e grau de dependência); remanejamento de colaboradores de outras áreas para esta cobertura (desde que obedecidas os parâmetros da atuação profissional contidos no PEC/ CBO além de análise de produtividade nos casos administrativos e de ocupação/ atendimentos nos casos assistenciais); verificação com a Direção e do orçamento financeiro praticado na unidade além da verificação de permissão do contrato/ contratante conveniado e por último a opção de pagamento de hora extra visando manter quantitativo mínimo para funcionamento do setor, desde que obedecidas as legislações trabalhistas seja de banco de horas, seja de descanso intrajornada ou carga máxima de trabalho. Além do plano de contingência, com intenção de estimular a assiduidade do colaborador, bem como sua participação nas atividades propostas para a função, a instituição atua com feedbacks constantes visando melhoria do clima interno, ajustes de comportamento, coleta de sugestões dos colaboradores para melhoria do serviço fazendo com que façam parte dos objetivos institucionais, promoção de capacitações com foco no desempenho das competências do colaborador para realização da atividade, e ações internas do RH através de calendário comemorativo e indicações de conteúdos que proporcionem valor ao ser humano e crescimento profissional.
- 7. Processo de seleção para vagas emergenciais:** Visando manter assistência ou processo adequados de funcionamento nos setores, em casos em que não houve como realizar remanejamento interno de colaboradores que atendam perfil e necessidades do cargo, situações de quadro de vagas com quadro mínimo de colaboradores ou com dificuldades

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

momentâneas na captação de profissionais, diante da realização de processos seletivos ao qual os candidatos não alcancem nota mínima preconizada na prova, poderá ser alterada ponto de corte visando não ocorrer desabastecimento no setor ou grande agravo ao processo de trabalho, desde que devidamente autorizados pela Coordenação/ Gerência de RH ou Direção em comum acordo com os profissionais citados anteriormente;

- 8. Ausência de Registro do Histórico Profissional (Seleção interna):** Verificação com gestor imediato atual por meio de uma declaração escrita onde este descreverá a performance do colaborador, com indicação ou não para apresentação do processo seletivo.
- 9. Seleção Inadequada do Candidato (caso não apresente as competências necessárias a função e sem definição do gestor da área):** Colaborador deverá ser desligado dentro do período de experiência. Ou após passagem deste tempo e em caso de impossibilidade, verificado a indicação para área de melhor aproveitamento de seu perfil.
- 10. Elaboração da Avaliação de Desempenho Inadequada (alinhamento das competências e abrangência da instituição):** Refazer avaliação de desempenho de acordo com mapa estratégico da Entidade alinhando com cargos e competências necessárias para desenvolvimento das atividades institucionais dos mesmos com gestores imediatos e Direção.
- 11. Realização da Avaliação de Desempenho Inadequada:** Reavaliação de maneira íntegra, com os dados necessários e solicitados no alinhamento do PEC, sempre com intuito do desenvolvimento e melhor capacitação dos colaboradores da Entidade.
- 12. Atraso na realização dos procedimentos de treinamento e desenvolvimento:** Realização de treinamento em tempo hábil visando atender as necessidades de capacitação e desenvolvimento da equipe de colaboradores ou em caso de impossibilidade em tempo promissor a data informada, reavaliar cronograma com gestor visando novo agendamento do treinamento.
- 13. Realização da Avaliação de Desempenho de 45 dias + TBI e 90 dias Inadequada:** De maneira preventiva, o Coordenador será comunicado do período em que deverá realizar a avaliação, porém na ausência desta, o colaborador recém integrado será desligado da entidade no intuito de não prejudicar nem onerar de maneira financeira posteriormente a Entidade. Em casos de justificativas desta não realização por meios de algum evento adverso na Gestão do setor, será analisado pelo RH e Direção conduta que poderá ser adotada. Avaliação de desempenho 90 dias: idem acima


| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

- 14. Realização da Pesquisa de Clima Organizacional não realizada:** Na ausência da Realização da pesquisa de acordo com cronograma estabelecido pelo RH da entidade por alguma eventualidade, pontuar por meio de um relatório manifestações do clima institucional para a alta Direção da Entidade justificando impossibilidade de ocorrência desta pesquisa bem como acordar melhor período para novo agendamento de aplicação da mesma.
- 15. Ausência ou Erro de Comunicação:** A comunicação na entidade deve ser estabelecida de maneira clara e idônea informando e orientando aos colaboradores. Diante de alguma falha na mesma, será feita uma retratação em forma de errata ressaltando a informação a ser corrigida a todos os colaboradores para um melhor entendimento. Se necessário, verificar comunicação *in loco* ou pessoalmente com colaboradores em casos pontuais para amenizar situações de sinistros que podem ocorrer ou mesmo de erros advindos desta comunicação. Lembrando sempre de primar pela integridade da entidade e seus canais de comunicação com seus públicos alvos;
- 16. Implantação em unidades que contemplem profissionais de carreira no município ou estado (cedidos),** a política deverá ser aplicada aos mesmos de acordo com plano de trabalho da unidade, respeitando preceitos estabelecidos a estes colaboradores bem como normativas já regulamentada relativos ao tipo de vínculo junto aos órgãos competentes. Havendo possibilidade e disponibilidade, na aquisição de novas unidades e absorção profissionais de carreira no município ou estado (cedidos), estes devem passar por uma avaliação de conhecimento e experiência de atuação no referido cargo, de acordo com diretrizes e perfil estabelecidos na Descrição de Cargos e Competências institucionais, para facilitar alocação nos quadros funcionais da unidade, aproveitando desta forma os colaboradores por meio do seu potencial profissional. Lembrando que todas as práticas de avaliação, treinamento e capacitação deverão ser desenvolvidas com os mesmos.
- 17. Adequação dos processos frente a uma pandemia ou outro tipo de calamidade:** Diante dessas situações os fluxos de alguns processos podem ser alterados e/ ou adequados, no intuito de garantir a segurança de todos os envolvidos no processo.

IV. Siglas e Definições

Gestão de pessoas ou administração de recursos humanos: É uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano.

| | |
|---------------------|-----------------|
| Proibido Reproduzir | Página 36 de 32 |
|---------------------|-----------------|

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

Abrange atividades relacionadas à instituição e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas (Manual ONA versão 2010).

- **PRS:** Procedimento Sistemático
- **POP:** Procedimento Operacional Padrão
- **RH:** Recursos Humanos
- **SESMT:** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
- **PCO:** Pesquisa de Clima Organizacional
- **ADC:** Avaliação de Desempenho por Competência - É a identificação, mensuração e administração do desempenho humano na Entidade.
- **PCS:** Programa de Cargos e Salários
- **T&D:** Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
- **R&S:** Recrutamento e Seleção de Pessoal
- **PEC:** Perfil Estruturado por Competências
- **GCPEC:** Gestão por Competências - É o Software utilizado para gestão a competência
- **Cargo:** para efeito do enquadramento no Plano de Cargos e Salários, é o conjunto de funções exercidas pelo seu ocupante de mesma característica e idênticas quanto à natureza das tarefas executadas. Todos os cargos do Plano de Cargos e Salários terão uma definição própria.
- **Competências:** conjunto de **conhecimentos, habilidades e atitudes** necessárias para a pessoa exercer seu trabalho e, por outro lado, a entrega do conhecimento tácito para a instituição. Os saberes que compõem as competências têm conteúdo subjetivo, individual, e são desenvolvidos, construídos e apreendidos ao longo da vida profissional do colaborador. O desenvolvimento de competências, por meio, dentre outros, do treinamento, é condição imprescindível para que se atinjam os resultados organizacionais.
- **Gestão de pessoas ou administração de recursos humanos:** É uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano.
- Abrange atividades relacionadas à instituição e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas (Manual ONA versão 2010).

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |


- **Seleção:** Descobrir as pessoas que interessam à instituição, aquelas mais adequadas ao trabalho, que possuem as características requeridas, como capacidade cognitiva, criatividade, motivação individual, e capacidade de trabalhar em equipe.
- **Socialização:** É o processo de inserir o trabalhador no lugar em que sua contribuição para a instituição seja a mais substantiva, respeitando interesses das pessoas e da instituição.
- **Treinamento:** É o processo de desenvolver habilidades e competências que cada área ou colaborador precisa desenvolver. Cabe a Entidade fornecer os recursos adequados e criar um ambiente que estimule e promovam os valores relacionados ao crescimento pessoal e do conjunto dos trabalhadores. Com o treinamento visa-se desenvolver as habilidades técnica, humana e conceitual.
- **Desenvolvimento:** É o processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos colaboradores a fim de torná-los futuros membros valiosos da Entidade. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências.
- **Educação Continuada:** É a educação que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar a pessoa para seu crescimento profissional, focalizando, geralmente, os cargos a serem ocupados futuramente na Entidade e as novas habilidades e capacidades que serão requeridas.

V. Documentos de Referência ao Atendimento às Diretrizes

PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
 PRS HMTJ 046 - Cargos, Remuneração e Benefícios
 PRS HMTJ 047 - Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal
 PRS HMTJ 052 - Programa de desenvolvimento de lideranças
 PRS HMTJ 164 - Cadastro de Advertência no RM *Vitae*
 PRS HMTJ 172 - Realização de Avaliação de Desempenho Período de Experiência
 PRS HMTJ 187 - Gestão de Clima Organizacional
 PRS HMTJ 188 - Comunicação de Recursos Humanos
 PRS HMTJ 263 - Processos de gestão por competência GCPEC

VI. Indicadores - Efetividade

| ESTRATÉGICO | APLICAÇÃO | META |
|--------------------|------------------|-------------|
| Turnover Global | Mensal | 2,0% |

| | | |
|---|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| POLÍTICA INSTITUCIONAL | | |
| Título: Política de Gestão de Pessoas | | |
| Código: PLT HMTJ 001 | Revisão: 09 | Data: 04/11/2022 |

| | | |
|--|--------|----------|
| Absenteísmo Global | Mensal | 2,0% |
| % Colaboradores Capacitados Global | Mensal | 80% |
| TÁTICO | | |
| APLICAÇÃO | | |
| META | | |
| Adesão aos Processos de Gestão de RH | Mensal | 100% |
| Cargos de Liderança capacitados Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento, deverão ser compiladas as avaliações de todos os treinamentos realizados. | Anual | 80% |
| Demais cargos capacitados (Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados. | Mensal | 80% |
| Número de homem/hora treinamento – HHTM Representa a média das horas de treinamento recebidas por colaborador. Cálculo: <i>volume de homem/hora treinado / número ativos no período = média de treinamento no período H.H.T.</i> Exemplo: <i>digamos que sua instituição realizou apenas 2 treinamentos no ano, um de 12h e outro de 1h.</i> <i>Então o volume de homem/hora treinado foi de 12 + 1 = 13h homem/hora é dividido pelo número de ativos no período.</i> Representa a média das horas de treinamento recebidas por colaborador. Um item importante a ser considerado é que deve ser utilizada a unidade horas para cálculo e lançamento dos indicadores. A fração de hora, ou seja, os minutos devem ser convertidos, aplicando-se regra de três. Exemplo: Se o indicador alcançar 2h20min, NÃO pode lançar no Sigquali 2,20 (está errado). O | Mensal | 01:00:00 |

Título: Política de Gestão de Pessoas

Código: PLT HMTJ 001

Revisão: 09

Data: 04/11/2022

| | | |
|---|------------------|--|
| correto é transformar os 20min em horas. Então serão 2,33h, pois 20/60 é 0,33. Sendo assim, será lançado no Sigquali 2,33h. | | |
| Adesão ao treinamento de integração | Mensal | 100% |
| Avaliação de Desempenho por Competências | Anual | 80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 10% como Regular. |
| Satisfação Pesquisa de Clima Organizacional | Anual | 70% |
| OPERACIONAL | | |
| | APLICAÇÃO | META |
| Tempo de preenchimento de vaga | Mensal | 10 dias úteis |
| % Entrevistas de Desligamento no mês | Mensal | 100% |
| Avaliação 45 dias | Mensal | 100% |
| Avaliação 90 dias | Mensal | 100% |
| Tempo Permanência Média do Colaborador | Mensal | 2,5 (anos) |

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 047**Revisão:** 11**Data:** 19/01/2023

I. Objetivo

Apoiar e dar suporte aos processos de captação e seleção de pessoas, utilizando como base informações definidas em nosso PEC, visando identificar o candidato ideal para uma vaga, percebendo se os valores deste colaborador estão compatíveis com os valores e cultura do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por meio da definição de etapas e recursos técnicos a serem utilizados no processo de Recrutamento e Seleção com base na aplicabilidade da Política de Gestão de Pessoas, tem por alicerce, princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, portanto aplicada a todos os colaboradores da instituição. Em suma, implantar Política de Gestão de Pessoas, atendendo a legislação vigente e responsabilizando-se pela contratação de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Gestão de Pessoas, Sistema SIGQUALI, FLUIG e GCPEC, Formulários próprios.

III. Abrangência

O procedimento é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

DIRETRIZES:

1. DEFINIÇÃO:

Contratação de profissional para compor o Quadro de Pessoal das Filiais da Entidade observados os critérios e requisitos estabelecidos no processo de

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

recrutamento e seleção.

Numa Organização Social de Saúde onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com o rigor, o planejamento de Recursos Humanos é imprescindível, como vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas de acordo com o C.H.A. (Competências, Habilidades e Atitudes) definidos para cada cargo, com os objetivos, estratégias e valores definidos pela Entidade.

Conhecimento (Saber): conhecimentos adquiridos no decorrer da vida, nas escolas, universidades, cursos etc.

Habilidade (Saber fazer): Todo o conhecimento que praticamos aperfeiçoado à habilidade.

Atitude (Querer fazer): Comportamentos que temos diante de situações do nosso cotidiano e das tarefas que desenvolvemos no nosso dia a dia.

2. PROCEDIMENTOS GERAIS:

• Demanda da vaga:

A liderança solicita a abertura da vaga preenchendo todas as informações solicitadas via FLUIG, o formulário: Requisição de Pessoal, utilizando como base a descrição do cargo, tabela salarial, orçamento da área e a política de cargos e salários vigentes:

- Substituições e transferências: Sugerimos buscar informações para preenchimento do formulário de abertura de vaga, consultando situação do colaborador a ser substituído ou transferido de setor/ unidade e após análise e possibilidade aprovada pelo RH de tal substituição/ transferência realizar requisição e movimentação necessária;
- Vagas previstas: após análise do quadro orçado pelo Base Zero realizado pelo RH/ Custos.
- Vagas não previstas (aumento de quadro ou necessidades de criação de cargos): Quando existe necessidade de aumento de quadro, a criação da vaga deverá ser discutida entre a Direção da Unidade, OSS e Gerência de RH, verificando-se a disponibilidade dentro do orçamento, conforme Plano de Trabalho e Controladoria. O procedimento é feito por meio de reunião e a validação via FLUIG com a aprovação de todos os envolvidos no processo. Após validação pelo RH este define com a liderança prazos e etapas do processo

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

(aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável).

- **Priorização de vaga:**

As vagas serão trabalhadas por ordem de chegada do fluig para papel do RH. Havendo necessidade de priorização, o responsável pela vaga destacará e justificará a maior necessidade de sua área. Sempre que necessário a equipe de RH fará reuniões com os responsáveis das áreas que tiverem um volume significativo de vagas em andamento, para reavaliação da prioridade.

- **Atração/ Recrutamento:**

➤ A partir do recebimento do Formulário via FLUIG, o RH verifica perfil da vaga de acordo com o PEC e os melhores canais de divulgação desta vaga para recrutamento, priorizando quando possível, seleções internas, no intuito de retenção de talentos na Entidade. Logo em seguida o RH da unidade verificará necessidades para seguimento das etapas do processo (aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável).

NOTA: É alinhado juntamente com a coordenação da área quais serão as etapas aplicadas no processo seletivo de acordo com o perfil da vaga. Após alinhamento de perfil, a vaga é divulgada aos colaboradores através dos quadros de aviso da unidade e pelos grupos do WhatsApp corporativo. Externamente, esta vaga é divulgada no site da Entidade, sites específicos relacionados à vaga e mídias sociais. Outras formas de divulgação da vaga por parte da liderança deverão ser alinhadas com a equipe de RH. Caso ocorra mudança de perfil ou dados da contratação do novo colaborador por parte da liderança, após a etapa "Atração", a data de abertura da vaga será alterada e respeitará a ordem de abertura da vaga.

Considerando que as vagas são trabalhadas por ordem da abertura da vaga com o RH, o tempo médio para realização do Processo Seletivo é de 10 (dez) dias úteis e o prazo máximo para admissão é **até o dia 26 de cada mês.**

Caso haja interesse pelo solicitante do processo seletivo, o **RH** poderá encaminhar para a liderança da vaga, o currículo e parecer dos candidatos considerados aderentes ao perfil, e alinhar a agenda para a próxima etapa. O **RH** é responsável por todos os contatos e agendamentos com os candidatos, sendo assim, **nenhum contato poderá ser feito com candidatos sem conhecimento**

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

da equipe de RH.

• **Recrutamento Interno:**

É um processo de aproveitamento do capital humano interno, sendo sua política, a de sempre priorizar a seleção dentre os seus colaboradores. O recrutamento interno, visando valorizar os talentos de nossa organização e ocorre quando, havendo determinada vaga, a entidade procura preenchê-la por meio de processos seletivos e remanejamento de seus empregados, podendo ser através de:

- Remanejamento;
- Transferência de pessoal;
- Promoções;
- Transferências com promoções de pessoal.

Observação: A Entidade preza o respeito pela igualdade de oportunidades. Qualquer colaborador que acredita não estar recebendo oportunidade igual deverá comunicar seu superior ou o Departamento de RH.

Para a realização do recrutamento devem ser observados alguns pontos:

1 - A Entidade prima por manter atualizadas as informações sobre os colaboradores, pois durante o decorrer de um ano, muitos podem ter realizado treinamentos diferenciados, concluindo cursos de língua estrangeira, graduação, pós-graduação ou mestrado. Dessa forma, é possível saber se algum colaborador é um candidato em potencial à vaga em aberto.

2 - O primeiro passo é divulgar a abertura do processo seletivo interno por meio dos canais internos de comunicação: e-mail, whatsapp corporativo e quadro de avisos para esgotar a possibilidade de que algum colaborador diga que não teve acesso à informação. Deixe claro o perfil para o Cargo, as atividades a serem desenvolvidas, horário e o setor.

- Convide os profissionais que se candidataram à vaga para explicar as reais possibilidades de mudança de função e ascensão dentro da Entidade. Isso é fundamental, para que eles tirem dúvidas se desejam ou não continuarem no cargo atual e descreverem a motivação que os levaram a se inscrever no processo.
- Os profissionais que estiverem aptos (atendendo o PEC - Perfil Estruturado por Competências), e que desejarem participar do processo seletivo

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

deverão apresentar à coordenação direta os formulários "Inscrição de Seleção Interna - Colaborador" PRS HMTJ 047_Anexo 6_Formulário Inscrição Colaborador Processo Seletivo Interno, que deverá ser entregue pelo colaborador ao RH e "Inscrição de Seleção Interna - Autorização da Coordenação" PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno, preenchida de forma sigilosa pelo gestor da área ao qual descreva uma análise das competências comportamentais que os candidatos apresentam no dia a dia. Após preenchido os formulários, o colaborador interessado na vaga deverá entregar formulário diretamente ao RH.

NOTA: Nenhuma liderança contratante pode abordar diretamente um colaborador interno para uma oportunidade em sua área, sem antes ter o consentimento da liderança imediata.

- Para qualquer tipo de promoção ou alteração de cargo o prazo mínimo é de 06 meses de contrato de trabalho na Entidade e no último trimestre este colaborador não poderá ter tido nenhum tipo de descrição de sanção administrativa em seu registro (advertência e/ ou anotação negativa), além dos requisitos exigidos no PEC e aprovação em processo seletivo e aprovação da Gerência respectiva a nível holding, esta, quando necessário. Nos casos em que o funcionário tiver em seu registro uma suspensão nos últimos 12 meses, este não poderá participar do processo seletivo. Colaboradores de férias poderão participar do processo seletivo, porém em caso de aprovação, se a vaga for imediata não poderá assumir as atividades, ficando no quadro reserva durante 6 (seis) meses contados a partir da data de realização. Funcionários afastados em qualquer situação não poderão se candidatar para nenhum processo seletivo interno.

3 - Com a definição dos candidatos, começa propriamente a seleção interna.
Etapas:

O RH aplicará a Avaliação com dados institucionais, elaborada pelas Gerencias/Coordenadores dos setores solicitantes que foram padronizadas e validadas pela Entidade com data e horário pré-estabelecidos. Aplique os testes específicos para avaliar se os candidatos estão realmente capacitados para assumirem a nova realidade profissional.

➤ A entrevista será realizada com cada colaborador individualmente, utilizando o nosso formulário do Roteiro de Entrevista por Competências do cargo específico.

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

Havendo número suficiente, poderá ser utilizado ferramentas como dinâmicas de grupo. Entrevista com gestor do setor ao qual está ocorrendo o processo seletivo pelo candidato: Um fator que não poderá ser esquecido é a leitura do relato feito por meio do PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno pelo gestor atual do candidato. Após a realização de todas as etapas do processo seletivo, O RH se reunirá com o Gestor do departamento solicitante para finalizarem o processo após definição dos candidatos aprovados. Dar feedback a todos participantes do processo, pessoalmente informando-os respeitosamente o motivo de não ser aproveitado no momento apontando os pontos a serem melhorados para uma futura oportunidade ou de serem aproveitados em nosso quadro reserva que tem duração de 06 meses. Isso estimulará as pessoas a verem que elas são, de fato, valorizadas pela Entidade em que atuam e não devem desistir da ascensão. Em caso de surgimento da vaga, após o colaborador passar pelo processo seletivo e ser selecionado, deverá ser preenchido no FLUIG o Formulário Movimentação de Pessoal, com o motivo "PROMOÇÃO".

- **Recrutamento Externo:**

É o preenchimento de uma vaga através da contratação de uma pessoa de fora da Entidade.

