

Boletim de Serviço

Nº 85, 07 de março de 2017



UFGD
Universidade Federal
da Grande Dourados

Ministério da
Educação

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD

Rua Ivo Alves da Rocha, 558
Altos do Indaiá | CEP: 79823-501 | Dourados-MS |
Telefone: (67) 3410-3000 | Site: huufgd.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente da EBSERH

MARIANA TRINIDAD R. C. GARCIA CRODA

Superintendente

PAULO CÉSAR NUNES DA SILVA

Gerente Administrativo

JOSÉ FLÁVIO SETTE DE SOUZA

Gerente de Atenção à Saúde

RENATA MARONNA PRAÇA LONGHI

Gerente de Ensino e Pesquisa

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| COLEGIADO EXECUTIVO | 4 |
| APROVAR | 4 |
| RESOLUÇÃO Nº 10, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017 | 4 |
| RESOLUÇÃO Nº 12, DE 2 DE MARÇO DE 2017 | 16 |
| RESOLUÇÃO Nº 13, DE 2 DE MARÇO DE 2017 | 28 |
| MANIFESTAR-SE..... | 36 |
| RESOLUÇÃO Nº 11, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017 | 36 |
| SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL..... | 37 |
| DESIGNAR | 37 |
| PORTARIA Nº 030, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2017 | 37 |
| PORTARIA Nº 031, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2017 | 37 |
| PORTARIA Nº 032, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017 | 38 |
| PORTARIA Nº 033, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017 | 38 |
| PORTARIA Nº 034, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2017 | 39 |
| PORTARIA Nº 036, DE 2 DE MARÇO DE 2017 | 39 |
| PORTARIA Nº 040, DE 6 DE MARÇO DE 2017 | 40 |
| DESLIGAR | 40 |
| PORTARIA Nº 035, DE 2 DE MARÇO DE 2017 | 40 |
| PORTARIA Nº 038, DE 6 DE MARÇO DE 2017 | 41 |
| HOMOLOGAR | 42 |
| PORTARIA Nº 037, DE 3 DE MARÇO DE 2017 | 42 |
| ADMITIR | 42 |
| PORTARIA Nº 039, DE 6 DE MARÇO DE 2017 | 42 |
| NOMEAR | 43 |
| PORTARIA Nº 041, DE 6 DE MARÇO DE 2017 | 43 |

COLEGIADO EXECUTIVO

APROVAR

RESOLUÇÃO Nº 10, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 01/02/2017,

RESOLVE:

- I. **Aprovar** a Rotina para Dispensação de Imunoglobulina Humana 5g, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.
- II. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com seus efeitos a partir de 23 de março de 2017.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

Protocolo nº 001 – SFH/HU-UFGD/Ebserh

ROTINA PARA DISPENSAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G INJETÁVEL

1. JUSTIFICATIVA

Considerando o elevado custo com o medicamento **Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)**, R\$ 670,00/frasco, com consumo médio mensal de 46 frascos, o que totaliza, aproximadamente R\$ 370.000,00 reais ao ano;

Considerando que o medicamento **Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)** quando faturado através da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses do SUS, sub-grupo 06.04, código 06.04.31.005-6, não há valor a ser faturado para o serviço hospitalar, sendo faturado, apenas, através do sub-grupo 06.03, código 06.03.03.003-3, com valor de R\$ 41,24, limitado a 10 frascos por paciente, o que gera um déficit financeiro de R\$ 628,76 por frasco, aproximadamente;

Considerando o Anexo I, Grupo 1A, da Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013 que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece, dentre outros, o medicamento **Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)** com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para

tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);

Considerando que no período compreendido entre setembro/2016 a janeiro/2017, foram repostos 138 frascos de **Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)** através do programa estadual "Casa da Saúde", que gere o CEAF, totalizando a economia de R\$ 92.460,00;