O RH providenciará a divulgação da vaga evidenciando os sites específicos de Oportunidades de Emprego, como: LinkedIn, JFEmpregos; mídias sociais, jornais internos e externos, parceiros (cursos técnicos e faculdades), para captação dos candidatos e simultaneamente fará uma busca no Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, onde ficam armazenados os currículos que foram cadastrados para a vaga ou em nosso Site do HMTJ, no campo Trabalhe Conosco.

SELEÇÃO:

Após a triagem dos currículos dentre os vários candidatos recrutados, cabe ao **RH**, selecionar aqueles que são mais adequados aos cargos existentes, ou seja, escolher o candidato com perfil que se aproxima do PEC, de modo que a Entidade

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

possa ver o seu colaborador como peça valiosa na obtenção dos resultados almejados.

Definir possibilidades de locais, datas e horários para as entrevistas antes mesmo de dar início ao processo seletivo.

Entrar em contato com os candidatos através de e-mail, mensagens no whatsapp corporativo ou contato por telefone, informando o processo seletivo quanto ao cargo a ser concorrido, local, data e hora da seleção.

No dia, local e horário agendado, cabe ao RH receber os candidatos, não podendo fazê-los aguardar por mais de 15 minutos, apresentando aos mesmos a Entidade, salário, benefícios, atividades a serem desenvolvidas no cargo anunciado e prazo para feedback do processo.

Esclarecer dúvidas do candidato, caso ocorra e em seguida explicar as etapas do processo de seleção adotado pela Entidade, sendo:

- 1ª Etapa: Aplicação de Testes (criados e aprovados pelas lideranças setoriais e padronizados junto a Gerência de RH) eliminatórios onde a nota mínima para aprovação é 70%. Os candidatos reprovados, receberão o feedback comunicando a não continuidade no processo seletivo pessoalmente, ou em caso de grande volume de candidatos o retorno será realizado via whatsapp corporativo. Dado o parecer negativo o candidato será informado que poderá participar de um novo processo seletivo após 6 meses;
- 2ª Etapa: Formulário de entrevista por competência e técnica de acordo com o cargo com o **RH e o Gestor solicitante**, também eliminatório. Ao final da entrevista, apresentar o que se espera do colaborador neste novo cargo, complementando e reforçando as informações sobre a Entidade, área de atuação, a vaga, benefícios oferecidos, bem como, as próximas etapas do processo seletivo, abrindo espaço para o candidato fazer perguntas.

Cabe ao RH verificar junto à Coordenação:

- Definir possibilidades de datas e horários para as entrevistas;
- Definir a necessidade da participação de outro colaborador na entrevista. Exemplo: outro líder do mesmo nível hierárquico ou responsável funcional. Orienta-se que é responsabilidade da liderança, informar aos participantes sobre o perfil da vaga.
- Ler, analisar e fazer as anotações que julgar necessárias nos currículos, antes das entrevistas;

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

- Conduzir a entrevista, considerando a descrição de cargo vigente, buscando nos candidatos evidências e fatos que atendam estes requisitos;

Cabe a Coordenação:

- Descrever na entrevista, a parte do Gestor solicitante se aprovado ou não e o motivo, podendo o gestor indicar para um processo em outra área, recolhendo ao final, sua assinatura para validação.
- Ler, analisar e fazer as anotações que julgar necessárias nos currículos, antes das entrevistas junto aos candidatos pré-selecionados pelo RH;
- Conduzir a entrevista, considerando as competências técnicas necessárias para buscar nos candidatos evidências e fatos que atendam estes requisitos;
- Formalizar um parecer de todos os candidatos entrevistados, no formulário de entrevista por competência, assinando e datando no espaço destinado para este fim, no mesmo dia logo após a conclusão da etapa de entrevista, indicando os candidatos aprovados e não aprovados, em escala de preferência para que a equipe de RH possa anexar ao histórico do candidato para futuras consultas.

Em alguns processos seletivos, ainda poderá ser aplicado dinâmica de grupo, que visa identificar pontos positivos quanto o perfil do profissional como: trabalho em equipe, pró-atividade, percepção, senso de priorização, dentre outras características evidenciadas no perfil de cargos e competências.

NOTA¹: Havendo necessidade de prova prática de informática, o setor deverá enviar ao RH no prazo de 3 (três) dias úteis antes do processo as questões, para reserva do espaço adequado para realização da etapa.

Nos casos onde ocorrerem à mesma pontuação na primeira etapa (prova escrita), o critério de desempate será o parecer da entrevista Individual e/ou a redação.

NOTA²: As entrevistas para os cargos de coordenador ou gerente serão acompanhadas por um representante da Direção ou será agendado ainda uma entrevista com a própria Diretoria.

NOTA³: não existe a obrigatoriedade de ter que mostrar ao candidato não aprovado sua avaliação. Este somente poderá solicitar revisão e que deverá ser realizado por um representante do RH e o coordenador do setor em questão.

➤ **Finalização do Processo**

A coordenação registrará no parecer final da entrevista por competência, a escolha

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

e aprovação do candidato e suas justificativas para o **RH**. Diante dessa definição será acordada a data prevista para o início das atividades do mesmo.

Caso seja apontado alguma oportunidade de melhoria no roteiro de entrevista, será feito o cadastro deste apontamento na ficha do colaborador quando admitido para que a coordenação possa acompanhá-lo durante o período de experiência e desenvolver essas oportunidades de melhoria que foram apontadas na entrevista.

NOTA¹: Na admissão, a coordenação não poderá negociar e/ou prometer revisão de salários, pois, futuramente, esta aprovação poderá ser afetada por diversos fatores (contexto econômico, desempenho do colaborador, resultado geral da área, dentre outros).

NOTA²: É obrigatória a apresentação dos documentos que comprovem os requisitos (escolaridade, experiência profissional e/ou as competências técnicas necessárias) na descrição do cargo vigente. O **RH** deverá comunicar ao candidato aprovado no que diz respeito à data de início das atividades, cargo e proposta salarial. Esclarecerá que a fase final do processo será a apresentação dos documentos necessários para admissão, PRS HMTJ 047_Anexo 12_Documentos Necessarios para Admissão, conforme agendamento do RH e caso não o faça o próximo candidato no quadro reserva (lista aprovados) será convocado para ocupação mediante ciência da Coordenação. Bem como, que na hora da conferência destes documentos, se encontrada alguma inconformidade também será caracterizada de caráter eliminatório. Neste caso o próximo sucessor da vaga (lista de aprovados) será convocado para ocupação, mediante ciência da Coordenação.

NOTA³: Caso o candidato decline da proposta, todos os envolvidos no processo serão informados para retomar o processo de seleção, e continuar a busca por novos candidatos, a vaga continuará priorizada. O **RH** mantém a liderança informada sobre o prazo de início do novo colaborador, e é responsável pelo retorno positivo ou negativo a todos os candidatos envolvidos no processo. O novo colaborador passará pela Integração, conforme consta em nosso PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

➤ **Transferência de Colaborador**

O colaborador aprovado no processo seletivo deverá ser efetivado no novo cargo assim que iniciar o exercício da nova atividade. Para isto a liderança e o RH local deverão enviar para a outra Unidade (liderança e RH local) que está recebendo

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

este colaborador a MP conforme solicitação no Fluig no campo Formulário Alteração e Movimentação de Pessoal, com ciência e aprovação, devidamente preenchida e autorizada. Em caso de transferências solicitadas por funcionários, na solicitação do Fluig, deverá constar juntamente as aprovações, carta de próprio punho feita pelo colaborador, relatando o seu próprio interesse em ser transferido e os principais motivos, em anexo a solicitação.

ATENÇÃO: o chamado deve ser aberto respeitando o prazo do dia 15 do mês anterior, à data de transferência. Recomenda-se que o colaborador inicie o exercício de suas atividades na nova oportunidade sempre no primeiro dia útil de cada mês subsequente. Cabe às lideranças negociarem este prazo, considerando necessidades, demandas e entregas de cada uma das áreas. A liderança responsável pela vaga é a pessoa indicada a conversar e formalizar o processo ao colaborador, clarificando a proposta de trabalho e o novo desafio.

NOTA¹: Nos casos de transferência interna, é obrigatória a apresentação dos documentos que comprovem os requisitos (experiência profissional e/ou as competências técnicas necessárias) na descrição do cargo vigente, além da solicitação da alteração, via Fluig, devidamente validada e preenchida ao RH. O mesmo avaliará tal solicitação e aprovará ou não, dando em caso positivo, encaminhamento ao DP.

NOTA²: nas transferências internas é necessário que a antiga liderança solicite os ajustes em permissões de acessos e exclusões em listas de e-mail, que o colaborador não deverá mais possuir. E a nova liderança, será responsável por providenciar as novas permissões e inclusões em listas de e-mails que o colaborador deverá ter para o desempenho das atividades em sua nova função.

NOTA³: Nos casos de colaboradores em cobertura de férias ou em função definida como ferista, a liderança deverá fazer a solicitação deste colaborado via Fluig, respeitando o tempo estabelecido de 15 dias.

➤ **Processo de Análise para Recontratação**

Cabe o setor de RH, sempre ao iniciar um processo de seleção, checar junto ao Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, se o candidato é ex-colaborador e se tem algum tipo de restrição. Caso não haja, dará início ao processo seletivo. A SES - Secretaria de Saúde, impõe-se às organizações sociais a vedação à contratação de

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 047**Revisão:** 11**Data:** 19/01/2023

pessoal que tenha sido demitido por justa causa da SES.

➤ **Processo de Implantação de uma Nova Unidade**

Sempre que houver a implantação de uma nova unidade, os cargos estratégicos serão preenchidos por pessoal indicado pela direção da OSS, por entender que são profissionais que ocupam cargos de alta complexidade, de confiança e que impactam no negócio da Entidade. Além de atender os pré requisitos básicos para o desempenho da função.

➤ **Cancelamento de Processo Seletivo**

Se a liderança definir pelo cancelamento do processo seletivo, deverá formalizar o pedido via fluig e-mail para o RH, esclarecendo os motivos do cancelamento. O RH deverá entrar em contato com os candidatos via e-mail ou telefone, informe o cancelamento da vaga.

3. CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS

A contratação de serviços médicos é realizada, inicialmente, por meio da direção clínica, que é o setor que tem o contato direto com os possíveis prestadores de serviços, após a documentação estar completa, é enviada via fluig uma solicitação de contratação ao setor de contratos o qual é responsável pela formalização do contrato.

- **Avaliação de Desempenho de Fornecedores de Serviços Médicos** - Cabe a direção geral e/ou médica a realização da avaliação de desempenho dos serviços médicos prestados na unidade, a se realizar por meio de formulário específico na plataforma Fluig.

4. CONTRAÇÃO DE PCD

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991, lei de contratação de Deficientes nas Entidades. Lei 8213/91, lei cotas para Deficientes e Pessoas com Deficiência dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências a contratação de portadores de necessidades especiais.

Art. 93 - a Entidade com 100 ou mais colaboradores está obrigada a preencher de dois a cinco por cento dos seus cargos com beneficiários reabilitados, ou pessoas

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

portadoras de deficiência, na seguinte proporção:

- até 200 colaboradores..... 2%
- de 201 a 500 colaboradores..... 3%
- de 501 a 1000 colaboradores..... 4%
- de 1001 em diante colaboradores.... 5%

O RH Local ao selecionar algum PCD, deverá solicitar que este apresente o Laudo Médico, PRS HMTJ 047_Anexo 32_Laudo Médico PCD, comprovando sua deficiência.

Ao encaminhar para o SESMT para realizar o exame admissional, o RH Local irá pegar o formulário em anexo e a este anexar o Laudo, para que o candidato apresente ao Médico do Trabalho para o devido preenchimento.

O candidato ao passar pelo Médico do Trabalho, se apto, receberá de volta este kit devidamente preenchido, assinado e com carimbo do médico do trabalho (formulário + laudo médico), junto com o ASO e devolverá ao RH para que este faça a guarda junto com os demais documentos admissionais.

O RH Local deverá tirar uma copia do KIT para entregar ao novo colaborador, no ato da assinatura do contrato de trabalho.

Este documento serve para comprovar junto ao MTE que a Entidade contratou PCD caso venha a ser solicitado.

5. CONTRATAÇÃO DE EX-COLABORADOR

Os ex-empregados da Entidade que porventura forem desligados sem justa causa, ou solicitarem desligamento, podem participar de processo seletivo para retornar à Entidade após **3 meses contados da rescisão contratual (Lei 6.019/74, artigos 4º e 5º)**.

NOTA: Cabe ao RH Local entrar em contato com o RH da outra Unidade para checar se existe algum tipo de contra-indicação.

6. CONTRAÇÃO DE JOVEM APRENDIZ E ESTAGIÁRIO NÍVEL SUPERIOR

A Lei de Cotas para Menor Aprendiz é mais que uma obrigação legal, a formação técnico-profissional de adolescentes e jovens, amplia as possibilidades de inserção no mercado de trabalho e torna mais promissor o futuro da nova geração. O empresário, por sua vez, além de cumprir sua função social, contribuirá para a formação de um profissional mais capacitado para as atuais exigências do mercado

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

de trabalho e com visão mais ampla da própria sociedade.

Entende-se por estabelecimento todo complexo de bens organizado para o exercício de atividade econômica ou social do empresário. Ficam obrigados a contratar aprendizes os estabelecimentos que tenham pelo menos sete empregados contratados nas funções que demandam formação profissional.

A Entidade possui convênio firmado com o Agente Integrador, Entidade renomada e responsável pela seleção desses jovens.

O RH local recebe a solicitação de vaga através do Fluig e encaminha à Coordenação de RH da Entidade. É realizada uma avaliação da solicitação de vaga e as necessidades da inserção dos jovens nos setores/Entidade. Após aprovação por parte do RH e Diretoria da Entidade é solicitada à Entidade conveniada a seleção de jovens através do site próprio do Agente Integrador, onde se inicia, através da equipe de relacionamento do Agente Integrador, as indicações e direcionamentos desses Jovens para seleção e aprovação por parte da nossa Entidade.

➤ **Seleção:**

Todo processo de seleção e avaliação inicial (como provas e entrevista) são realizados pela Entidade.

Após essa triagem inicial, são definidos pelo RH Entidade, a data, horário e local da seleção para as entrevistas. Esses Jovens passam por entrevista individual conforme Roteiro de Entrevista com as competências do cargo, com o RH e com as coordenações solicitantes.

Assinam lista de presença, conforme PRS HMTJ 047_Anexo 5_Lista presença Processos seletivos, para atestar seu comparecimento junto a Entidade solicitante.

Depois de selecionados passam pelo mesmo processo e fluxo admissional que os demais colaboradores (CLT), tendo que apresentar sua documentação completa e obrigatória para registro na Entidade.

Após finalizado o processo de admissão, os Jovens passam pelo processo de integração (Comitê de recepção) em seguida o RH leva-os para uma visita à Unidade e finaliza encaminhando aos setores de destino para iniciarem suas tarefas.

Os Jovens participarão semanalmente, conforme calendário estabelecido pelo Agente Integrador, acompanhamento psicopedagógico e orientação profissional dentro do Agente Integrador. Sua carga horária é de: seis horas na Regional JF.

Considera-se indispensável, a leitura prévia das Leis que regem o programa Jovem aprendiz:

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

- Lei 10.097/2000 - **Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943 que institui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho. Aborda o contrato de Aprendizagem.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10097.htm
- Lei 8.069/1990 - **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente que visa à proteção integral à criança e ao adolescente.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Lei 11.180/2005 - **Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos - PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial - PET, altera a Lei no 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/L11180.htm
- Portaria MTE nº 723/2012 - **Disciplina a fiscalização das condições de trabalho no âmbito dos programas de Aprendizagem.**
- Portaria MTE nº 1005/2013 - **Altera a Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012, que dispõe sobre o Cadastro Nacional de Aprendizagem Profissional - CNAP, destinado ao cadastramento das entidades qualificadas em formação técnico-profissional metódica.**
- Resolução CONANDA nº 164/2014 - **Dispõe sobre o registro e fiscalização das entidades sem fins lucrativos que tenham por objetivo a assistência ao adolescente e a educação profissional e dá outras providências.**
- Resolução CDMCA-SP nº 104/2013 - **Estabelece normas gerais para a adequada aplicação da política municipal de atendimento aos direitos da criança e do adolescente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de São Paulo - CMDCA/SP.**
- Instrução Normativa SIT/MTE nº 108/2014 - Revoga dispositivo de Instrução Normativa.
- Instrução Normativa SIT/MTE nº 97/2012

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 047**Revisão:** 11**Data:** 19/01/2023

- Nota técnica nº 52/COPE/DEFIT - Determina novas adequações para o desenvolvimento de Programas de Aprendizagem com vigor a partir de agosto de 2012.
- Manual da Aprendizagem - Esclarece as questões relacionadas à Lei da Aprendizagem e orienta os empresários a respeito dos procedimentos que devem ser adotados para a contratação de Aprendizes.

Promoção de Aprendiz e Estagiário / Efetivação:

Todos os Jovens Aprendizes poderão participar de processos seletivos internos visando a sua promoção/contratação. Sendo sua participação autorizada somente após 06 meses na Unidade, e escolaridade compatível ao cargo e desde que não tenha sofrido sanção administrativa nos últimos 03 meses.

Após ele participar do processo, estando apto, deverá proceder da seguinte forma:

- Pedir formalmente, desligamento do programa, junto a entidade, sendo esta por iniciativa dele;
- Apresentar ao RH a carta de pedido de desligamento, juntamente com o aceite da entidade;
- Somente depois de desligado é que poderá fazer todo tramite de admissão junto a Unidade da Entidade.

7. ADMISSIONAL**• Principais atividades do processo:**

- Comunicar ao (s) candidato (s) aprovado pela chefia do resultado, convocá-lo na unidade, entregar a lista de documentos necessários para admissão, verificar se possui conta corrente no banco conveniado com a unidade.
- Após passar pelo médico do trabalho e ter ASO como apto, o RH deverá recolher a documentação necessária para contratação (documentos para admissão, exame médico) e em seguida digitalizar e encaminhar ao RH Admissão, em Juiz de Fora, para cadastro.
- Em seguida digitalizar os documentos admissionais e enviar para o CSC Admissão RH para que eles incluam no Sistema TOTVS. Salvando o arquivo: Chapa X. em pdf

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

- Ao receber do RH Admissão, o jogo admissional (Contrato, Acordo de Banco de Horas, Etiqueta, Etiqueta 45 dias, Ficha Registro e Recibo CTPS, Minuta TI, Ficha de Vale Transporte e Ficha de Salário Família, quando declarado), precisará agendar o comitê de recepção para o novo colaborador, para que receba o treinamento obrigatório dos setores envolvidos.
- Deverão colher as assinaturas, providenciar o preenchimento da CTPS do novo Colaborador e cadastrar o ponto biométrico.

NOTA: O campo de "Testemunhas" estará presente no formulário, porém não é obrigatório o preenchimento do mesmo. Só será necessário o colher assinatura em casos específicos.

• **KIT Admissional:**

- PRS HMTJ 047_Anexo 17_ Formulário solicitação VT
- PRS HMTJ 047_Anexo 25_Termo de entrega de uniforme
- PRS HMTJ 047_Anexo 28_Carta de Anuência de Ponto (quando cabível)
- PRS HMTJ 047_Anexo 36_Recomendações para inicio de atividades laborais
- PRS HMTJ 047_Anexo 36.1_Protocolo de Entrega de Orientações de Início de Atividades
- PRS HMTJ 047_Anexo 38_Protocolo de Entrega do TBI
- PRS HMTJ 047_Anexo 40_Declaração de múltiplos vínculos
- PRS HMTJ 047_Anexo 41_Declaração de encargos de Família para fins de Imposto de Renda
- PRS HMTJ 047_Anexo 42_Declaração de autorização para assinar documentos RH e DP (Quando cabível)
- PRS HMTJ 047_Anexo 44_ Formulário de Contribuições para o sindicato

8. DESLIGAMENTO DE PESSOAL

A entrevista de desligamento tem como finalidade permitir que o colaborador desligado manifeste sua percepção em relação à equipe com a qual trabalhava à chefia e às políticas institucionais, princípios e valores da Entidade. Por outro lado é a oportunidade para que a unidade registre a informação para posterior análise da situação e correção de seu índice de turnover.

Sempre que algum colaborador for desligado da Entidade, deverá preencher o Formulário Entrevista de Desligamento, PRS HMTJ 047_Anexo 30_Entrevista de Desligamento, e em seguida ser entrevistado pelo RH, visando apurar as causas que

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

determinaram o desligamento, sob o ponto de vista do empregado, objetivando o levantamento das medidas que tendem a saná-las ou reduzi-las, ou seja, verificar o motivo pelo qual não estamos conseguindo reter os talentos.

Fluxos de demissão:

Para demandas de demissão sem justa causa (com ou sem cumprimento de aviso):

- A coordenação deverá informar ao RH a sua insatisfação (e os motivos) com o colaborador, a partir disso deverá realizar a abertura do FLUIG solicitando uma intervenção junto ao RH. A intervenção visa esclarecer com o colaborador a razão e a veracidade do comportamento informado pela sua coordenação. Além disso, deve ser verificado se os comportamentos sinalizados são reincidentes e qual a gravidade dos mesmos, para saber se na situação caberá advertência ou até suspensão. Nos casos de falta gravíssima, essas etapas de intervenção, advertência e suspensão não serão necessárias.

OBS: Os casos de faltas gravíssimas deverão ser comunicados via email para o RH antes de enviar a solicitação de desligamento via FLUIG.

- Após o colaborador ter passado pela intervenção, o mesmo entrará em um período avaliatório de 30 dias, em alguns casos o prazo poderá ser alterado para mais ou menos que 30 dias (de acordo com o estabelecido na intervenção entre coordenador, funcionário e RH). Se durante esse período o colaborador repetir o comportamento sinalizado para ele como inadequado, ele deve ser advertido. Ao fim do período o RH volta a conversar com o Gestor e com o colaborador a fim de saber se o mesmo teve melhoras ou não. Se a resposta for positiva o colaborador permanece, se for negativa a coordenação deverá encaminhar ao DP, via Fluig, o Formulário de Solicitação de Desligamento de Pessoal.
- Após recebimento via Fluig o setor de DP irá checar se existe a disponibilidade de verba para a realização do desligamento, é programado o desligamento e o DP informa o coordenador a data para realização. No documento virá a data do exame demissional e a data e horário da homologação no sindicato.
- Na data e hora agendada com o RH, o coordenador deve comparecer no setor com o colaborador para comunicar o desligamento, podendo informar ou não os motivos.
- Após fazer tal comunicação, o gestor pode se retirar e deixar o colaborador com o RH. O colaborador irá preencher a Entrevista de Desligamento, e após este processo

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

o mesmo será encaminhado ao Departamento Pessoal para que seja assinada a rescisão.

OBSERVAÇÃO¹: Se o colaborador se recusar a assinar a carta, a mesma deve ser assinada por duas testemunhas e ele não terá direito de levar a sua via.

OBSERVAÇÃO²: Se o colaborador se recusar a preencher a Entrevista de Desligamento, ele deverá apenas assinar e escrever que não deseja preencher.

OBSERVAÇÃO³: Se o colaborador tiver menos de 90 dias de admitido, não precisará realizar o exame demissional, uma vez que o admissional tem validade nesse período.

OBSERVAÇÃO⁴: As demissões sem cumprimento de aviso devem impreterivelmente ser solicitadas com antecedência para a gerência de RH nível Sede.

- Caberá ao RH fazer um relatório semestral com os resultados específicos e apresentar para a Direção para que sejam tomadas medidas cabíveis para a redução do turnover. PRS HMTJ 047_Anexo 30.1_Relatório Gerencial Entrevista de Desligamento;
- Alimentar mensalmente no software SIGQUALI o indicador Percentual de Turnover descrevendo a aplicação de Entrevista de Desligamento.
- Para demandas de pedido de demissão (com ou sem cumprimento do aviso):
- O colaborador que desejar se desligar da empresa deve comparecer até o setor alocado e informar ao coordenador o seu desligamento, após a conversa o coordenador irá acompanhar o funcionário ao DP e solicitar a carta de demissão. Caberá ao RH sondar com o colaborador os motivos que o levaram a tomar tal decisão, e se for possível tentar reverter a mesma. A carta de demissão de modelo padrão deverá ser preenchida pelo funcionário, além de especificar se irá cumprir ou não o aviso.
- Não sendo possível a reversão, o RH realiza a entrevista de desligamento e o encaminha para o DP para o colaborador realizar o preenchimento da carta e receber as informações pertinentes à rescisão e homologação se forem o caso.

Para demandas de demissão por Justa Causa:

- Os casos de justa causa devem ser encaminhados através da Direção da Unidade de cada área, para a Coordenação/ Gerência de RH da Entidade.

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

- Caberá a Gerência de RH buscar orientação junto ao setor jurídico para esclarecer quais ações deverão ser tomadas em cada caso.
- Validado e autorizado pelo jurídico cabe ao RH proceder com os tramites normais do desligamento.

9. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

1. **Índice de turnover – 2,0% (Regional MG)** - Mensura a relação em percentual de colaboradores admitidos e demitidos durante determinado período;
2. **Índice de absenteísmo – 2,0% (Regional MG)** - Mensura a relação em percentual de horas faltosas e horas trabalhadas durante determinado período;
3. **Percentual de Entrevistas de Desligamento no mês – Mensal – 100%**

10. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

11. CONTIGÊNCIA:

I. Perfil de Cargo Inadequado (atividade, competência e atualização):

Na ocorrência de um evento adverso, processos administrativos ou judiciais relacionados ao perfil estruturado por competência, reavaliar definição do PEC visando melhor atendimentos a normativas relacionadas às funções mencionadas, por meio da readequação ou mesmo criação de um do cargo que melhor atenda a necessidade da Entidade.

II. Preenchimento incorreto da Requisição de Pessoal: Solicitar novo preenchimento para correção/ adequação as necessidades do documento estabelecido na política do RH, do qual fará que o processo de contratação fique embargado até a resolução do documento. Salvo exceções de vazio assistenciais autorizados pela Direção em prol da necessidade da Entidade.

III. Falta de Candidato: Verificar possibilidade de existência de um melhor canal de captação de candidatos pelas regiões próximas a Entidade no intuito de resolução da lacuna de colaborador. Estabelecer com a Direção, plano de ação que vise atender necessidade esporádica até que se finalize a contratação deste profissional.

IV. Triagem inadequada do currículo: No caso de triagens onde o candidato não tenha sido selecionado, refazer triagem visando organizar processo de

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

acordo com os requisitos estabelecidos no PEC do cargo. Em casos de candidatos que já estejam em processo de seleção, verificar caso junto à Coordenação e se necessário finalizar processo seletivo com o mesmo, orientando-o sobre indicação de seus currículos a outros processos seletivos ou mesmos a outras áreas da instituição.

V. Não apresentação de documentos pré-requisitados: Devido a este fator candidato não poderá ser contratado até a entrega completa destes. Salvo exceção de autorização da Direção em casos de vazios assistenciais em prol da necessidade da Entidade.

VI. Dificuldade no recrutamento e Seleção para composição do quadro de profissionais do setor: Nos casos de dificuldade de candidatos devida a especificidades do perfil para o cargo ou admissões que não possam ser feitas devido estarem fora do prazo e já em cálculo para folha de pagamento pelo DP, orientamos as lideranças que estas façam redivisão de suas equipes de trabalho visando redistribuir as tarefas do setor, priorizando as de maior gravidade e impacto na instituição; remanejamento de colaboradores de outras áreas para esta cobertura (desde que obedecidas os parâmetros os atuação profissional contidos no PEC/ CBO além de análise de produtividade nos casos administrativos e de ocupação/ atendimentos nos casos assistenciais) ou ainda verificação no orçamento financeiro da unidade e contrato conveniado para pagamento de hora/ plantão extras visando manter quantitativo mínimo para funcionamento do setor.

VII. Ausência de Registro do Histórico Profissional (Seleção interna): Verificação com gestor imediato atual por meio de uma declaração escrita onde este descreverá performance do colaborador, com indicação ou não para apresentação do processo seletivo.

VIII. Seleção Inadequada do Candidato (não apresenta às competências necessárias a função e sem definição do gestor da área): Colaborador deverá ser desligado dentro do período de experiência. Ou após passagem deste tempo e em caso de impossibilidade, verificado a indicação para área de melhor aproveitamento de seu perfil.

IX. Informação incorreta/ incompleta por parte do candidato: Verificação por meio dos documentos apresentados pelo candidato;

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal

Responsável: Lideranças

Código: PRS HMTJ 047

Revisão: 11

Data: 19/01/2023

X. Cargos de Confiança: Em casos em que a liderança indicar colaboradores, esta deverá passar por uma entrevista em conjunto com o RH a fim de verificar competências mínimas para a função e aptidão para o cargo;

XI. Implantação em novas unidades: Em casos de implantação de novas unidades geridas pelo HMTJ, a nota mínima pode ser alterada visando atender o número de candidatos para entrevista e tendo como premissa a otimização do tempo, observados o perfil de competência necessário aos cargos identificados na entrevista técnica do RH e lideranças/ representantes técnicos da área. Este mesmo procedimento poderá ser adotado também em casos de ocupações de vagas emergenciais ao funcionamento da unidade, onde a avaliação será feita no período de experiência.

XII. Implantação em unidades que contemplem profissionais de carreira no município ou estado (cedidos), estes devem passar por uma avaliação de conhecimento e experiência de atuação no referido cargo, de acordo com diretrizes e perfil estabelecidos no PEC, para facilitar alocação nos quadros funcionais da unidade, aproveitando desta forma o colaboradores por meio do seu potencial profissional. Lembrando que todas as práticas de avaliação, treinamento e capacitação deverão ser desenvolvidas com estes profissionais.

XIII. Adequação dos processos frente a uma pandemia ou outro tipo de calamidade: Diante dessas situações os fluxos de alguns processos podem ser alterados/adequados, no intuito de garantir a segurança de todos os envolvidos no processo. Como por exemplo entrevistas realizadas por vídeo chamada junto com a coordenação da área para que seja possível serem feitas perguntas técnicas (substituindo a prova escrita) e perguntas comportamentais.

XIV. Processo seletivo em tempos de pandemia - Realização das etapas padronizadas do processo seletivo por meio de contato telefônico e/ou vídeo chamada para evitar aglomeração com os candidatos.

XV. Roteiro de entrevista técnicos de enfermagem - Em caso de processo seletivo para montagem do quadro reserva geral será utilizado um único roteiro de entrevista com todas as competências organizacionais e técnicas.

XVI. Aprovação de candidatos na prova técnica com nota inferior ao acordado na Política de RH - Em processos seletivos, dependendo da especificidade da vaga, prazo para contratação, número de candidatos, dentre outros motivos, poderão ser aprovados para a etapa de entrevistas, candidatos com nota menor que exigido na política (70%).

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 047**Revisão:** 11**Data:** 19/01/2023

12. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição.

V. Siglas e Definições

PEC: Perfil Estruturado por Competências

RH: Recursos Humanos

SES: Secretaria de Estado e Saúde

Recrutamento: Compreende todos os procedimentos utilizados pelas instituições para divulgar suas vagas e atrair candidatos potencialmente qualificados a ocupar um cargo. É a maneira como as instituições comunicam e divulgam no mercado de recursos humanos suas ofertas de oportunidade de emprego.

Seleção: A seleção de pessoas é o processo que busca, dentre os vários candidatos recrutados, aqueles que são mais adequados aos cargos existentes nas organizações, visando manter ou aumentar a eficiência e o desempenho do pessoal, bem como a eficácia da organização, ou seja, preservar ou enriquecer o capital intelectual da organização (CHIAVENATO, 1999). Assim, o objetivo do processo de seleção de pessoal é escolher o candidato com melhores conhecimentos e habilidades para desempenhar determinada tarefa, de modo que a instituição possa ver o seu colaborador como peça valiosa na obtenção dos resultados almejados.

Entrevista: É uma conversação entre duas ou mais pessoas (o entrevistador e o entrevistado) em que perguntas são feitas pelo **entrevistador** para obter informação do entrevistado.

Feedback: Nada mais é que um retorno que o candidato tem da instituição/recrutador, seja ele positivo ou negativo de sua participação em um processo de seleção para uma oportunidade de trabalho.

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 047**Revisão:** 11**Data:** 19/01/2023

Aprendiz: É um contrato de trabalho especial, ajustado por escrito e por prazo determinado, em que o empregador se compromete a assegurar ao maior de 14 e menor de 24 anos – inscrito em programa de Aprendizagem – formação técnico-profissional, compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico. O Aprendiz, por sua vez, deve executar com comprometimento as tarefas necessárias a essa formação.

VI. Anexos

PRS HMTJ 045 - Treinamento e desenvolvimento de pessoal
PRS HMTJ 047_Anexo 5_Lista Presença Processos seletivos
PRS HMTJ 047_Anexo 6_Formulário Inscrição Colaborador Processo Seletivo Interno
PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno
PRS HMTJ 047_Anexo 12_Documentos Necessários para Admissão
PRS HMTJ 047_Anexo 16_Minuta TI
PRS HMTJ 047_Anexo 17_Formulário solicitação VT
PRS HMTJ 047_Anexo 22_Modelo E-mail Agradecimento Participação Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 23_Modelo E-mail Convite 1- etapa Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 24_Modelo E-mail Convite 2- etapa Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 25_Termo de entrega de uniforme
PRS HMTJ 047_Anexo 26_Termo de entrega de crachá
PRS HMTJ 047_Anexo 26.1_Lista de entrega crachá de treinamento
PRS HMTJ 047_Anexo 28_Carta de Anuência de Ponto
PRS HMTJ 047_Anexo 30_Entrevista de Desligamento
PRS HMTJ 047_Anexo 30.1_Modelo Relatório Gerencial Entrevista de Desligamento
PRS HMTJ 047_Anexo 31_Planilha de Controle de Cadastro Admissões
PRS HMTJ 047_Anexo 32_Laudo Médico PCD
PRS HMTJ 047_Anexo 36_Recomendações para início de atividades laborais
PRS HMTJ 047_Anexo 36.1_Protocolo de Entrega de Orientações de Início de Atividades
PRS HMTJ 047_Anexo 37_Formulário Prova Processo Seletivo

Título: Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal**Responsável:** Lideranças**Código:** PRS HMTJ 047**Revisão:** 11**Data:** 19/01/2023

PRS HMTJ 047_Anexo 40_Declaração de múltiplos vínculos

PRS HMTJ 047_Anexo 41_Declaração de encargos de Família para fins de Imposto de Renda

PRS HMTJ 047_Anexo 44_ Formulário de Contribuições para o sindicato

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

I. Objetivos

Gestão de pessoas por competências é um sistema para gerenciar os diferentes tipos de competências dos profissionais da organização. Esse modelo estabelece critérios claros para construção dos Perfis dos Cargos por Competências (antiga descrição de cargos), sendo assim, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

II. Materiais

Computador, Sistema GCPEC.

III. Abrangência


A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

A partir da iniciação do projeto, se estabelece junto com um Comitê Estratégico da instituição, a Metodologia de Avaliação de Desempenho para os cargos de Liderança e Operacionais e as ferramentas de Feedback, Planos de Desenvolvimento Individuais (PDIs).

O acesso ao sistema se dá por meio do endereço www.gcpecfatorrh.com.br/gcpec/Login. No campo usuário digite a sigla da empresa + o número do seu CPF sem traços, pontos e/ou espaços. Exemplo: usuário: hmtj12345678910. A senha no primeiro acesso é a data de nascimento no formato ddmmaaaa. Digite seu usuário, senha e clique em "Entrar", conforme Figura I.

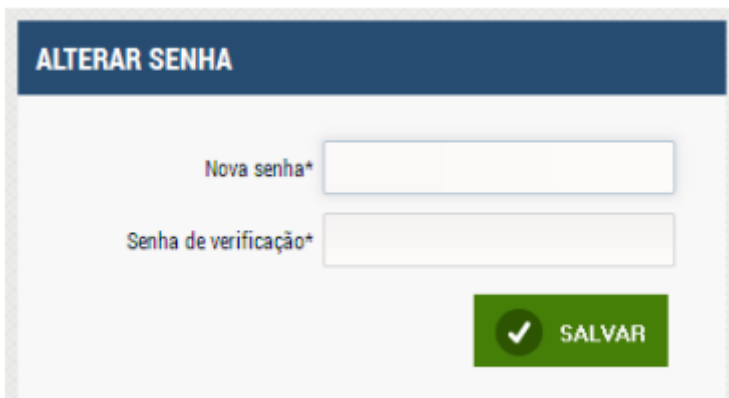
Figura I

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |




Após o login pela primeira vez, o sistema solicitará que você cadastre uma nova senha. O usuário permanecerá o mesmo. A nova senha pode conter letras e números. Devem ser cadastrados no mínimo 6 caracteres e não há limite máximo conforme Figura II.

Figura II



Depois de cadastrar uma nova senha o sistema abrirá a tela inicial do sistema, o qual a quantidade de ícones "abertos" irá se distinguir de usuário para usuário de acordo com perfil cadastrado pelo Recursos Humanos, conforme imagem a seguir.

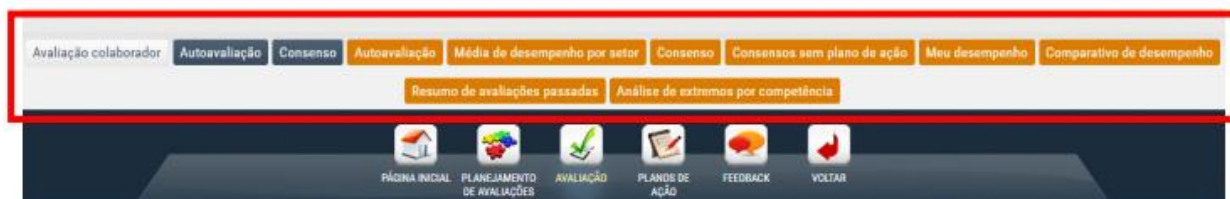
Figura III

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



Ao clicar em qualquer ícone do sistema, este apresentará, no rodapé da página, submenus que reúnem funcionalidades (submenu de cor azul) e relatórios (submenu de cor laranja). O submenu na cor branca é o que está em uso, ou seja, a página que você está operando, conforme exemplo abaixo.

Figura IV




Como o GCPEC funciona diferente para cada tipo de perfil liderança (avaliador) ou operacional (avaliado), será demonstrado a seguir as funcionalidades relativas a cada perfil.

Manual do Avaliador (perfil de liderança)



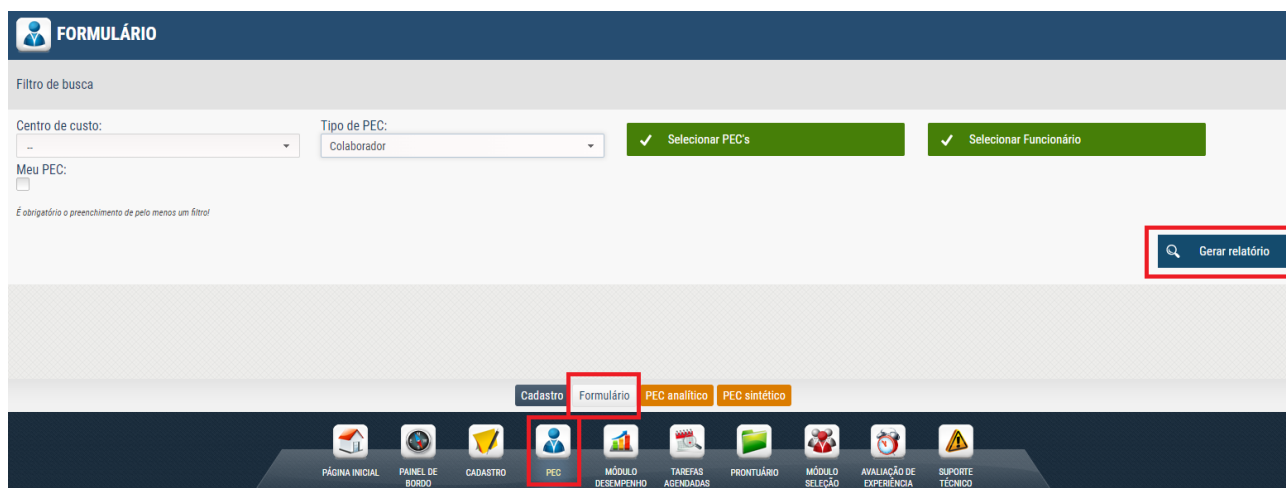
PEC

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

No ícone PEC o avaliador poderá consultar o seu PEC e dos seus avaliados. Se desejar visualizar o seu PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Para visualizar o PEC de seus colaboradores, utilize os filtros para escolher de qual funcionário deseja visualizar, e clique em "Gerar Relatório", conforme Figura V.


Figura V



Avaliação de Experiência

O ícone avaliação de experiência é onde o avaliador poderá fazer a avaliação de seu subordinado. Este modelo de avaliação se refere a 90 graus ao qual o gestor avalia seu liderado devido este estar em período de integração e adaptação do trabalho, não sendo assim plausível a autoavaliação neste momento. O mesmo pode acesar por meio da aba de mesmo nome, clicando em avaliação, conforme Figura VI.

Figura VI

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |




As avaliações de experiência na instituição são padronizadas, divididas em duas etapas, 45 e 90 dias. Em ambas as etapas a avaliação estará disponível com 10 dias de antecedência.

Nota¹ Em ambos períodos de avaliação, após o vencimento do prazo a avaliação expira não sendo possível sua realização, cabendo ao gestor realização de justificativa de pendência de avaliação de desempenho pelo FLUIG, bem como a realização de 1 feedback para cada competência essencial do cargo do colaborador.

Nota² A realização da avaliação pelo gestor deve ser feita em conjunto com o colaborador, cabendo o mesmo a validação ao término do processo.

Nota³ A Realização da avaliação no GCPEC, não exige o gestor do cumprimento das demais atividades conforme etapa de avaliação descrita no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

Nota⁴ Mesmos nos casos em que o gestor optar pelo desligamento este deverá conduzir a avaliação no intuito de justificar sua decisão baseado na análise do desenvolvimento deste profissional em comparativo as competências relativas ao PEC. Nos casos que não for possível a validação do colaborador, este poderá optar pela opção de dispensar, ou preferencialmente optar pelo campo de registro de testemunha ao qual deverá colocar o dado relativo a mesma.

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



Avaliação

Nesse ícone o avaliador poderá fazer a sua autoavaliação e avaliar os seus colaboradores, bem como visualizar os relatórios de desempenho pessoal e de sua equipe.

1) Autoavaliação

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação, no rodapé da página você vai observar que há alguns botões azuis. Clique na opção autoavaliação e clique no botão , carregará a tela de avaliação contendo 02 páginas: primeira página com as Competências Essenciais e segunda página com as Competências Complementares.

Figura VII

2) Avaliação de Colaborador

Clique na opção Avaliação colaborador, selecione qual funcionário deseja avaliar e clique no botão "Avaliar". O sistema exibirá a tela de Avaliação para que as notas sejam atribuídas.

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

O processo de autoavaliação e de avaliação de colaboradores segue o padrão disposto a seguir com relação ao significado de cada cor:

- 1) **Azul** → "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.
- 2) **Verde** → O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.
- 3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 - 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.
- 4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.
- 5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

As competências e indicadores definidos pela Instituição estão divididas em duas categorias: Competências ESSENCIAIS e COMPLEMENTARES.

Competências ESSENCIAIS → São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competências COMPLEMENTARES → São as competências de menor impacto no sucesso das atividades do cargo. Contribuem para completar a Avaliação de Desempenho.

Embora os significados das cores, citados anteriormente, sejam os mesmos para ambas as categorias, a escala de notas é um pouco diferente, devido ao nível de exigência ser menor para as competências COMPLEMENTARES.


| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Figura VIII




Um "Avaliado" que atende 100% de um indicador de uma competência ESSENCIAL, deve receber a nota verde 8 e pode vir a receber a nota verde 9 em sua próxima avaliação de desempenho.