Considerando que para a solicitação de reposição de **Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco)** através do componente Especializado da Assistência Farmacêutica (casa da Saúde) do Estado de Mato Grosso do Sul, as patologias assistidas devem estar dentre os seguintes CIDs:

| CID | DESCRIÇÃO | EXAMES OBRIGATÓRIOS |
|-------|---|---|
| B20.0 | Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.1 | Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.2 | Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.3 | Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.4 | Doença pelo HIV resultando em candidíase; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |

| | | |
|-------|--|---|
| B20.5 | Doença pelo HIV resultando em outras micoses; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.6 | Doença pelo HIV resultando em pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> ; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.7 | Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.8 | Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B20.9 | Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B22.0 | Doença pelo HIV resultando em encefalopatia; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B22.1 | Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); |

| | | |
|-------|--|---|
| | | 3) Demais exames a critério médico |
| B22.2 | Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B22.7 | Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B23.0 | Síndrome de infecção aguda pelo HIV; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B23.1 | Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes); | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B23.2 | Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B23.8 | Doença pelo HIV resultando em outra afecções especificadas; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| B24 | Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT |

| | | |
|-------|---|--|
| | | (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| D59.0 | Anemia hemolítica autoimune | 1) Hemograma com plaquetas; 2) Coombs Direto; 3) Contagem de reticulócitos ou dosagem de haptoglobina ou desidrogenase láctica; |
| D59.1 | Outras anemias hemolíticas autoimune | 1) Hemograma com plaquetas; 2) Coombs Direto; 3) Contagem de reticulócitos ou dosagem de haptoglobina ou desidrogenase láctica; |
| D60.0 | Aplasia pura adquirida crônica da série vermelha; | 1) Relatório médico; 2) Hemograma completo e plaquetas, contagem de reticulócitos; 3) Biópsia e aspirado de medula óssea; Para portadores de Parvovírus B19: anticorpos Anti B19 IgM no soro ou detecção do DNA viral soro por técnicas de biologia molecular; |
| D69.3 | Púrpura trombocitopênica idiopática; | Hemograma com plaquetas; |
| D80.0 | Hipogamaglobulinemia hereditária; | PARA TODAS AS PATOLOGIAS: Hemograma, uréia, creatinina, A.S.T. (T.G.O.) , A.L.T. (T.G.P.) e albumina; i) Para Miastenia Gravis: Eletromiografia com estimulação repetitiva, Anticorpos anti receptores de ACh e creatinina; ii) Para Polimiosite: C.P.K., Aldolase, L.D.H., A.S.T. (T.G.O.), A.L.T. (T.G.P.), Eletromiografia , F.A.N. (fator anti-nuclear), V.H.S., P.C.R. (proteína C reativa) e fosfatase alcalina; iii) Para Síndrome de Guillain-Barré: Análise do Líquor (líquido céfalo-raquidiano) e outros exames complementares a critério médico |
| D80.1 | Hipogamaglobulinemia não familiar; | PARA TODAS AS PATOLOGIAS: Hemograma, uréia, creatinina, A.S.T. (T.G.O.) , A.L.T. (T.G.P.) e albumina; |

| | | |
|-------|---|---|
| | | <p>i) Para Miastenia Gravis: Eletromiografia com estimulação repetitiva, Anticorpos anti receptores de ACh e creatinina;</p> <p>ii) Para Polimiosite: C.P.K., Aldolase, L.D.H., A.S.T. (T.G.O.), A.L.T. (T.G.P.), Eletromiografia , F.A.N. (fator anti-nuclear), V.H.S., P.C.R. (proteína C reativa) e fosfatase alcalina;</p> <p>iii) Para Síndrome de Guillain-Barré: Análise do Líquor (líquido céfalo-raquidiano) e outros exames complementares a critério médico</p> |
| D80.3 | Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G (IgG); | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D80.5 | Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M (IgM); | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D80.6 | Deficiência de anticorpos com imunoglobulinas próximas do normal ou com hiperimunoglobulinemia; | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D80.7 | Hipogamaglobulinemia transitória da infância; | <p>PARA TODAS AS PATOLOGIAS: Hemograma, uréia, creatinina, A.S.T. (T.G.O.) , A.L.T. (T.G.P.) e albumina;</p> <p>i) Para Miastenia Gravis: Eletromiografia com estimulação repetitiva, Anticorpos anti receptores de ACh e creatinina;</p> <p>ii) Para Polimiosite: C.P.K., Aldolase, L.D.H., A.S.T. (T.G.O.), A.L.T. (T.G.P.), Eletromiografia , F.A.N. (fator anti-nuclear), V.H.S., P.C.R. (proteína C reativa) e fosfatase</p> |