Para um funcionário que está sendo avaliado pela primeira vez, quando este atende plenamente um indicador, deve ser atribuída sempre a nota verde menor (8 para ESSENCIAIS e 7 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª ou 3ª Avaliação, caso o profissional mantenha o bom desempenho no mesmo indicador, ou seja, o bom desempenho é frequente (comparado ao histórico anterior de nota verde), então pode ser atribuída a nota verde mais alta.

Se o "Avaliado" atende parcialmente algum indicador, deverá ser atribuída a esse indicador uma nota amarela. Nesse caso, deve ser feita a seguinte análise: Se o "Avaliado" cumpre 60% ou menos do que está descrito no indicador, deve ser atribuída a nota amarela menor (6 para ESSENCIAIS e 5 para COMPLEMENTARES). Entretanto, se o "Avaliado" cumpre mais do que 60% do indicador, então pode ser atribuída a nota amarela maior (7 para ESSENCIAIS e 6 para COMPLEMENTARES).

Caso o "Avaliado" não faça nada do que está escrito em determinado indicador (0%), dentre as cinco opções de nota vermelha disponibilizadas (e quatro opções para Competências

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

COMPLEMENTARES), deve sempre ser atribuída a nota vermelha mais alta da escala (5 para ESSENCIAIS e 4 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª Avaliação, caso o profissional não apresente uma melhora no desempenho (Ex.: Não cumpriu seus planos de ação.), então a nota vermelha deverá cair pelo menos 01 Ponto... (para que o profissional perceba que há consequências).

Se o "Avaliado" faz mais do que está escrito no indicador (110%), ou seja, Supera as Expectativas (faz mais do que o esperado), então sua nota deverá ser Azul. Assim como as notas verdes, inicialmente deve ser atribuída a menor nota azul e a partir das demais avaliações, se necessário, aumentá-la (quando disponível).

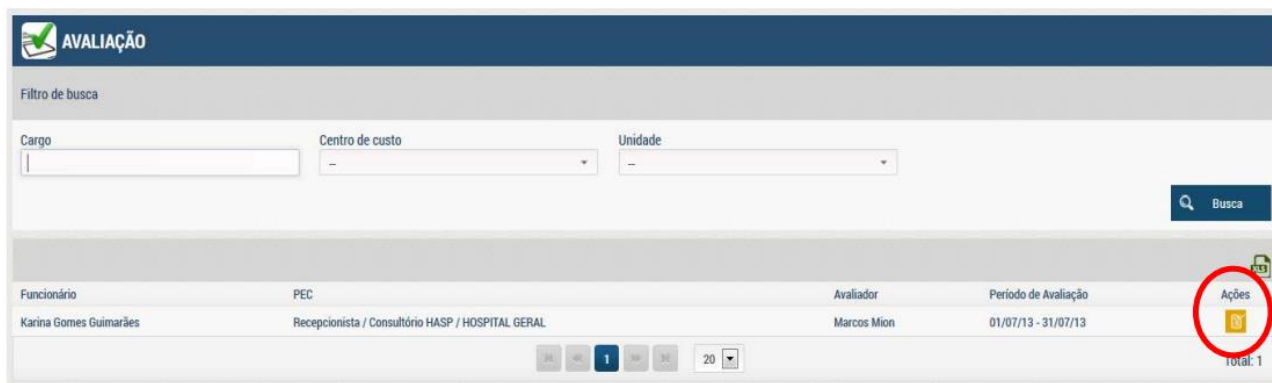
0 (Zero) não é considerado uma nota. Atribuir uma nota cinza significa somente que o indicador em questão não se aplica ao "Avaliado" e à Avaliação e, portanto, não será avaliado.

Notas cinzas também não são consideradas para os cálculos das médias a serem apresentadas nos relatórios.

Nota⁵ Para ambas as notas, azuis e cinzas, é obrigatório o preenchimento de uma justificativa.

Nota⁶ Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas. Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura IX



| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Iniciando a avaliação:

Leia atentamente as instruções da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua às notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá justificar essa escolha para que essa nota seja salva. Para notas iguais ou abaixo do PEC, as justificativas são opcionais. Se o indicador não se aplica ao cargo do colaborador, que você está avaliando, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.


Regras:

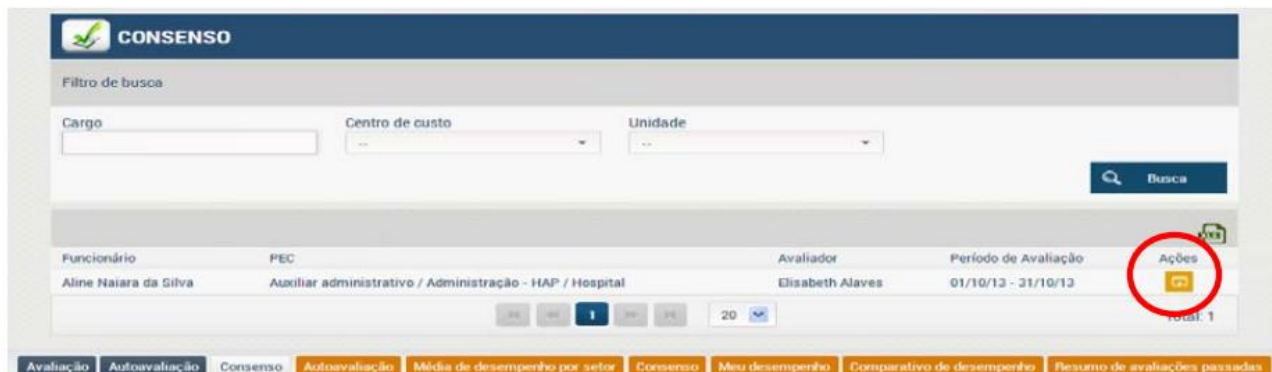
- Só poderá ser avaliado o profissional que já tiver cumprido o "Tempo Mínimo" de ocupação do PEC atual (consulte o seu RH), e de vínculo a um mesmo líder, ou seja, alterá-lo de PEC ou de líder fará com que a avaliação só possa ser feita após esse "Tempo Mínimo" a contar da data da alteração.
- Um funcionário só poderá ser avaliado novamente após 12 meses da última avaliação.

3) Consenso

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação e clique na opção consenso, escolha de qual colaborador deseja realizar e clique no botão "Lançar".

Figura X

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |




O sistema abrirá a tela de lançamento do consenso. Caso as notas dadas pelo avaliado e pelo avaliador sejam iguais, o sistema já trará a nota do consenso preenchida, embora passível de alteração.

Caso tenham sido lançadas justificativas durante o preenchimento da Avaliação ou Autoavaliação, ao passar o mouse sobre as notas o cursor deixará de exibir uma seta e passará a mostrar uma mão, indicando que ali há justificativa lançada. Basta clicar na nota e o sistema exibirá uma janela com o texto da Justificativa.

Sempre que a nota do consenso for inferior à nota exigida pelo PEC, o sistema exibirá um botão "+" abaixo da nota realizada consenso, indicando que é preciso lançar um plano de ação para a melhoria daquele indicador.

Figura XI

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



CONSENSO [Avançar] [Sair]

Funcionário: Ana Maria Az Cargo: Gerente de rh Avaliador: Bernardo Be

Competências ESSENCIAIS
São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação de desempenho quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competência: HUMANIZAÇÃO
Conceituação: Capacidade de proporcionar acolhimento ao outro, por meio de atitudes de gentileza, receptividade, atenção e resolutividade nas diversas situações de trabalho.

| | Notas esperadas | | | |
|--|-----------------|---------------|----------|----------|
| | PEC | Autoavaliação | Superior | Consenso |
| Indicador 1: Acolhe as pessoas com um sorriso, tratando-as pelo nome, olhando em seus olhos e utilizando as regras básicas da boa educação: bom dia, boa tarde, boa noite, por favor, e obrigado. | 8 | 8 | 8 | 8 - |
| Indicador 2: Participa voluntariamente de pelo menos 01 evento (interno ou externo) relacionado à Humanização e promovido pela instituição. | 8 | 8 | 9 | -- |

Competência: VISÃO SISTÊMICA
Conceituação: Capacidade de conhecer e entender os processos institucionais, suas interações com os diversos departamentos do hospital e seus impactos nos resultados da organização.


| | Notas esperadas | | | |
|---|-----------------|---------------|----------|----------|
| | PEC | Autoavaliação | Superior | Consenso |
| Indicador 1: Conhece o funcionamento do seu setor e as interfaces deste com os demais. | 8 | 9 | 7 | 7 + |

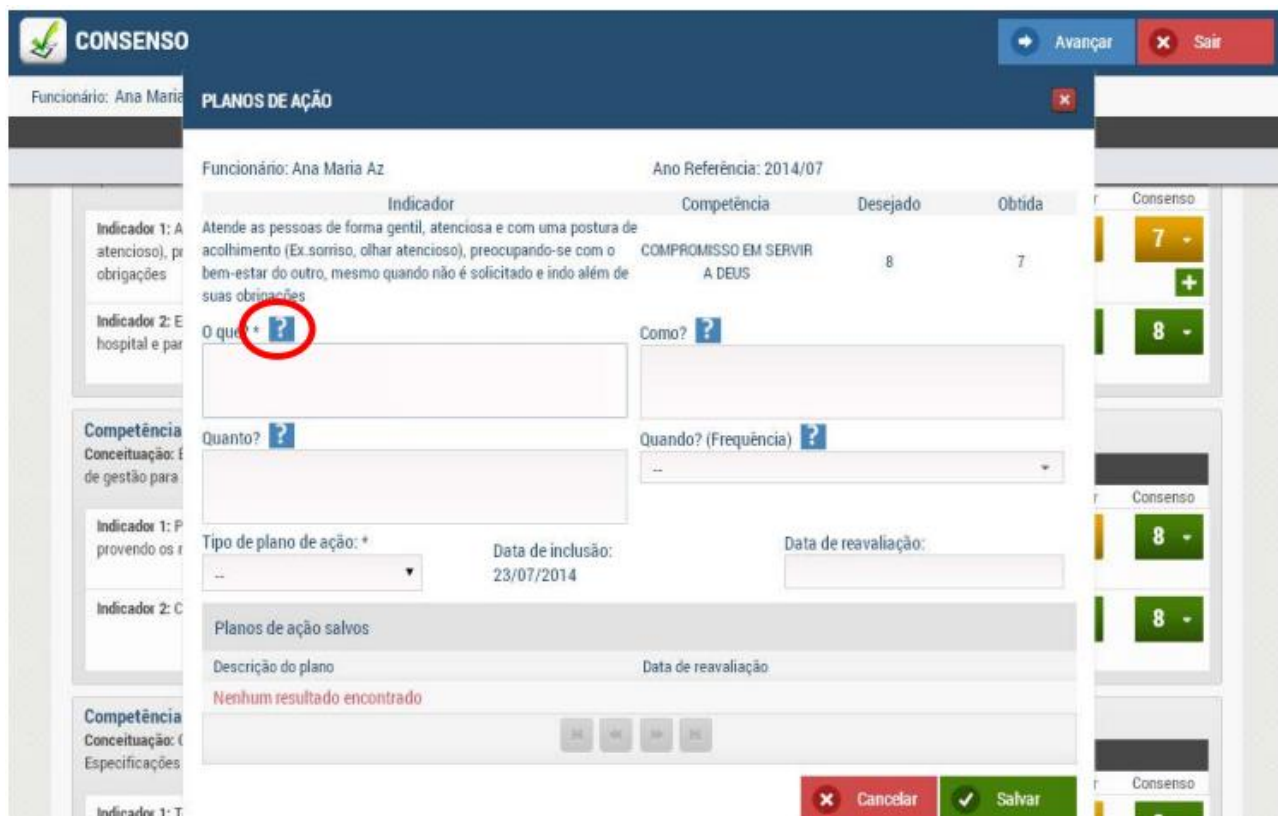
* Para lançar um plano de ação: clique no botão abaixo da nota consensada. O sistema abrirá uma tela para inclusão de plano de ação. Preencha os campos solicitados e clique em salvar.

Os campos com o símbolo "?" trazem orientações adicionais. Ao clicar sobre o símbolo, uma janela exibirá o que deve ser lançado no campo correspondente.

Não há uma quantidade mínima ou máxima de planos de ação a lançar; o que rege a criação de um plano de ação é o comum entendimento de que a ação planejada auxiliará o avaliado a reduzir ou sanar o gap apresentado em determinado indicador.

Figura XII

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



Importante! Ao inserir um plano de ação deve-se respeitar as seguintes regras:


- A data de reavaliação não pode ultrapassar 11 meses da data de inclusão;
- Após encerrado o consenso, o gestor só poderá alterar a data de reavaliação uma única vez.
- Uma vez salvo, o plano de ação não poderá ser excluído.

Finalizado o lançamento dos planos de ação você deverá clicar em concluir e o sistema trará a opção de escolher se quer associar as datas de reavaliação dos planos de ação à sua agenda.



Plano de Ação

O ícone Planos de Ação permite ao avaliador consultar os planos de ação já lançados ou inserir novos planos de ação após a conclusão do consenso. Além disso, é por meio desse ícone que o avaliador atualiza o status dos planos de ação de seus avaliados ou ainda prorroga o seu

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

cumprimento. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Planos de Ação.

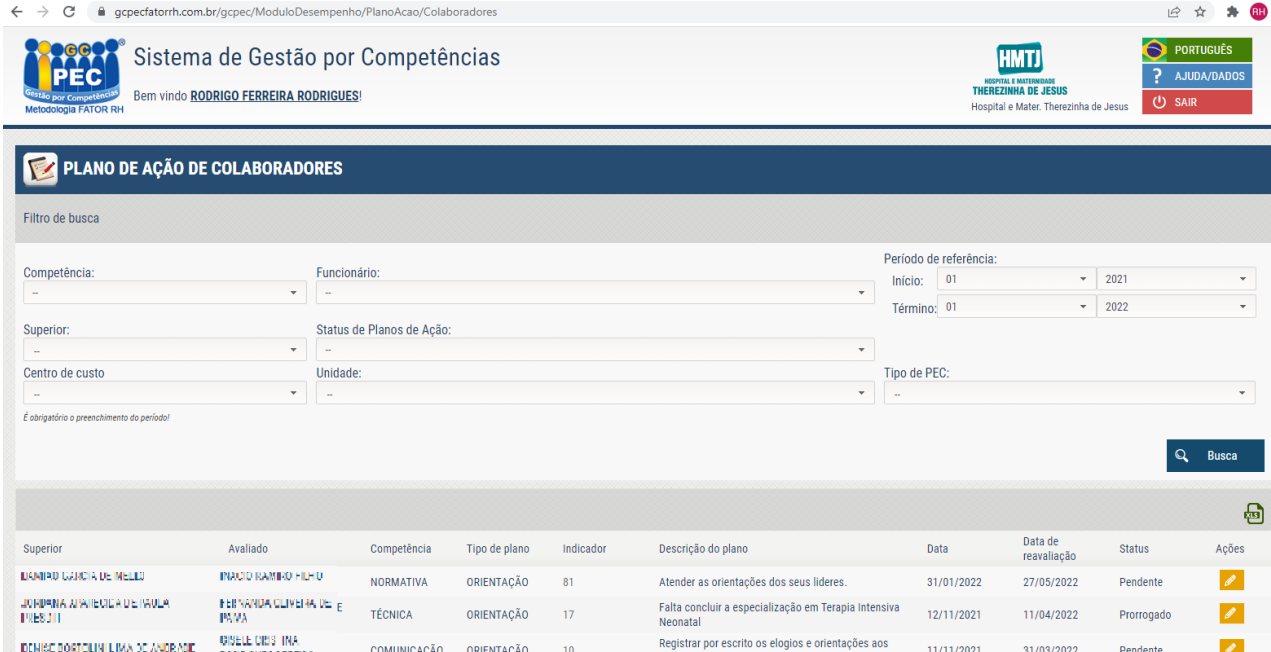
Consultar plano de ação: Ao clicar no ícone Plano de Ação o gestor terá duas opções:




Meus Planos de Ação → Nesta opção ele só consulta os seus planos de ação. Não tem acesso para realizar alterações).

Planos de Ação Colaboradores → Neste caso o sistema abrirá uma tela com todos os colaboradores desse avaliador. Nela ele poderá escolher de qual funcionário quer acessar os planos de ação.

O avaliador terá acesso para Consultar, Alterar e Incluir.

Figura XIII



| Superior | Avaliado | Competência | Tipo de plano | Indicador | Descrição do plano | Data | Data de reavaliação | Status | Ações |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------|-----------|---|------------|---------------------|------------|---|
| ESMARA DA CLÍNICA DE NEONATOLOGIA | IVANILDO RAMIRO FILHO | NORMATIVA | ORIENTAÇÃO | 81 | Atender as orientações dos seus líderes. | 31/01/2022 | 27/05/2022 | Pendente |  |
| JULIANA ALFONSO DE CARVALHO FERRAZ | BERNARDA OLIVEIRA DE SOUZA | TÉCNICA | ORIENTAÇÃO | 17 | Falta concluir a especialização em Terapia Intensiva Neonatal | 12/11/2021 | 11/04/2022 | Prorrogado |  |
| DENISE DORTOLINI LIMA DE ANDRADE | ANDRÉ CESAR RODRIGUES PEREIRA | COMUNICAÇÃO | ORIENTAÇÃO | 10 | Registrar por escrito os elogios e orientações aos colaboradores. | 11/11/2021 | 31/03/2022 | Pendente |  |

* **Para inserir novo plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores e clicar em Adicionar. Selecione o colaborador e clique no botão Ação à frente do Indicador para o qual deseja incluir um novo plano de ação. A janela de inclusão aparecerá tal qual na tela de consenso. Preencha os campos solicitados e clique em Salvar

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Importante! Um gestor só poderá inserir novo plano de ação para seu subordinado direto.

* **Para prorrogar um plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores, escolher o profissional cujo plano de ação será prorrogado e clicar no botão Ação. O sistema abrirá o plano de ação. Modifique o status para prorrogado e mande salvar. O plano será prorrogado por mais 30 dias.


Importante:

- A data de reavaliação pode ser prorrogada por mais 30 dias, desde que o plano de ação não conste como vencido.
- O avaliador receberá 03 e-mails de alerta de Planos de Ação:
 - Planos de ação a Vencer: todo dia 10 de cada mês (alerta sobre o restante do mês);
 - Planos de ação a Vencer: todo dia 25 de cada mês (alerta sobre o próximo mês);
 - Alerta de Plano de Ação Vencido: dia seguinte ao vencimento.
- Os planos de ação Vencidos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado.
- Os planos de ação de colaboradores desligados são automaticamente cancelados quando da atualização mensal do cadastro de funcionários.
- Caso o avaliado esteja afastado na data de reavaliação, o status dos seus planos de ação será automaticamente alterado para Suspense, desde que o RH tenha efetuado a atualização mensal dos dados no sistema

Quando da ocorrência de vencimento do plano de ação, o avaliador deverá criar um feedback de elogio ou orientação para cada plano de ação vencido no sistema, conforme modelo a seguir:

1) Fato Ocorrido → NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO ANO: descrever o nome do plano de ação, assim como cadastrado no GCPEC no campo "o que?"

2) Compromisso Assumido → Descrever a forma que a ação deve ser realizada campo "como?"

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

3) Revisar em → Escolher um período de tempo de acordo com a necessidade para conclusão da ação.

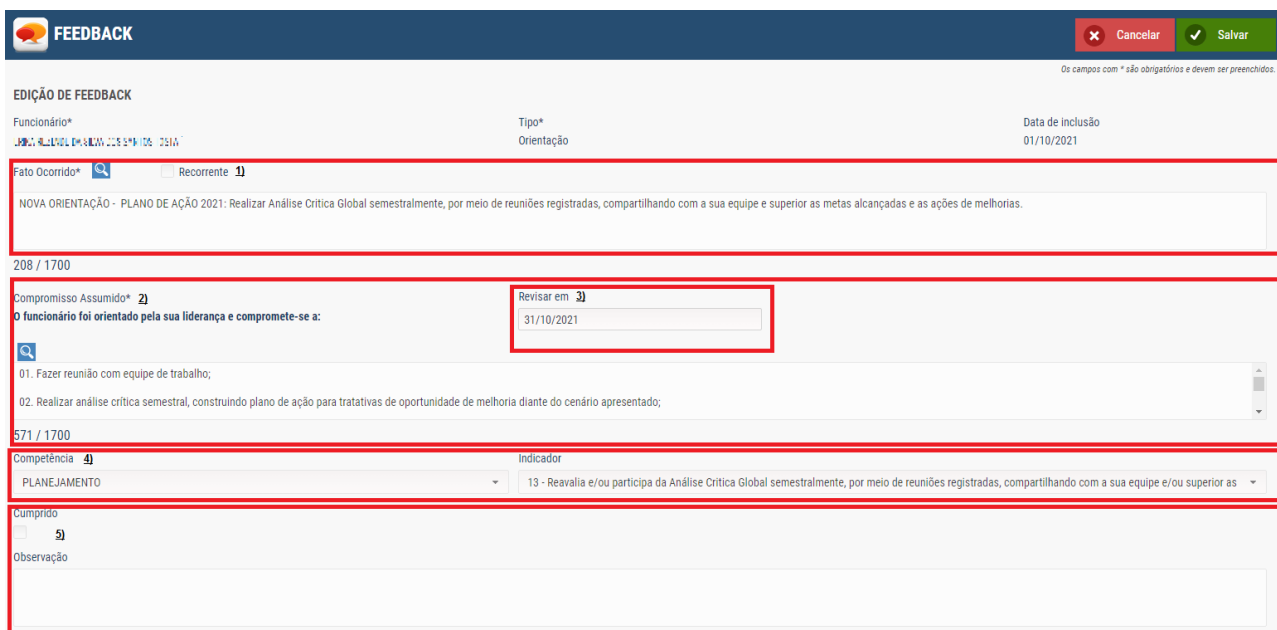
4) Competência e Indicador → Escolher **competência** de acordo com plano de ação traçado e incluir **indicador** que mais se adequa ao plano de ação.

5) Antes do término do prazo dado para revisão, cabe a coordenação entrar no feedback criado, relativo ao plano de ação, e assinalar se os fatos acima foram ou não cumpridos. No campo observação, o líder deve preencher com as evidências que demonstre tal conclusão.

Nota⁷ Os dados dentro do campo feedback só poderão ser atualizados antes da data da reavaliação, após o data o sistema bloqueia.

Nota⁸ Caso a liderança perca o prazo, a mesma deverá criar um novo feedback de elogio se as ações foram cumpridas ou de orientação descrevendo novo período para reavaliação.

Figura XIV



FEEDBACK [Cancelar] [Salvar]

Os campos com * são obrigatórios e devem ser preenchidos.

EDIÇÃO DE FEEDBACK

Funcionário* [Campo] Tipo* Orientação Data de inclusão 01/10/2021

Fato Ocorrido* [Campo] Recorrente 1

NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO 2021: Realizar Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.

208 / 1700

Compromisso Assumido* 2

O funcionário foi orientado pela sua liderança e compromete-se a:

Revisar em 3

31/10/2021

01. Fazer reunião com equipe de trabalho;

02. Realizar análise crítica semestral, construindo plano de ação para tratativas de oportunidade de melhoria diante do cenário apresentado;

571 / 1700

Competência 4

PLANEJAMENTO

Indicador

13 - Reavalia e/ou participa da Análise Crítica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as


Cumprido

5

Observação



Feedback

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



O ícone Feedback permite ao gestor consultar os feedbacks já lançados ou inserir novos feedbacks para seus subordinados diretos. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Feedback.

1) Meus Feedbacks

Para consultar os feedbacks recebidos: o gestor tem a opção de consultar os próprios feedbacks. É só clicar no submenu Meus Feedbacks. Defina o período que deseja pesquisar e clique em Busca.

Figura XV




A tela carregará a lista de todos os feedbacks recebidos com sua respectiva descrição. Para visualizar mais detalhes, clique  no botão de consulta . Lembre-se que não é possível editar os próprios feedbacks.

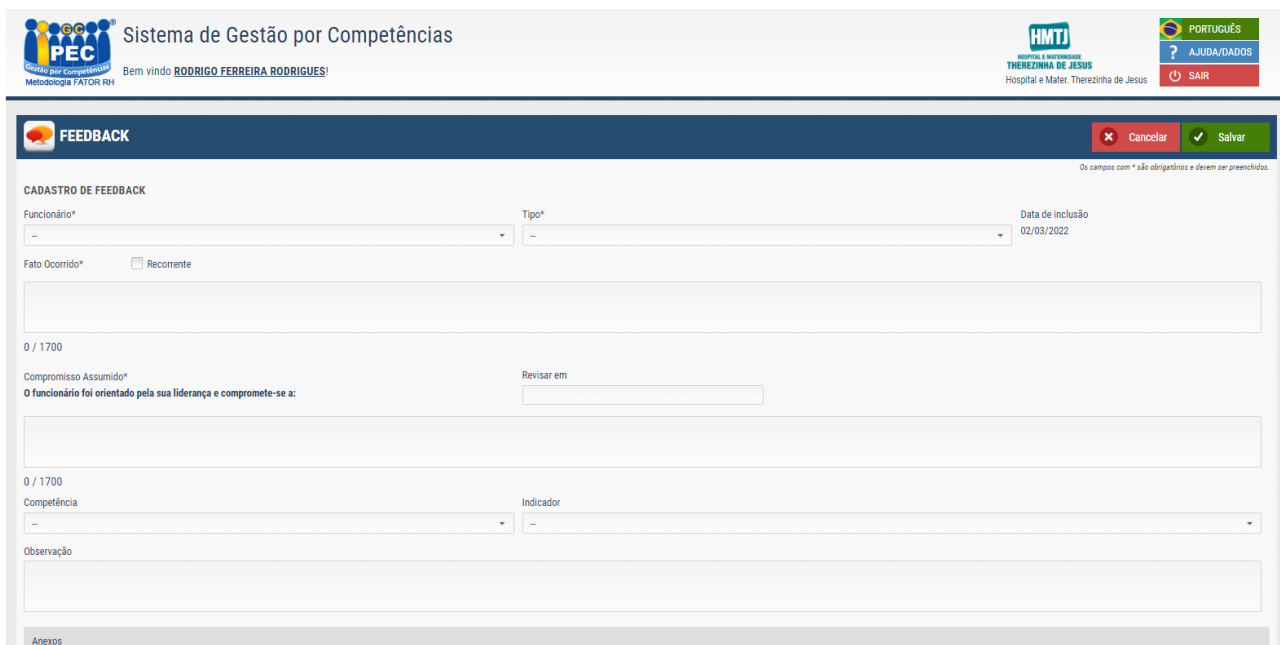
2) Feedbacks de colaboradores

Para consultar feedbacks atribuídos a qualquer profissional da instituição: clique no submenu Feedback de Colaboradores faça a busca conforme os filtros escolhidos. O sistema exibirá todos os feedbacks registrados com as respectivas descrições.

Para inserir um feedback para um colaborador: clique no botão Adicionar nessa mesma tela. O sistema abrirá a tela de Cadastro de Feedback. Preencha os campos e clique em Salvar.

Figura XVI

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 Data: 14/03/2022 |



Sistema de Gestão por Competências
Bem vindo **RODRIGO FERREIRA RODRIGUES!**

FEEDBACK Cancelar Salvar

Os campos com * são obrigatórios e devem ser preenchidos.

CADASTRO DE FEEDBACK

Funcionário* Tipo* Data de inclusão

Fato Ocorrido* Recorrente

0 / 1700

Compromisso Assumido* Revisar em

O funcionário foi orientado pela sua liderança e compromete-se a:

0 / 1700

Competência Indicador

Observação

Anexos

Importante: Se o feedback cadastrado foi do tipo com advertência ou suspensão, o sistema mostrará na tela uma mensagem para o Gestor informando que deve ser impresso o formulário de Registro de Feedback para ser assinado e encaminhado para a área de RH/DP para as providências legais pertinentes.




Tarefas agendadas

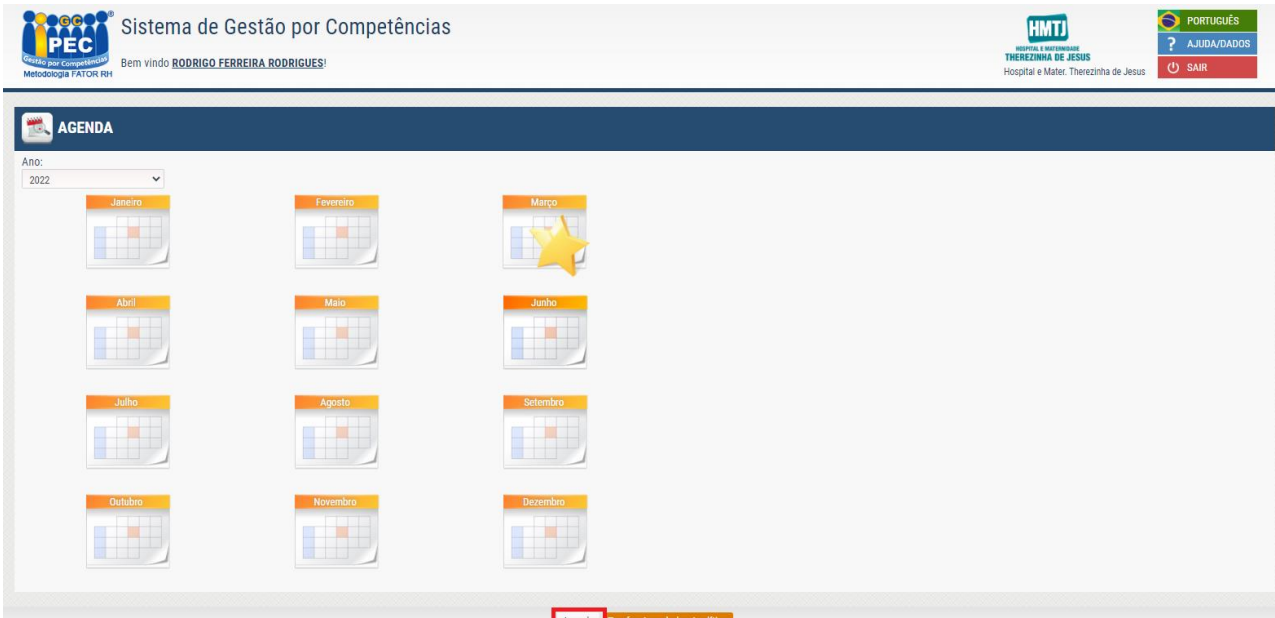
O ícone Tarefas Agendadas permite ao gestor visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação;
- Período de Avaliação de Subordinados;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação de Colaboradores.

Figura XVII

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 Data: 14/03/2022 |





Prontuário

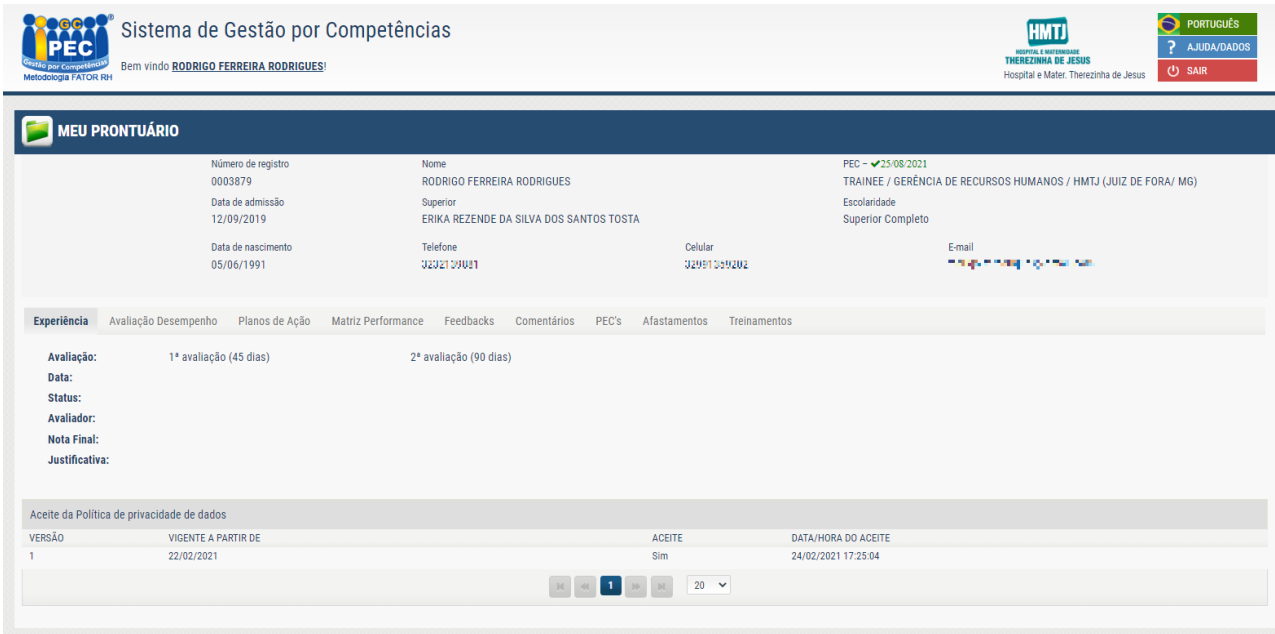
No ícone prontuário o avaliador terá a acesso as todas as suas informações e de seus avaliados.

1) Meu prontuário

Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XVIII

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |



MEU PRONTUÁRIO

Número de registro: 0003879
Nome: RODRIGO FERREIRA RODRIGUES
Data de admissão: 12/09/2019
Data de nascimento: 05/06/1991
Superior
ERIKÁ REZENDE DA SILVA DOS SANTOS TOSTA
Telefone: 32321 39931
Celular: 32391 399202
PEC - 25/08/2021
TRAINEE / GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS / HMTJ (JUIZ DE FORA/ MG)
Escolaridade: Superior Completo
Email: [Redacted]

Experiência

| Experiência | Avaliação Desempenho | Planos de Ação | Matriz Performance | Feedbacks | Comentários | PEC's | Afastamentos | Treinamentos |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|-------|--------------|--------------|
| Avaliação: | 1ª avaliação (45 dias) | | | | | | | |
| Data: | | | | | | | | |
| Status: | | | | | | | | |
| Avaliador: | | | | | | | | |
| Nota Final: | | | | | | | | |
| Justificativa: | | | | | | | | |

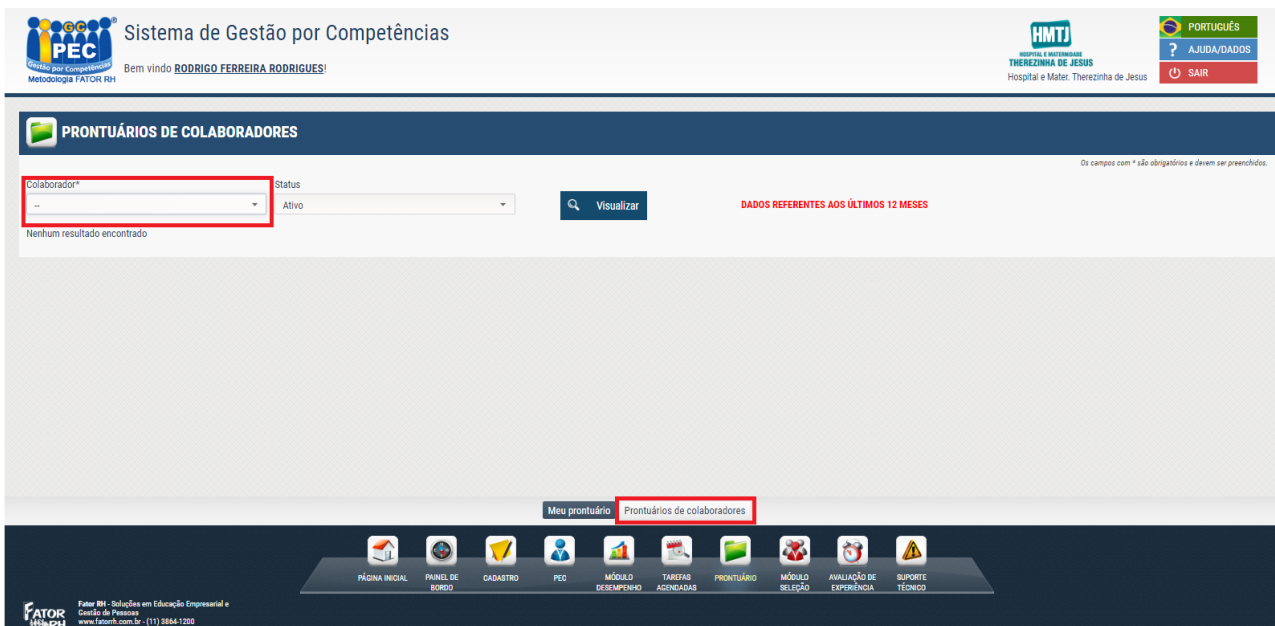
ACEITE DA POLÍTICA DE PRIVACIDADE DE DADOS

| VERSÃO | VIGENTE A PARTIR DE | ACEITE | DATA/HORA DO ACEITE |
|--------|---------------------|--------|---------------------|
| 1 | 22/02/2021 | Sim | 24/02/2021 17:25:04 |

2) Prontuário de colaboradores

Clique na opção "Prontuários de colaboradores", escolha no filtro "Colaborador" de qual funcionário deseja visualizar o prontuário, e clique no botão "Visualizar".

Figura XIX



PRONTUÁRIOS DE COLABORADORES


Colaborador* [Dropdown menu] Status: Ativo [Dropdown menu] [Visualizar]

DADOS REFERENTES AOS ÚLTIMOS 12 MESES

Nenhum resultado encontrado

Meu prontuário | Prontuários de colaboradores

PÁGINA INICIAL | PAINEL DE BORDO | CADASTRO | PEC | MÓDULO DE DESEMPENHO | TAREFAS ATRIBUÍDAS | PRONTUÁRIO | MÓDULO SELEÇÃO | AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA | SUPORTE TÉCNICO

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Manual do Avaliado (perfil de colaborador)



PEC

No ícone PEC o colaborador poderá consultar o seu PEC.

Clique em PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".


Figura XX

O sistema exibirá o relatório na mesma tela. Se desejar exportar, escolha para qual versão quer exportar e clique no botão verde "Exportar".



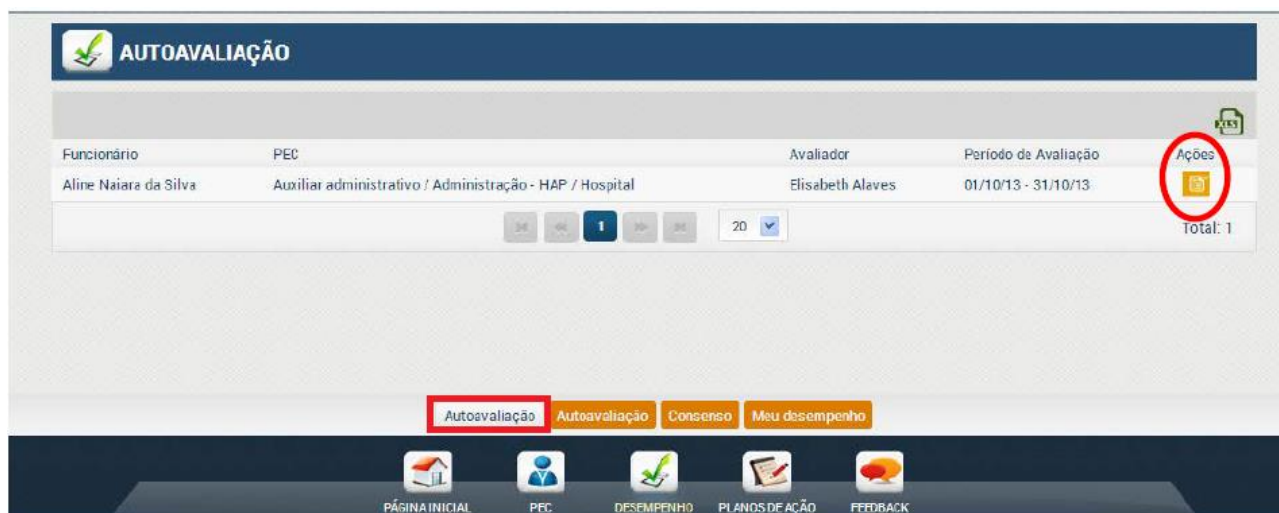
Avaliação

Nesse ícone o avaliado poderá realizar a sua autoavaliação.

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Para fazer a autoavaliação → O avaliado deve clicar no ícone avaliação, escolher a opção autoavaliação no botão azul na parte inferior da tela e clicar no botão "Ações".

Figura XXI




Iniciando a autoavaliação:

Leia atentamente as informações da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o exercício do seu cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua as notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá obrigatoriamente que justificar sua escolha. A nota só será salva depois que a justificativa for preenchida. Se sua nota for igual ou inferior a nota do PEC, a justificativa é opcional. Se o indicador não se aplica ao seu cargo, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Para navegar pelas páginas 01 e 02 da sua autoavaliação, utilize os botões "Avançar" e "Voltar".

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura XXII



AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Funcionário: Ana Maria Az Cargo: Gerente de rh Avaliador: Bernardo Be

Competências COMPLEMENTARES

São as competências de menor impacto no sucesso das atividades do cargo. Contribuem para completar a avaliação de desempenho.

Notas esperadas (PEC): 8, 7

Faz mais do que está no indicador. Atende parcialmente o indicador. Não se aplica.
 Atende plenamente o indicador. Não atende o indicador.

Indicador 2: Resguardo informações sobre pacientes e profissionais compartilhando apenas o necessário ao cumprimento de minhas atividades. [Adicionar justificativa](#)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Competência: PLANEJAMENTO

Conceituação: Capacidade de estabelecer objetivos de forma organizada, definindo prioridades, recursos e métodos necessários para a obtenção dos resultados esperados.


Indicador 1: Realizo planejamento com a equipe e acompanhamento do desempenho, com objetivo de finalizar os projetos sob minha responsabilidade, utilizando adequadamente as ferramentas de gestão. [Adicionar justificativa](#)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0



Plano de Ação

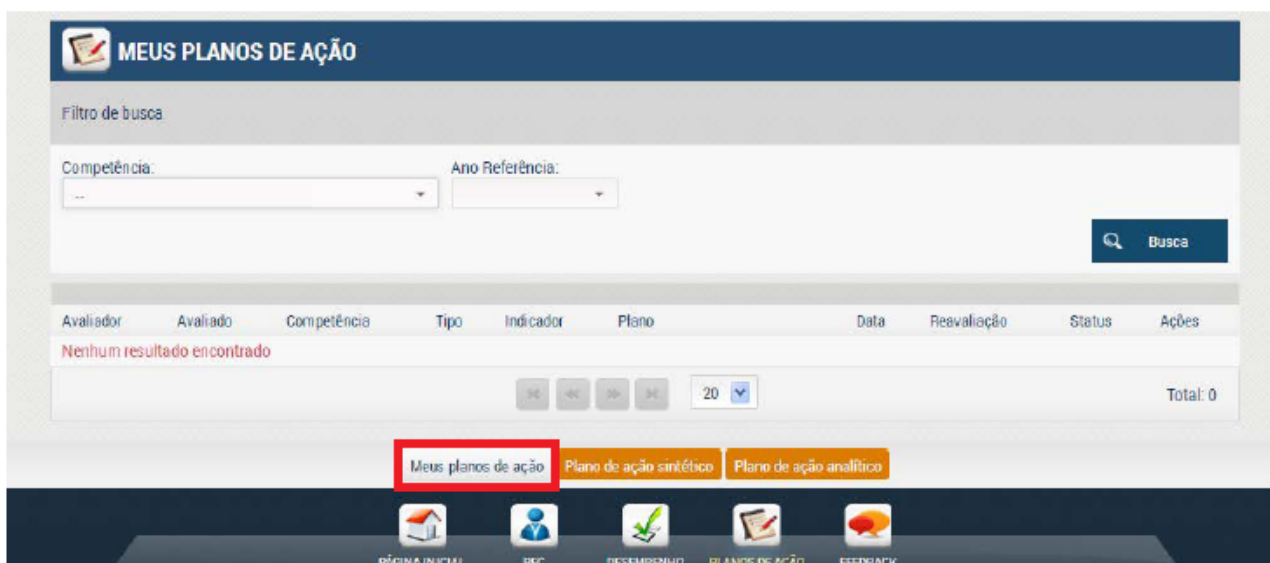
Nesse ícone o avaliado poderá consultar os seus planos de ação e os relatórios de plano de ação sintético e analítico.