| | | |
|-------|---|--|
| | | <p>alcalina;</p> <p>iii) Para Síndrome de Guillain-Barré: Análise do Líquor (líquido céfalo-raquidiano) e outros exames complementares a critério médico</p> |
| D80.8 | Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos; | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D81.0 | Imunodeficiência combinada grave (SCID) com disgenesia reticular; | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D81.1 | Imunodeficiência combinada grave (SCID) com números baixos de células T e B; | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D81.2 | Imunodeficiência combinada grave (SCID) com números baixos ou normais de células B; | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D81.3 | Deficiência de adenosina | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |
| D81.4 | Síndrome de Nezelof; | <p>1) hemograma;</p> <p>2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina);</p> <p>3) Demais exames a critério médico</p> |

| | | |
|-------|---|---|
| | | |
| D81.5 | Deficiência de purina | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| D81.6 | Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| D81.7 | Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| D81.8 | Outras deficiências imunitárias combinadas; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| D82.0 | Síndrome de Wiskott | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| D82.1 | Síndrome de Di George; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina), e hepática (AST (TGO), ALT (TGP), e albumina); 3) Demais exames a critério médico |
| D83.0 | Imunodeficiência comum variável com predominância de anormalidades do número e da função das células B; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina) e hepática (TGO, TGP, TP e albumina).; |

| | | |
|-------|---|--|
| D83.2 | Imunodeficiência comum variável com auto | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina) e hepática (TGO, TGP, TP e albumina).; |
| D83.8 | Outras imunodeficiências comuns variáveis; | 1) hemograma; 2) provas de função renal (uréia e creatinina) e hepática (TGO, TGP, TP e albumina); |
| G61.0 | Síndrome de Guillain-Barré | Análise do Líquor (líquido céfalo-raquidiano) e outros exames complementares a critério médico; |
| G70.0 | Miastenia gravis; | 1) Eletroneuromiografia ou eletromiografia de fibra única; 2) Pesquisa de anticorpos anti-receptor de acetilcolina (Ach); 3) Dosagem de creatinina; |
| M33.0 | Dermatomiosite juvenil; | eletromiografia, C.P.K., aldolase, L.D.H., A.S.T., A.L.T |
| M33.1 | Outras dermatomiosites; | eletromiografia, C.P.K., aldolase, L.D.H., A.S.T., A.L.T |
| M33.2 | Polimiosite; | eletromiografia, C.P.K., aldolase, L.D.H., A.S.T., A.L.T |
| T86.1 | Falência ou rejeição de transplante de rim; | 1) Hemograma completo, Glicose, uréia, creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio e fósforo, T.G.O. (A.S.T.), T.G.P. (A.L.T.), fosfatase alcalina, Clearance de creatinina; 2) Documento que comprove o transplante; |
| Z94.0 | Rim transplantado; | 1) Hemograma completo, Glicose, uréia, creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio e fósforo, T.G.O. (A.S.T.), T.G.P. (A.L.T.), fosfatase alcalina, Clearance de creatinina; 2) Documento que comprove o transplante; |

Considerando que, para o atendimento ao diagnóstico proposto, existem critérios individuais à cada patologia, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que compõem o acervo de documentos a serem encaminhados para apreciação pelo CEAf do Estado de