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

Clique no ícone Plano de Ação, escolha qual filtro de busca deseja utilizar para visualizar os seus planos de ação e clique no botão "Busca".

Para visualizar os relatórios, clique no relatório que deseja visualizar, selecione um filtro de busca para agilizar a sua escolha e clique em "Gerar relatório".


Figura XXIII

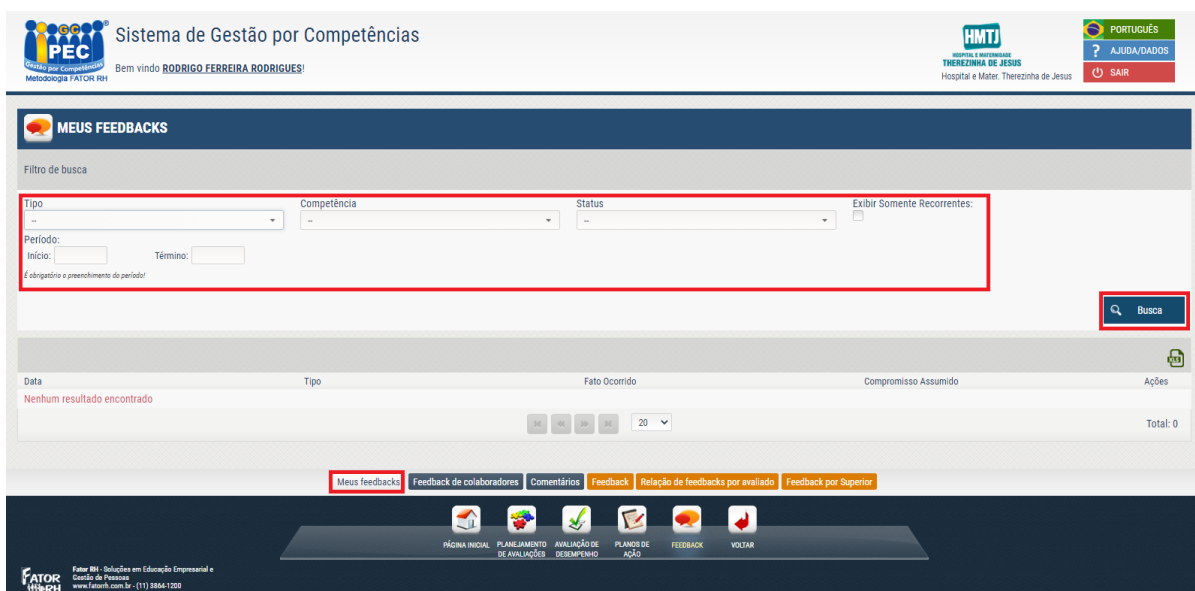


Feedback

No ícone Feedback o avaliado poderá consultar os seus Feedbacks. Clique no ícone feedback, escolha o filtro desejado e clique no botão "Busca", aparecerá todos os seus feedbacks recebidos, de acordo com o filtro escolhido.

Figura XXIV

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |





Tarefas agendadas

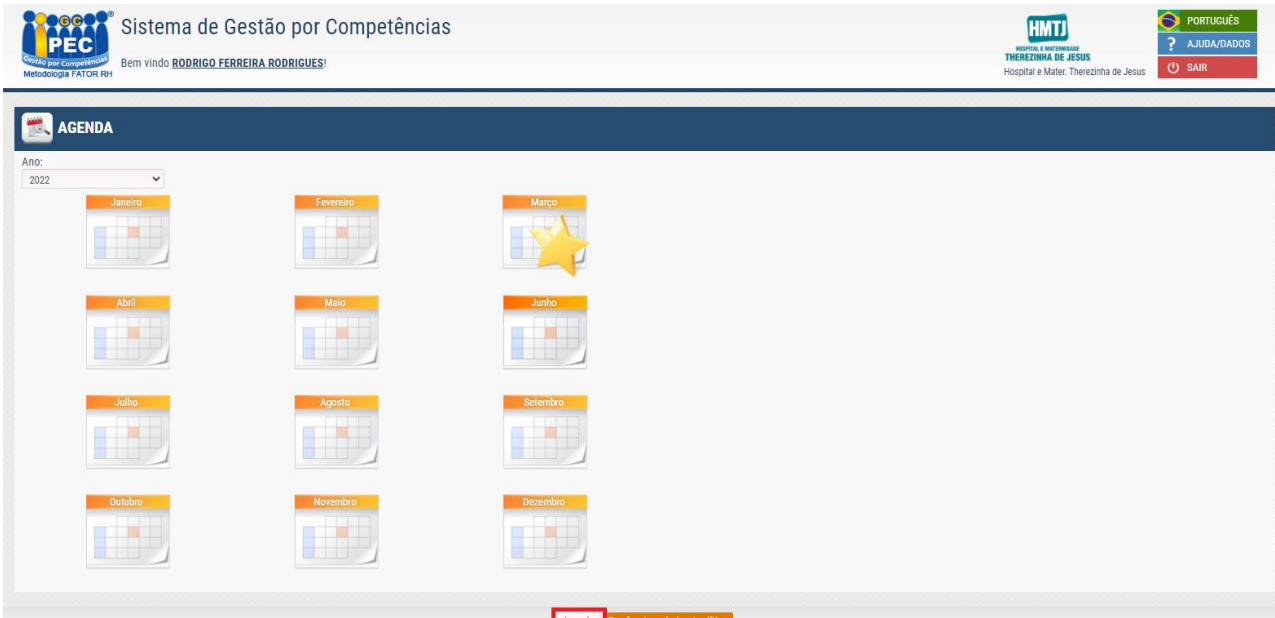
O ícone Tarefas Agendadas permite ao avaliado visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio

Figura XXV

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 |
| | | Data: 14/03/2022 |






Prontuário

No ícone prontuário o avaliado terá a acesso as todas as suas informações.


Meu Prontuário → Clique no ícone prontuário, clique na opção “Meu prontuário”, e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XXVI

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 Data: 14/03/2022 |




Sistema de Gestão por Competências
Bem vindo **RODRIGO FERREIRA RODRIGUES!**



**HOSPITAL E MATERNIDADE
THEREZINHA DE JESUS**
Hospital e Mater. Therezinha de Jesus

PORTUGUÊS
AJUDA/DADOS
SAIR

MEU PRONTUÁRIO

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Número de registro 0003879 | Nome RODRIGO FERREIRA RODRIGUES | PEC - ✓ 25/08/2021 TRAINEE / GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS / HMTJ (JUIZ DE FORA/ MG) |
| Data de admissão 12/09/2019 | Superior ERIKA REZENDE DA SILVA DOS SANTOS TOSTA | Escolaridade Superior Completo |
| Data de nascimento 05/06/1991 | Telefone 3221 33031 | Celular 32991 359202 |
| | | Email  |

Experiência Avaliação Desempenho Planos de Ação Matriz Performance Feedbacks Comentários PEC's Afastamentos Treinamentos

Avaliação: 1ª avaliação (45 dias) 2ª avaliação (90 dias)

Data:

Status:

Avaliador:

Nota Final:

Justificativa:

Aceite da Política de privacidade de dados

| | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| <small>VERSÃO</small> | <small>VIGENTE A PARTIR DE</small> | <small>ACEITE</small> | <small>DATA/HORA DO ACEITE</small> |
| 1 | 22/02/2021 | Sim | 24/02/2021 17:25:04 |

Nota⁹ Os processos relativos a consulta e registro de feedback, comentários e planos de ação, também podem ser feitos por meio do aplicativo "GCPEC" disponível nas plataformas Android e iOS.


1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

- I. **Avaliação de Desempenho por Competências (Anual) - Meta: 80%** - dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria) / Ruim.
- II. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas (Mensal) - Meta: 80%** - nos processos descritos pelo indicador.
- III. **Avaliação de experiência dos colaboradores - Meta 100%** - dos profissionais avaliados no período correto.
- IV. **Cumprimento dos Planos de ação - Meta 100%** - dos planos de ações dos colaboradores cumpridos.

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

- I. Não realização da avaliação no período de experiência** → Caso a liderança imediata não realize a avaliação de experiência do colaborador, cabe a mesma a realização de 4 feedbacks (1 para cada competência essencial), afim de apresentar um retorno ao colaborador sobre seu desempenho nas competências essenciais para o desempenho de sua função.
- II. Não realização da avaliação de desempenho anual** → Somente é permitido prorrogar uma avaliação de desempenho uma vez e por 30 dias. Se o consenso não foi concluído e o período se encerrou, todas as avaliações serão excluídas do sistema e o RH programará uma nova data para que o Avaliador e "Avaliado" façam novamente todo o processo de avaliação.
- III. Não cumprimento do plano de ação no prazo** → Para acompanhamento dos planos de ação, o gestor poderá controlar por meio do ícone Plano de ação ou em feedbacks. O RH realiza o controle do cumprimento dos planos de ações, após vencidos os mesmos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado. **Observação:** Caso o plano de ação vença, cabe a liderança direta a criação de um feedback ou de elogio ou de orientação, dependendo do desempenho, tendo como fato ocorrido, a descrição do plano de ação e o compromisso assumido a descrição dos fatos para acompanhamento.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que surgirem atualizações nos processos da plataforma GCPEC que impactem os usuários.


V. Siglas e Definições

DP - Departamento pessoal

GCPEC - Sistema de gestão por Competências

PDI - Planos de Desenvolvimento Individuais

PEC - Perfil Estruturado por Competências

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  <small>HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</small> | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos de gestão por competência GCPEC | | | |
| Responsável: Lideranças | Código: PRS HMTJ 263 | Revisão: 02 | Data: 14/03/2022 |

RH - Recursos humanos

VI. Anexos

Manual de avaliação avaliador e avaliado

Guia rápido de acesso GCPEC

VII. Referências

Manual de gestão por competências para líderes.

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

Título: Processos do Departamento De Pessoal**Responsável:** Gestores e Coordenadores dos setores**Código:** PRS HMTJ 233**Revisão:** 01**Data:** 06/04/2022

I. Objetivos

Disseminar o processo do Departamento De Pessoal, melhorar o desempenho dos processos internos que serão abordados abaixo e desenvolver estratégias para alinhar junto às unidades aos objetivos da organização.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

1. DESCRIÇÃO

1.1. O Departamento De Pessoal é parte integrante de uma estrutura organizacional de todas as empresas. Um setor que lida, exclusivamente, com todos os processos burocráticos no que diz respeito aos funcionários, onde suas principais responsabilidades são: contratação, administração do cadastro, desligamentos, férias, concessão de licenças, afastamento médico, 13º salário, folha de pagamento entre outros.

1.2. Cuida exclusivamente, neste caso, de números e arquivos. O D.P é o “Departamento responsável pela administração de todos os procedimentos que envolvam os empregados, por fazer cumprir a legislação trabalhista e, de certa maneira, o setor que serve como termômetro em uma escala inversamente proporcional para o setor jurídico. Ou seja, quanto melhor definido os processos dentro do Departamento De Pessoal, menor o número de processos impostos pelos ex-funcionários.

1.3. Sendo assim, este setor traz a organização, uma economia em suas despesas. Em geral, é o setor que administra 60% do custo total da empresa. Com a complexidade da legislação, é necessário que os funcionários de tal departamento, estejam sempre atualizados e informados sobre assuntos que envolvam este setor, como, por exemplo, admissão e desligamento, sendo um dos assuntos mais simples, ou até mesmo em assuntos mais complexos, para que a rotina do departamento seja executada corretamente.

1.4. O Departamento De Pessoal, em regra, é dividido em três macros processos: Admissão, Direitos Trabalhistas e Desligamento. O processo de Admissão tem por função efetuar o registro de acordo com as

Título: Processos do Departamento De Pessoal

Responsável: Gestores e Coordenadores dos setores

Código: PRS HMTJ 233

Revisão: 01

Data: 06/04/2022

conformidades da legislação do trabalho. Hoje, na OSS HMTJ, por decisão da direção atual o processo admissional é conduzido pelo RH, sendo o DP responsável pelo arquivamento e atualização dos dossiês.

1.5. O Direito Trabalhista constitui por toda a parte que envolve os direitos do trabalhador e os deveres da empresa, desde a sua integração. Controla todo o fluxo de frequência, as médias de férias, a proporcionalidade do 13º salário, as médias dos adicionais noturnos, insalubridades, periculosidades, os benefícios, as rescisões, os envios das informações trabalhistas para o Governo Federal além dos pagamentos de taxas, impostos e contribuições.


1.6. O processo rescisório cuida de toda atividade relativa aos desligamentos e rescisão do contrato de trabalho dos funcionários. Além de ser responsável por todos os direitos trabalhistas junto aos sindicatos e das leis previstas na CLT, Portarias, Medidas Provisórias e jurisprudências dos Tribunais Superiores. Sendo assim, vemos claramente a importância em se ter a implantação do Departamento De Pessoal nas organizações, pelo fato de agilizar os processos burocráticos internos na relação entre empregado e empregador, mantendo essa relação trabalhista de acordo com todas as leis vigentes, direcionando a organização ao alcance de todas as exigências impostas a ela.

2. ADMISSÃO

Toda admissão deve ser feita de 01 a 20 de cada mês pelo RH.

3. CONTROLE DE PRESENÇA

Todos os colaboradores devem ter sua frequência ao trabalho registrado através do ponto biométrico ou folha manual para casos **extraordinários**. O ponto deve ser registrado pelo próprio funcionário, onde deve ser registrado no início do expediente, início e final de intervalo para almoço/janta, e final no expediente. A ausência de marcação no ponto sem justificativa implicará no salário, sendo considerada falta ao trabalho, desconto em folha de pagamento e advertência por escrito. Em caso de troca ou substituição, o ponto deverá ser registrado normalmente pelo colaborador que estará trabalhando e a solicitação de troca ser previamente solicitada à chefia imediata através do FLUIG e enviado ao D.P no prazo de 48h de antecedência. **O período de apuração do ponto vai do dia 01 ao dia 30**, onde neste período são apuradas as faltas justificadas e injustificadas, atrasos, trocas, extras, adicionais e substituições que serão lançados em folha. Todo ajuste de marcação será inicialmente tratado pela **chefia imediata** dentro do período pré-estabelecido, e **impreterivelmente liberado ao DP até o dia 1º do mês subsequente**. Caso o colaborador tenha algum problema em sua biometria, impossibilitando sua marcação de ponto no relógio biométrico, o mesmo deverá apresentar no D.P um laudo médico dermatológico onde conste sua impossibilidade na marcação da biometria. Neste caso o ponto, todavia, será registrado através de **Folha de Ponto Manual** e ao final do período, o mesmo deverá ser entregue no D.P devidamente preenchido e assinado pelo colaborador e seu coordenador. A ausência de entrega da Folha de Ponto Manual no D.P ao

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos do Departamento De Pessoal | | | |
| Responsável: Gestores e Coordenadores dos setores | Código: PRS HMTJ 233 | Revisão: 01 | Data: 06/04/2022 |

final do período ou com preenchimento incorreto, implicará no salário sendo considerada falta ao trabalho e gerando desconto em folha de pagamento.

4. BENEFÍCIOS

A compra do VT, VA e VR será efetuada no máximo até o dia 22 de cada mês porque os benefícios deverão estar disponíveis até o dia 1º de cada mês. A empresa concede o benefício do vale transporte ao funcionário para locomoção entre residência x trabalho x residência, somente. O funcionário optante pelo recebimento do benefício participará dos gastos de seu deslocamento com desconto em seu salário no percentual de 6%. O vale transporte é concedido ao funcionário que optar pelo recebimento através do preenchimento do documento de opção de transporte fornecido pelo RH na admissão ou, em qualquer momento posterior, no D.P. Sua disponibilização é feita através do cartão magnético e seu uso é **pessoal e intransferível**. Observando que o uso indevido poderá acarretar penalidade conforme legislação. O uso e conservação do cartão é responsabilidade de cada um. E sua inteira responsabilidade locomover-se para residência X trabalho X residência, apenas. Em caso de ausência do cartão por perda, roubo ou avaria o funcionário deverá solicitar outro cartão no D.P. A 1ª via o cartão não tem custo algum para o colaborador, já a emissão da 2ª via em diante tem um custo de aproximadamente R\$ 27,00 a depender de cada região. Sendo descontado de seu salário na folha de pagamento do mês seguinte.

O Vale Alimentação e o Vale Refeição são comprados e fornecidos nos mesmos moldes do VT, nas mesmas datas citadas acima e somente para as regiões onde existem acordos coletivos ou convenções coletivas que os regule e delimite os valores a serem pagos. Nesses casos não existe desconto na folha de pagamento para o fornecimento do benefício e também não são considerados como cálculo ou médias salariais.


Os benefícios são disponibilizados no cartão magnético do colaborador até o 1º dia útil do mês.

5. FOLHA DE PAGAMENTO

O pagamento de salário é feito mensalmente até o 5º dia útil do mês.

6. FÉRIAS

O Departamento De Pessoal central envia às coordenações a provisão anual de férias dos funcionários informando a data inicial e a data limite de gozo de férias. As coordenações fazem toda a programação anual de férias da sua equipe e envia, através do FLUIG, para o Departamento De Pessoal central até o dia 20 do mês de dezembro do ano anterior. Caso haja alguma alteração de programação das férias ao longo do ano, o coordenador responsável deverá enviar até o dia 10 do mês anterior. Isso se faz necessário porque o Aviso de Férias deve ser assinado com 30 dias que antecede o início do gozo. Antes de autorizadas as férias, no próprio sistema FLUIG, é verificada pendências com o SESMT que analisa junto ao setor se o ASO e o cartão de vacinação estão em dia, etc. Caso tenha alguma pendência, o funcionário

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Processos do Departamento De Pessoal | | | |
| Responsável: Gestores e Coordenadores dos setores | Código: PRS HMTJ 233 | Revisão: 01 | Data: 06/04/2022 |

terá 48 horas para resolvê-la, caso contrário, às férias estarão suspensas. Com a listagem final de férias liberadas, o Departamento De Pessoal cadastra as férias no Sistema RM, emite o Recibo e Aviso das férias para que o funcionário as assine com 30 dias de antecedência. Emitirá também o líquido de férias e arquivo bancário para o financeiro.

Prazo para pagamento de férias: 02 dias antes do início do gozo.

7. DESLIGAMENTOS

7.1. Pedido de Demissão: O colaborador comparece ao D.P da unidade, faz uma carta escrita a próprio punho informando que à partir daquela data está solicitando o desligamento da empresa e opta por cumprir ou não o aviso prévio. O D.P da unidade envia as informações, via FLUIG, sobre o detalhamento da demissão para a CSC JF e a carta original é arquivada dentro da documentação do colaborador desligado na unidade. Após o cálculo da rescisão, a CSC JF envia os documentos pertinentes à rescisão, via FLUIG, para o D.P da unidade solicitante. Os mesmos serão impressos, carimbados, assinados e homologados em sindicato ou no próprio D.P, dependendo do caso. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

7.2. Dispensa por Iniciativa do Empregador: As demissões por iniciativa da empresa devem ser solicitadas a CSC JF através do FLUIG para saber se há possibilidade financeira e estratégica. Sendo aprovada e após ter sido comunicado da demissão, o colaborador comparece ao D.P da unidade para ser orientado em relação ao cumprimento do aviso e prazos. É feito a marcação de exame demissional, devolução de uniforme e crachá. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

Título: Processos do Departamento De Pessoal**Responsável:** Gestores e Coordenadores dos setores**Código:** PRS HMTJ 233**Revisão:** 01**Data:** 06/04/2022

V. Siglas e Definições

CSC JF – Central de Serviços Compartilhados de Juiz de Fora

CTPS – Carteira de Trabalho Previdência Social

TRCT – Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho

DP – Departamento Pessoal MP – Movimentação de Pessoal

RH – Recursos Humanos

TRCT – Termo Rescisório de Contrato de Trabalho

VT – Vale Transporte

VA – Vale Alimentação

VR – Vale Refeição

OSS HMTJ – Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

FLUIG – Sistema interno usado pela instituição

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

Título: Ponto Biométrico**Responsável:** Todos os setores**Código:** PRS HMTJ 235**Revisão:** 01**Data:** 06/04/2022

I. Objetivos

Controlar de forma eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade


O registro eletrônico do ponto tem por finalidade controlar de forma mais funcional e eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição, conforme legislação, Acordo ou Convenção Coletiva. A precisão destas informações possibilita a elaboração da folha de pagamento.

O registrador do ponto eletrônico tem como principais requisitos:

- a. Finalidade exclusiva e intransferível em registrar a marcação do ponto pelo funcionário;
- b. Possuir memória das marcações de ponto que não possa ser alterada ou apagada;
- c. Emitir comprovante a cada marcação efetuada pelo funcionário;
- d. Não possuir mecanismo que permita marcações automáticas ou restrições às marcações;
- e. Registrar as entradas e saídas dos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição;
- f. Cumprir a legislação do MTE.

O funcionário tem a obrigatoriedade de realizar 04 marcações por plantão/dia no relógio biométrico: (1) Início do Trabalho; (2) Saída para o Intervalo; (3) Retorno do Intervalo; (4) Saída do Trabalho.

- A tolerância diária é de até 10 (dez) minutos conforme legislação. Ou seja, 05 (cinco) minutos antes e 05 (cinco) minutos após o horário normal de trabalho do funcionário. Ressaltando que o funcionário deverá respeitar o intervalo intra jornada não podendo realizar descanso menor do que o estabelecido.

| | | | |
|---|-----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  | |
| PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS | | | |
| Título: Ponto Biométrico | | | |
| Responsável: Todos os setores | Código: PRS HMTJ 235 | Revisão: 01 | Data: 06/04/2022 |

Intra jornada - são as pausas dentro da jornada diária de trabalho para o repouso e alimentação do trabalhador.

I – Em qualquer trabalho contínuo cuja duração ultrapasse 06 horas é obrigatória a concessão de intervalo de no mínimo 30 (trinta) minutos e no máximo 02 (duas) horas.

II – Não excedendo 06 horas será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos quando a duração ultrapassar 04 horas.

Inter jornada – é o período de descanso devido ao empregado em razão do trabalho realizado entre um dia e o outro dia. CLT art. 66 – Entre 02 (duas) jornadas de trabalho deve haver um período mínimo de 11 (onze) horas consecutivas de descanso.

A OSS HMTJ estabelece o intervalo de 01 (uma) hora para descanso e refeição

- A ausência de qualquer uma das 04 marcações constitui falta grave restando a chefia imediata o dever de aplicar medidas disciplinares cabíveis como advertência escrita e/ou suspensão de acordo com a rotina já estabelecida e difundida na Instituição (lembrando: 03 Advertências - 02 Suspensões – 01 Justa Causa).

A ausência de marcação para fins de advertência/suspensão será avaliada por dia:

Ex1. O funcionário deixou de realizar a marcação quando retornou do intervalo e nesse dia teve o total de apenas 03 marcações;

Ex2. O funcionário deixou de realizar a marcação na entrada do trabalho, no retorno do intervalo e na saída do trabalho, tendo nesse dia o total de apenas 01 marcação.

Tanto no exemplo 01 quanto no exemplo 02 o número de advertência para ambos será o mesmo, ou seja, 01 única advertência para cada funcionário, porque o número de ausência de marcação no dia é indiferente. O que vai contar na quantidade de advertência/suspensão a ser aplicada são os dias que não tiveram as marcações corretas e não a quantidade de batida.

Portanto, o correto a ser aplicado:

Ex1. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 03 dias que ele não marcou qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências.

Ex2. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 04 dias que ele deixou de marcar qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências e 01 suspensão de imediato.

Título: Ponto Biométrico

Responsável: Todos os setores

Código: PRS HMTJ 235

Revisão: 01

Data: 06/04/2022

Por isso que é importante que as marcações sejam tratadas e avaliadas semanalmente pela liderança até o dia 27 de cada mês. E nos dias 28/29/30 que seja tratado diariamente, pois no dia 1º o Departamento De Pessoal precisará iniciar o processo da folha de pagamento. Em regra, para os demais casos as advertências/suspensões são aplicadas de imediato por orientação do jurídico. Especificamente para o Ponto Eletrônico por entender que o tratamento em sua maioria é semanal, as advertências/suspensões serão aplicadas imediatamente após a verificação, pela chefia, tendo seu efeito retroativo válido.

- A validação das marcações pelos gestores e aplicação da advertência/suspensão deverá ser semanal.
- O funcionário tem o dever de registrar o ponto uniformizado.
- É proibido o trabalho dentro da unidade sem a devida marcação no ponto biométrico.
- É proibido iniciar a alimentação no refeitório sem registrar a segunda batida do dia.
- É proibido realizar horas extraordinárias (para os administrativos e assistenciais não médicos) sem a devida autorização prévia, através do FLUIG, pelo diretor da unidade.
- Em nenhuma hipótese o chefe de equipe poderá obrigar o funcionário a registrar o ponto de saída e retornar ao trabalho.
- É vedada a compensação de horas extras pela chefia sem a prévia autorização da Instituição.
- O banco de horas só pode ser utilizado quando integrado de forma automatizada. Não pode cada chefia utilizar planilhas avulsas para fazer a compensação dentro do RM. Existem regras a serem estabelecidas antes de iniciar qualquer tipo de compensação.
- **Nas unidades que existirem banco de horas poderá ser realizado**

Título: Ponto Biométrico

Responsável: Todos os setores

Código: PRS HMTJ 235

Revisão: 01

Data: 06/04/2022

As faltas justificadas são aquelas em que o trabalhador pode deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo no salário. Para isso é necessário a comprovação da ausência no SESMT, no prazo de até 48 horas após o fato ocorrido. São consideradas:

| Código | Descrição | Disponível no RM Portal |
|--------|------------------------------|-------------------------|
| 01 | ATESTADO MEDICO | ✓ |
| 02 | ATESTADO DE OBITO | ✓ |
| 03 | DOAÇÃO DE SANGUE | ✓ |
| 04 | AFASTAMENTO SERVIÇO MILITAR | ✓ |
| 05 | ABONO COMP. JUIZO | ✓ |
| 06 | ABONO EMP. SINDICAL | ✓ |
| 07 | ABONO VESTIBULAR | ✓ |
| 08 | SAIDA POS GRADUAÇÃO | ✓ |
| 09 | CONCURSO PUBLICO | ✓ |
| 10 | FOLGA ACORDO COLETIVO | ✓ |
| 11 | RETORNO FERIAS | ✓ |
| 12 | LICENÇA AMAMENT/RED. JORN... | ✓ |
| 13 | CONGRESSO | ✓ |
| 14 | LICENÇA CASAMENTO | ✓ |
| 15 | LICENÇA ELEITORAL | ✓ |
| 16 | REDUÇÃO. JORN. AVISO PRÉVIO | ✓ |
| 17 | LICENÇA PATERNIDADE | ✓ |
| 23 | TROCA DE HORARIO | ✓ |
| 25 | TROCA DE PLANTAO | ✓ |
| 27 | REUNIÃO EXTERNA | ✓ |
| 28 | PONTO MANUAL | ✓ |
| 29 | CURSO JOVEM APRENDIZ | ✓ |
| 30 | DECLARAÇÃO DE COMPARECI... | ✓ |
| 31 | SUSPENSÃO | ✓ |
| 32 | COMPENSAÇÃO BANCO DE HO... | ✓ |

As faltas **NÃO** justificadas, ou seja, aquelas descontadas em folha de pagamento que influenciam no período de gozo das férias. Serão consideradas as faltas injustificadas ocorridas no período aquisitivo de férias do colaborador, observado a tabela abaixo conforme as faltas no período:

| Dias de gozo de férias | Faltas injustificadas no periodo aquisitivo |
|------------------------|---|
| 30 dias | Até 5 faltas |
| 24 dias | De 6 a 14 faltas |
| 18 dias | De 15 a 23 faltas |
| 12 dias | De 24 a 32 faltas |

Título: Ponto Biométrico

Responsável: Todos os setores

Código: PRS HMTJ 235

Revisão: 01

Data: 06/04/2022

O colaborador que faltar sem justificativa por mais de 32 dias dentro de período aquisitivo perderá o direito de gozo de férias conforme legislação trabalhista.

- Qualquer mudança de horário deverá ser comunicada ao D.P, através do FLUIG, com o prazo de no mínimo 24h anterior a solicitação para as devidas alterações. Sendo necessário informar a data da mudança e o novo horário a ser realizado. Aqueles funcionários que solicitarem a mudança de horário por interesse próprio recomenda-se que seja solicitado por escrito a chefia da unidade, desde que tal solicitação atenda a demanda da Instituição.
- O tratamento do ponto é realizado pelas chefias no programa de automação de ponto RM TOTVS.
- O período do ponto é do dia 01 ao dia 30 do mês.
- Só é permitida até 02 (duas) trocas dentro do mesmo período através de formulário próprio no FLUIG. Lembrando que esse não constitui um direito adquirido do funcionário. Fica a cargo da chefia autorizar e conceder as trocas levando sempre em consideração a conduta profissional do empregado na instituição. Podendo negá-las a qualquer momento através de justificativa plausível ao funcionário.
- Para a conferência do ponto inicia-se acertando as batidas para verificar se os funcionários possuem:
 - a) Falta de marcação por esquecimento;
 - b) Atrasos;
 - c). Realizar horário de descanso inferior ao estabelecido pela sua jornada de trabalho;
 - d) Mais de duas trocas de plantão dentro do período. Conforme treinamento realizado.

V. Siglas e Definições

D.P – Departamento de Pessoal

FLUIG – Sistema de Gestão Interno

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

RM TOTVS – Sistema de Conferência do ponto

SESMT - Segurança e medicina do Trabalho

OSSHMTJ – Organização Social de saúde Hospital e maternidade Therezinha de Jesus

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
HEMODINÂMICA ESCALA MENSAL - 01/07/2023 a 31/07/2023


| FUNCIONÁRIO | HORÁRIO | SITUAÇÃO | DIARISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|
| | | | SÁB | DOM | SEG | TER | QUA | QUI | SEX | SÁB | DOM | SEG | TER | QUA | QUI | SEX | SÁB | DOM | SEG | TER | QUA | QUI | SEX | SÁB | DOM | SEG | TER | QUA | QUI | SEX | SÁB | DOM | | | | |
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | |
| ANA CAROLINA SENRA VIDAL PAULA - COREN 521164 - COORDENADOR | 08h às 16h | Ativo | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F |
| IZABELA BRASIL TEIXEIRA - COREN 370559 - ENFERMEIRO | 07h às 16h | Ativo | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F |
| VERA LUCIA MOREIRA PEREIRA - COREN 76714 - TÊC. ENF. | 08h às 18h | Ativo | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F |
| THALITA RIBEIRO D AVILA - COREN 884007 - TÊC. ENF. | . | Férias | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr | Fr |
| VALDILENE DA SILVA GENEVAIN - COREN 242949 - TÊC. ENF. | 12h45 às 18h | Ativo | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F |
| ROSANGELA CORREA SENRA VIEIRA - ASS. ADMINISTRATIVO | 08h às 17h | Férias | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | F | F |
| BRUNA MENDES DA SILVA - COREN 774044 - TÊC. ENF. | | INSS | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |

Observação:

ESCALA SUJEITA A ALTERAÇÕES

F: FOLGA P: PLANTÃO DE 12 HORAS D: DIARISTA A: ATESTADO/INSS/LICENÇA MATERNIDADE Fr: FÉRIAS

Responsável Técnico: Enfermeiro Fernando Cordeiro Ribeiro

| | | | |
|--|----------------------------|---|-------------------------|
| HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | |  | |
| PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP | | | |
| Título: Montagem de Escala de Trabalho Mensal | | | |
| Responsável: Coordenador de Recepção, Supervisor de recepção | Código: POP RCP 038 | Revisão: 06 | Data: 07/12/2022 |

I. Objetivos

Provisionar escala de trabalho de acordo com habilidades necessárias de cada colaborador, visando atender cobertura de férias e necessidades de trabalho do setor.

II. Materiais

Computador, planilha de Excel

III. Descrição dos passos da atividade

Logo após entrega do provisionamento de férias entregue no Departamento de Pessoal, montar escala de trabalho dos colaboradores:

1. Montar a escala descrevendo o nome dos colaboradores e respeitando seu contrato de trabalho, se plantonista ou diarista. **Lembrando que os colaboradores para serem mudados de horário deverá ser respeitado se o mesmo possui outro vínculo empregatício.**

2. Toda mudança de horário de trabalho que ocorrer, avisar o colaborador com antecedência ou tempo hábil para sua programação. Caso envolva mudança de sua escala (plantonista para diarista ou diarista para plantonista), comunicar ao RH antes do dia 10 ou antes do dia 20 de cada mês no caso de complementação.

IV. Siglas e Definições

Escala de trabalho: A escala de trabalho é a forma que a empresa organiza seu fluxo de trabalho para se tornar mais produtiva. Ele varia conforme o tipo de atividade e as determinações de cada sindicato relacionado. É preciso escolher se os sábados serão trabalhados ou não, quantas horas diárias serão necessárias e de quanto em quanto tempo cada colaborador tem intervalos, folgas e férias. Obviamente, cada empresa e equipe tem formas específicas de trabalho e precisam encontrar a melhor maneira de definir os horários de entrada e saída das funções. Não há fórmula pronta. Porém se for contratar alguém com carteira assinada, é preciso que a legislação seja cumprida. Assim, é necessário balancear o que exige a lei com as necessidades da empresa e, principalmente, com a maneira em que a pessoa empregada terá seu melhor desempenho.

Todo dia

Segundo as normas da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), algumas **regras** básicas devem ser seguidas:

- O tempo máximo de uma jornada diária de trabalho é de 12 horas. Contudo, é necessário um período de folga de 36 horas ininterruptas após o tempo dedicado ao trabalho;
- Quando a jornada for entre 04 horas e 06 horas, é obrigatório que, no mínimo, 15 minutos de intervalo sejam concedidos. Nos casos de horários noturnos como a hora é reduzida, dever ser verificada com Departamento de Pessoal o horário de trabalho;
- Quando a jornada for maior do que 06 horas, tendo o limite em 8 horas, é necessário que haja um período de intervalo de 1 hora ou mais;

Todo período (semanal, quinzenal, mensal...) além disso, fora a escala diária de horários para entradas e saídas, é preciso organizar adequadamente a escala de trabalho semanal ou mensal. Nesse âmbito, algumas regras fundamentais – também baseadas em lei – devem ser seguidas: A cada 6 dias de trabalho é

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

Título: Montagem de Escala de Trabalho Mensal

Responsável: Coordenador de Recepção,
Supervisor de recepção

Código: POP RCP 038

Revisão: 06

Data: 07/12/2022

obrigatório que haja 1 dia de folga. É possível fazer variações disso, onde se trabalham 5 ou 4 dias e folgam-se 1 ou 2 dias. Contudo, em alguns casos, é necessário que haja acordo coletivo e também sindical; é obrigatório que a cada, no máximo 7 semanas, haja um domingo como dia de folga. Sendo que isso, para mulheres, salvo regulamentação específica, é de 15 dias. Ou seja, a cada 15 dias, uma folga deve ser no domingo; legalmente, o limite máximo de 44hs semanais deve ser respeitado. Contudo, variações com menos tempo – 40 h, 32 h, etc. – são possíveis.

Observe atentamente as obrigatoriedades a serem cumpridas quando há Convenção Coletiva de Categoria ou Classe, seja intermediado por sindicato ou em assembleia. Em muitos casos, essas obrigatoriedades têm força de lei ou podem gerar multas e desacordos caros aos resultados do empreendimento.

V. Anexos

Anexo I – Escala de trabalho da Recepção

| HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS | | | | | | RECEPÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---------------------|----------|----------------|----------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
| Título: Escala de Trabalho | | | | | | Período: De 01 a 30/09/17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dia da semana | | Jornada de Trabalho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefonia | Cargo | Admissão | Chapa | Diarista | Descanso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | | |
| Adriana Maria Costa Lamas | Recepcionista | 31/01/2009 | 1599 | 07:00/13:15 h | De 12 às 12:15 | M | F | F | M | M | M | F | M | M | F | M | M | M | M | M | M | M | F | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | | | | |
| Claudineia Fonseca Faria Viana | Recepcionista | 16/03/2017 | 3325 | 12:00/18:15 h | De 16 às 16:15 | T | M | F | T | T | T | F | T | F | M | T | T | T | T | F | M | T | T | T | T | F | M | T | T | T | F | M | T | T | T | F | T | | | | | |
| Lilian Ribeiro Resende | Recepcionista | 11/04/2017 | 3351 | 17:00/23:00 h | De 20 às 20:15 | T | T | F | T | T | T | T | T | T | F | T | F | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | F | T | | | |
| Sábado (07:00/13:15 horas e 13:15/19:30 horas) e domingo (07:00/13:15 horas): revezamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recepção Principal | | Cargo | Admissão | Chapa | Diarista | Descanso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maria Clara Lisboa Alvim | Recepcionista | 18/01/2017 | 3303 | 06:30/16:30 h | De 12 às 13 h | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | F | D | | | |
| Luciana do Carmo Silva | Recepcionista | 12/04/2017 | 3355 | 09:00 às 19:00 | De 12 às 14 h | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D | | |
| Sexta-feira (Maria Clara Lisboa Alvim): 06:30 às 15:30 h/ Sexta-feira (Luciana do Carmo Silva) 09:00 às 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gerenciamento de Leitos (Administrativo) | | Cargo | Admissão | Chapa | Diarista | Descanso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Débora Fátima Oliveira Egidio | Recepcionista | 17/11/2014 | 2905 | 09:00 às 19:00 | De 11 às 12 h | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D | | |
| Joana Felix Dias Soares | Recepcionista | 03/03/2015 | 2960 | 06:30/16:30 h | De 11 às 12 h | D | F | F | D | D | D | F | F | F | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D | |
| Sexta-feira (Joana Felix Dias Soares): 06:30 às 15:30 h/ Sexta-feira (Débora Fátima Oliveira Egidio) 09:00 às 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arquivo Ambulatorial | | Cargo | Admissão | Chapa | Diarista | Descanso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frederico Mitterhofer | Recepcionista | 18/03/2016 | 3154 | 07:00/17:00 h | De 11 às 12 h | D | F | F | D | D | D | F | F | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D | | |
| Sexta-feira (Frederico Mitterhofer): 07:00 às 16:00 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recepção dos Consultórios | | Cargo | Admissão | Chapa | Diarista | Descanso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tamara Talita da Silva | Recepcionista | 03/09/2015 | 3063 | 06:30/16:30 h | De 11 às 12 h | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D | |
| Greicyane Vitória Davi | Recepcionista | 03/03/2015 | 2981 | 06:30/16:30 h | De 12 às 13 h | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D |
| Camila de Souza Lopes | Recepcionista | 24/11/2015 | 3448 | 09:00 às 19:00 | De 11 às 12 h | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D |
| Sexta-feira (Tamara Talita da Silva e Greicyane Vitória Davi): 06:30 às 15:30 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recepção da Clínica | | Cargo | Admissão | Chapa | Diarista | Descanso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carla de Oliveira Lima | Recepcionista | 02/08/2016 | 3203 | 08:00/18:00 h | De 16 às 17 h | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D | |
| (Ludmila Santos Silva Ribeiro e Carla de Oliveira Lima): 08:00 às 17:00 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recepção da Ginecologia | | Cargo | Admissão | Chapa | Diarista | Descanso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Laisa Mara Luiz Teixeira | Recepcionista | 14/09/2016 | 3223 | 07:00/17:00 h | De 11:30 às | D | F | F | D | D | D | F | D | F | D | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D | |
| Ludmila Santos Silva Ribeiro | Recepcionista | 22/06/2015 | 3033 | 08:00/18:00 h | De 12 às 13 h | D | F | F | D | D | D | F | F | F | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | F | F | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | F | D |

VI. Referências

N.A



10.1.2: FA. 2 – ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE TECNICA

METODOLOGIA DE PROJETOS

Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.

PLANO DE AÇÃO

| | |
|---------------------|---|
| RESPONSÁVEL: | Kleiton Oliveira Vianelo |
| ÁREA: | Recursos Humanos |
| OBJETIVO: | Organizar processo de Gestão de Pessoas na unidade licitada |
| PRAZO FINAL: | Operacionalização para atuação/ implantação estabelecida conforme assinatura no contrato de prestação de serviços |

CRONOGRAMA DOS PROCESSOS DE GESTÃO DE PESSOAS PARA IMPLANTAÇÃO

| O QUÊ ? (What) | QUEM ? (Who) | ONDE ? (Where) | COMO? (How) | POR QUÊ? (Why) | QUANTO? (How Much) | QUANDO? (When) |
|--------------------------------------|----------------------------|---|---|--|-----------------------|-------------------|
| Implantar Gestão de Recursos Humanos | Equipe de Recursos Humanos | Hospital Estadual de Urgências de Goiás – Dr. Valdemiro Cruz – HUGO Goiânia - GO | 1 - Divulgar em jornal local e site OSSHMTJ as vagas para cadastro | Possibilitar a toda população, participação em processo seletivo da OSSHMTJ | - | 1º mês |
| | | | 2 - Analisar os currículos cadastrados para processo seletivo e convocar os candidatos para processo seletivo | Triar currículos cadastrados para as vagas da unidade de acordo com PEC de cada cargo e convocar candidatos aprovados na triagem para realizarem processo seletivo | - | 1º mês |
| | | | 3 - Realizar Processo seletivo das vagas ociosas ou para composição de quadro técnico funcional conforme proposto e previsto no plano de trabalho | Realização de processo seletivo para encontrar candidatos com perfil estimado no PEC | - | 1º mês |
| | | | 4 - Avaliar documentos necessários para admissão e realizar admissão dos candidatos aprovados | Verificação dos documentos conforme nossa listagem de documentos para admissão, validação das plataformas dos programas governamentais (CNES, E-social) bem como realizar admissão no sistema dos candidatos aprovados | - | 1º e 2º mês |
| | | | 5 - Treinar todos os candidatos admitidos no processo de integração dos novos colaboradores (Normas, políticas, fluxos, serviços, organização dos setores) para início das atividades na unidade | Incorporação dos colaboradores nos conceitos da OSSHMTJ relacionados as políticas institucionais registrando em formulário padrão do RH | - | 2º mês |
| | | | 6 - Realizar treinamentos básicos introdutórios conforme PEC de cada colaborador para capacitação e desenvolvimento de suas funções na unidade no período de experiência para posterior avaliação de desempenho | Capacitação e padronização da performance dos colaboradores admitidos conforme instruções de trabalho na unidade registrando em formulário padrão do RH | - | 2º mês |
| | | | 7 - Realizar avaliação de desempenho no 1º período de experiência - 45 dias de todos os colaboradores | Verificação das competências esperadas para cada função de acordo com a avaliação do primeiro período de experiência | - | 1º e 2º mês |
| | | | 8 - Realizar avaliação de desempenho no 2º período de experiência - 90 dias de todos os colaboradores | Verificação das competências esperadas para cada função de acordo com a avaliação do segundo período de experiência | - | 2º e 3º mês |
| | | | 9 - Confeccionar Levantamento de Necessidade de Treinamento e Desenvolvimento de cada da unidade | Programação de treinamento ao longo da vigência do contrato na unidade para desenvolvimentos profissional dos colaboradores | - | 3º mês |
| | | | 10 - Realizar avaliação de desempenho por competência Global das lideranças que tenham mais de 06 meses na instituição | Verificação das competências esperadas para cada líder de acordo com a PEC e por meio da avaliação de desempenho ao qual deverá ser feita criação dos planos de ação para desenvolvimento dos gestores | - | 6º mês |
| | | | 11 - Aplicar pesquisa de clima organizacional na unidade | Verificação das variáveis corporativas para avaliação e identificação das oportunidades de melhorias na unidade por meio da visão dos colaboradores | - | 12º mês |
| | | | 12 - Realizar avaliação de desempenho por competência Global de todos os colaboradores que tenham mais de 01 ano na instituição | Verificação das competências esperadas para cada função operacional que não exerce papel de liderança por meio da avaliação de desempenho ao qual deverá ser feita criação dos planos de ação para desenvolvimento dos colaboradores | - | 12º mês |
| | | | 13 - Atualizar PEC das funções que compõem quadro técnico funcional da unidade | Atualização e validação do gestor quanto as responsabilidades e atribuições contidas nos PEC's de cada função de acordo com as atividades desenvolvidas por cada cargo | - | 12º mês |

* **Observação:** Cronograma poderá ser alterado em virtude da data de assinatura do contrato para prestação de serviço ou da necessidade de ampliação de umas das etapas deste cronograma

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

| RESPONSÁVEL: | Jefferson Mendonça (Gerente) | | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|--|---|
| ÁREA: | Suprimentos | | | | | |
| OBJETIVO: | Organizar implantação - Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz | | | | | |
| PRAZO FINAL: | 30 dias antes da administração das unidades | | | | | |
| O QUÊ ? (What) | QUEM ? (Who) | ONDE ? (Where) | COMO? (How) | POR QUÊ? (Why) | QUANTO? (How Much) | QUANDO? (When) |
| Implantar Gestão de Suprimentos | Suprimentos | Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz | Treinamentos referente aos processos de compras, para os colaboradores: - Avaliação de fornecedor - Lançamento do consumo - Solicitação de compra TOTVS / Fluig - Acesso aos orçamentos via Fluig | Permitir que através do treinamento das rotinas do setor, a unidade possa seguir os modelos padronizados da OSS, no que tange à Política do Setor de Suprimentos quanto às: Solicitações de compras (via Sistema FLUIG e RM); Avaliação dos Fornecedores; Comunicados de Desempenho dos Fornecedores; Interface dos sistemas; Comunicados de Intercorrência dos Fornecedores; Prestação de Contas; Monitoramento de compras. | - | 15 dias antes da administração das unidades |
| | Suprimentos / Coordenador Administrativo | | Levantamento do pedido de compra referente a todos os insumos necessários para a unidade. | Verificar se o mesmo está de acordo com o orçamento (Base zero) da unidade. | - | 30 dias antes da administração das unidades |
| | Coordenador administrativo | | Gerar no sistema TOTVS a solicitação de compra | | - | |
| | Coordenador administrativo | | Enviar email informando as compras que foram validadas e autorizadas. | | - | |
| | Suprimentos | | Validação dos pedidos de compra. | | - | |
| | Suprimentos | | Efetuar a cotação dos insumos. | Necessário para apresentação da prestação de contas das compras efetuadas. | - | |
| | Suprimentos | | Analisar e efetuar a solicitação de contratos para os itens que for necessário. | Permitir acesso dos responsáveis pelo recebimento, quanto aos itens que estão sendo fechados e assim estando autorizados o recebimento do pedido na unidade. A comunicação aos fornecedores necessária para o faturamento dos produtos adquiridos com o mesmo. | - | |
| | Suprimentos | | Gerar as ordens de compra no sistema e comunicar aos vencedores da cotação. | | - | |
| | Suprimentos | | Disponibilizar as cotações da compra ou a carta de exclusividade para apresentação futura da prestação de contas. | | Necessário para apresentação da prestação de contas das compras efetuadas. | |
| | Suprimentos | | Monitoramento da entrega dos pedidos | Afim de evitar desabastecimento dos produtos pelo atraso na entrega e prejuízo à assistência dos pacientes por falta dos itens. | - | |
| Coordenador administrativo | Avaliação dos fornecedores | Para mensurar o desempenho dos fornecedores tornando possível seu desenvolvimento e seleção conforme interesses da instituição | - | | | |
| Coordenador Administrativo | Definição de data para as solicitações de compras. | Padronização e otimização dos processos para alinhamento do cronograma no setor de compras. | - | 7 dias antes da administração das unidades | | |

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - CONTRATOS

| ÁREA: | Setor de Contratos | | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|---|-----------------------|-------------------|
| EDITAL: | INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023 - SES/GO | | | | | |
| OBJETIVO: | Seleção, Contratação e Monitoramento dos Contratos de Prestação de Serviços | | | | | |
| O QUÊ ? (What) | QUEM ? (Who) | ONDE ? (Where) | COMO? (How) | POR QUÊ? (Why) | QUANTO? (How Much) | QUANDO? (When) |
| Implantar Gestão de Contratos | Representantes do setor de Contratos da OSS HMTJ | HUGO - Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz | 1 - Elaborar o termo de referência para a concorrência e posterior execução dos serviços a serem contratados | Possibilitar que as análises de mercado e cotações dos serviços respeitem o Edital de seleção; o base zero orçado para a unidade e o Regulamento de Compras e Contratações da Instituição. | - | 6 dias |
| | | | 2 - Iniciar as pesquisas de mercado e solicitações de cotação. | Buscar na região empresas qualificadas que apresentem custo benefício compatível com o proposto, além de toda a documentação legal e técnica necessária a prestação dos serviços. | - | 8 dias |
| | | | 3 - Receber e analisar as propostas recebidas. | Verificar se as propostas recebidas atendem ao Termo de Referência (análise qualitativa) e não ultrapassem o base zero (análise orçamentária) | - | 6 dias |
| | | | 4 - Reunião de fechamento com as empresas a serem Contratadas. | Analisar documentação de qualificação das empresas; reunião entre as lideranças da OSS HMTJ com a empresa para alinhamentos pertinentes à <u>execução do Contrato</u> . | - | 6 dias |
| | | | 5 - Visita Técnica | Realizar a visita técnica nos Fornecedores considerados Críticos pela Política de Qualificação de Fornecedores do Setor de Contratos com o corpo técnico da Instituição para validação da contratação dos serviços pela referida empresa Proponente. | | 4 dias |
| | | | 6 - Redigir os Contratos dos prestadores de serviços selecionados. | Elaborar a Minuta de Contrato conforme negociação e direcioná-las ao setor Jurídico da Instituição para cancelamento e posterior assinatura. | - | 14 dias |
| | | | 7 - Assinar os Contratos. | Fidelizar a negociação através de instrumento Contratual. | - | 10 dias |
| | | | 8 - Treinar os colaboradores contratados, pelo RH da Instituição, em relação às rotinas do Setor de Contratos | Permitir que através do treinamento das rotinas do setor, a unidade possa seguir os modelos padronizados da OSS HMTJ, no que tange à Política do Setor de Contratos quanto às: Solicitações de contratação do serviços (via Sistema FLUIG); Avaliação Trimestral dos Fornecedores; Comunicados de Desempenho dos Fornecedores; Relação Mensal de Força de Trabalho; Comunicados de Intercorrência dos Fornecedores; Prestação de Contas; Provisionamento dos Contratos; Prestação de Contas ao Contratante, entre outros. | - | 6 dias |
| | | | | | 60 dias | |

Metodologia de Projetos

Esta Proposta de Trabalho foi descrita seguindo o roteiro do INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023-SES/GO , visando atender os Parâmetros para Julgamento e Classificação das Propostas de Trabalho

Com adequado planejamento, observando os objetivos a alcançar, oportunos cronogramas de execução, com definição das estratégias de implantação, custos estimados e resultados factíveis baseado nas Informações sobre o Hospital de Urgências de Goiás Dr. ValdemiroCruz (HUGO), metas de produção, das obrigações, indicadores de desempenho e indicadores de qualidade e sistemática de avaliação do seu edital de chamamento público para seleção de OSS; assim como também as políticas institucionais, processos, procedimentos e instruções que regem o funcionamento desta entidade.

Buscou-se também atender os preceitos e especificidades da entidade a ser gerida com base nos **seguintes parâmetros:**

Assistência Hospitalar

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

Neste processo estão incluídos:

- ✓ 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 daquele classificado como principal que motivou 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.
- ✓ Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação.

-
- ✓ Serviço de Alimentação e Nutrição, contemplando a produção de refeições e nutrição enteral e parenteral.
 - ✓ Assistência por equipe médica especializada.
 - ✓ Material descartável necessário para os cuidados/ tratamento para as equipes multiprofissionais.
 - ✓ Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes , gestantes e portadores de deficiência.
 - ✓ Sangue e hemoderivados.
 - ✓ Fornecimento de roupas hospitalares.
 - ✓ Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

Atendimento às Urgências

Considerando atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam realizados pelo Serviço de Urgência/Emergência, via demanda espontânea ou encaminhada por meio do SAMU 192.

Atendendo o Acolhimento do Usuário por Classificação de Risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo pré-estabelecido, e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do Programa Nacional de Humanização.

Se a assistência prestada em regime de urgência na Unidade der origem à internação do usuário, não se registrará como um atendimento de Urgência e sim como um atendimento hospitalar.

Atendimento Ambulatorial

Além de consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumpre as atribuições próprias de enfermagem, sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcionar assistência imediata.

Internação Eletiva:

A criação e funcionamento da Central de Regulação de Internações Hospitalares (leitos) obedecem à Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde- SUS, instituída através da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 e trata-se de um mecanismo estratégico para o acesso do usuário doSUS aos serviços especializados disponíveis na rede de atenção à saúde, ratificado na atual política com as Redes de Atenção Saúde, nova diretriz estabelecida e para a qual as Centrais de Regulação devem buscar a articulação necessária entre os pontos de atenção definidos pelos gestores de saúde.

Tem como objetivo regular o acesso aos leitos considerando-se a origem da condição do paciente, se eletiva ou de urgência, sendo importante mecanismo para a garantia da equidade no acesso aos serviços especializados, do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos do sistema estadual, reorganização da oferta de serviços, buscando assim, a melhor alternativa assistencial para a necessidade apresentada.

A unidade terá como parte de sua estrutura um setor específico denominado NIR (Núcleo Interno de Regulação) responsável por gerenciar estes leitos e relacionar-se com os sistemas de Regulação do contratante.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Serão disponibilizados exames e ações de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos usuários atendidos na Unidade.

Os demais procedimentos de imagem deverão ter seus laudos disponíveis ao usuário em até 15 dias e serão encaminhados conforme fluxo pactuado com a Secretaria de Saúde aos destinatários.

Assistência Farmacêutica e Medicamentosa

Visando garantir o uso racional dos medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médico-hospitalares e outros

insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselhos de Farmácia e ANVISA.

O Pronto Socorro conta com uma farmácia de dispensação direta de medicamentos que deverá funcionar todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados 24 horas. O elenco de medicamentos para atendimento à população deve, no mínimo, contemplar a padronização do Estado de Goiás.

Assistência Nutricional e Dietética

O Serviço de Nutrição e Dietética compreende a assistência nutricional, com ênfase no Programa de Terapia Nutricional do Ministério da Saúde. Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor ao consumo final, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

As dietas deverão ser fornecidas aos pacientes internados ou em observação no Pronto Socorro em cinco refeições básicas (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia), de acordo com a prescrição médica nutricional. Aos acompanhantes de crianças e de idosos acima de 65 anos, ou portadores de necessidades especiais, será fornecido minimamente desjejum, almoço e jantar. Aos funcionários serão fornecidos alimentação conforme escala de trabalho.

Central de Materiais e Esterilização

O Serviço de Esterilização de Materiais será responsável pela lavagem, desinfecção, esterilização e distribuição de materiais e instrumentais hospitalares. Realizará os procedimentos em consonância com a legislação sanitária vigente. Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

Serviço de Lavanderia Hospitalar

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 HMTJ irá atuar com metodologia de controle de qualidade com rastreabilidade das etapas e dos processos, realizadas pelo fornecedor externo.

Serviço de Hotelaria e Higiene

Serviço responsável pela higienização de todas as áreas que compõem o hospital, bem como a manutenção da área externa, de acordo com a legislação sanitária vigente. Inclui o fornecimento do enxoval completo a serem utilizados pelos funcionários na execução de seus procedimentos como lençóis, cobertores, fronhas, forros, sacos para *hamper*, campos, compressas, aventais, roupas privativas, camisolas, pijamas, entre outros.

Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

Executando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio do hospital em consonância com a RDC 306/04, sendo este em conjunto com a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Vigilância e Zeladoria:

O Serviço de Segurança e Zeladoria atende as funções de acolhimento, de orientação de fluxos dos usuários, o controle do acesso em todas as entradas e saídas do hospital, assim como a preservação do equipamento predial e patrimonial dos diversos equipamentos.

É parte intrínseca dos trabalhadores que auxiliam a implantação das diretrizes da política de humanização. Esta área deve ser vista como gestora condominial.

O Hospital possui mobiliário e equipamentos próprios pertencentes ao Estado de Goiás. O inventário deverá ser realizado e apresentado ao gestor municipal anualmente e obedecer às diretrizes específicas para a área.

Nesta área está incluído todo o sistema de segurança patrimonial e de controles dos bens descritos no controle de patrimônio.

Setor de Transporte

Garantir transporte aos pacientes acamados que tiverem alta hospitalar e que necessitem de transporte para o domicílio, bem como para pacientes que necessitem de traslado inter-hospitalar (exames, inter-consultas e outros). Tal serviço apresenta uma demanda variável, em função da necessidade dos usuários atendidos.

Tecnologia da Informação:

Fica reservado à Secretaria de Saúde, através de suas áreas técnicas, definir novas obrigações, oportunamente, sempre que novas necessidades de informação e informática se apresentem, considerando as funções assistenciais do HUGO, considerando a dinâmica do SUS, considerando a dinamicidade dos próprios instrumentos tecnológicos, respeitando a necessidade de aditamento e disponibilização de recursos financeiros.

Legislação vigente e às normativas do SUS:

Todas as ações da OSS são pautadas no respeito às normas e legislações pertinentes. Em especial, mas não exaustivamente, os seguintes regramentos são lembrados:

- ✓ Toda a legislação básica que organiza o Sistema Único de Saúde, suas instâncias e o relacionamento entre elas.
- ✓ As portarias e normas operacionais do SUS, emanadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria de Saúde, pelos Conselhos de Saúde, ou por outros órgãos competentes, no que diz respeito às ações assistenciais, ações de vigilância à saúde, epidemiologia, informação em saúde, prestação de contas e faturamento, dentre outras.
- ✓ Respeitar os princípios, diretrizes e recomendações da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), elaborada pelo Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde.
- ✓ Legislação sobre guarda de informações e documentos de caráter público, nos termos da Lei 8.159/1991 da Casa Civil da Presidência da República, e regulamentos complementares, bem como determinações do Conselho Federal de Medicina na Resolução CFM 1.639/2002 que aprovou normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do Prontuário Médico.
- ✓ Legislação sobre transparência e acesso a informações, previsto na Constituição Federal e na Lei 12.527/2011 da Casa Civil da Presidência da República, bem como regulamentos complementares, e diretrizes da Controladoria Geral da União dentro do programa Brasil Transparente.
- ✓ Compras, contratações e aquisições de serviços, materiais e equipamentos, devem seguir as normas e orientações estabelecidas pela administração pública, pela Secretaria de Saúde, e pelos órgãos de fiscalização.
- ✓ Normas e padrões de prontuário eletrônico do paciente consignados no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), elaborado por

meio de contrato técnico-científico entre o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informação em Saúde.

- ✓ Registro correto e oportuno de todas as condições constantes nas Listas de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, definidas no âmbito federal (Portaria Nº 1.271/2014 do Gabinete do Ministro da Saúde, ou outra que a suceda) ou no âmbito estadual (Resolução SS-20/2006 do Gabinete do Secretário Estadual da Saúde de São Paulo, ou outra que a suceda), ou outras listagens oficiais que venham a ser definidas para o âmbito regional ou municipal.

Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

A Unidade dará continuidade às atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campo de práticas para estágios para instituições de ensino superior conveniadas com a Secretaria de Saúde do estado de Goiás.

Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção a Saúde oferecida pela Unidade aos usuários do SUS.

Se ao longo da vigência do Contrato de Gestão, de comum acordo entre as partes, a OSS ou o estado de Goiás / Secretária de Saúde se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes das aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de termo aditivo ao Contrato de Gestão.

METAS A SEREM ATINGIDAS (conforme artigo 22, inciso II da Lei 13.019/2014)

O HMTJ propõe o atendimento pleno as metas de produção para operacionalização do **HUGO** referentes aos serviços assistenciais estão descritas no quadro abaixo e detalhadas no **Anexo I**.

Conforme monitoramento e necessidade, as metas poderão ser alteradas quando necessário em acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

| Dimensão | Descrição | Meta mensal | Meta anual |
|----------------------------|--|-------------|------------|
| Internação | Clínica Cirúrgica | 1.119 | 13.428 |
| | Clínica Médica | 328 | 3.936 |
| | Clínica neurológica | 46 | 552 |
| | Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro | 200 | 2.400 |
| Cirurgias Eletivas | Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo) | 150 | 1.800 |
| | Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME) | 70 | 840 |
| | Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo porte maior (com ou sem OPME) | 30 | 360 |
| Atendimentos Ambulatoriais | Consultas médicas na Atenção Especializada | 4.000 | 48.000 |
| | Consultas multiprofissionais na Atenção Especializada | 1.000 | 12.000 |
| | Pequeno procedimento ambulatorial (faturamento via BPA)* | 405 | 4.860 |
| | Pequeno procedimento ambulatorial (faturamento via APAC) | 200 | 2.400 |
| | Hospital Dia | 456 | 5.472 |
| | Colonoscopia | 100 | 1.200 |
| SADT Externo | Eletrocardiograma | 300 | 3.600 |
| | Endoscopia Digestiva | 130 | 1.560 |
| | Radiografia | 600 | 7.200 |
| | Radiografia com contraste | 100 | 1.200 |
| | Endoscopia via urinária | 30 | 360 |
| | Tomografia Computadorizada (com e sem contraste) | 250 | 3.000 |
| | Ultrassonografia | 100 | 1.200 |
| | Ultrassonografia /Doppler | 180 | 2.160 |

**Série histórica de 405 pequenos procedimentos cirúrgicos (BPA) no TABWIN.*

| Internação (saídas hospitalares) | Meta mensal |
|----------------------------------|-------------|
| Saídas Cirúrgicas | 1.119 |
| Clínica Médica | 328 |
| Clínica neurológica | 46 |

Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 90% para enfermarias cirúrgicas e os tempos médios de permanência (TMP).

| Cirurgias Eletivas | Meta Mensal | Meta Anual(12 meses) |
|--|-------------|----------------------|
| Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro | 200 | 2.400 |
| Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo) | 150 | 1.800 |
| Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME) | 70 | 840 |
| Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo porte maior (com ou sem OPME) | 30 | 360 |

| Ambulatório | Meta mensal | Meta Anual (12 meses) |
|--|-------------|-----------------------|
| Consulta médica | 4.000 | 48.000 |
| Consulta Multiprofissional | 1.000 | 12.000 |
| Pequeno procedimento ambulatorial (faturamento via BPA) | 405 | 4.860 |
| Pequeno procedimento ambulatorial (faturamento via APAC) | -200 | 2.400 |

Para a composição da meta dos pequenos procedimentos ambulatoriais; cirurgias eletivas ambulatoriais e cirurgias eletivas hospitalares de alto giro, usou-se a série histórica da unidade como orientadora.

| Exame | Meta mensal | Meta Anual(12 meses) |
|--|-------------|----------------------|
| Colonoscopia | 100 | 1.200 |
| Eletrocardiograma | 300 | 3.600 |
| Endoscopia Digestiva | 130 | 1.560 |
| Radiografia | 600 | 7.200 |
| Radiografia com contraste | 100 | 1.200 |
| Endoscopia via urinária | 30 | 360 |
| Tomografia Computadorizada com e sem contraste | 250 | 3.000 |
| Ultrassonografia | 100 | 1.200 |
| Ultrassonografia /Doppler | 180 | 2.160 |

| Hospital Dia | Quantidade de leitos | Meta mensal | Meta Anual (12 meses) |
|--------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Atendimentos | 10 | 456 | 5.472 |

Obs.1: Para cálculo dos atendimentos foram considerados número de leitos x quantidade de pacientes x 30,4 dias/mês.

Obs.2: Os leitos utilizados para a alta hospitalar (05 leitos) não serão computados para efeito de meta.

Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade

| Indicadores de Desempenho | Meta |
|--|---------|
| Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) | ≥85 % |
| Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP) | ≤7 dias |
| Índice de Intervalo de Substituição (horas) | ≤ 24 |
| Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (29 dias) | < 8% |
| Taxa de Readmissão em UTI (48 horas) | < 5% |
| Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada) | ≤ 7% |
| Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais | ≤ 5% |
| Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano | < 50% |
| Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano | < 25% |
| Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas | 1 |
| Percentual de Exames de Imagem com resultado entregue em até 10 dias | ≥ 70% |
| Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias | ≥ 80% |
| Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação | ≥ 80% |



PROPOSTA FINANCEIRA

VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref.: Chamamento Público nº 01/2023

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 10/2022.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Juiz de Fora, 09 de Agosto de 2023.

Benedito Z. L. Jendiroba - Diretor Financeiro

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
CNPJ 21.583.042/0001-72

Marco Antônio Guimarães de Almeida - Diretor Presidente

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
CNPJ 21.583.042/0001-72

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS



Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código EB89-27FA-5659-8FC5.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/EB89-27FA-5659-8FC5> ou vá até o site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: EB89-27FA-5659-8FC5



Hash do Documento

F67928B8930FAC3CE21A5BFE4CB9BF99ED49DD227E984A8E8DF237814D6F3391

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 09/08/2023 é(são) :

Marco Antonio Guimaraes De Almeida (DIRETOR PRESIDENTE)

- ***.399.966-** em 09/08/2023 10:25 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba (DIRETOR FINANCEIRO) -

***.429.297-** em 09/08/2023 08:39 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

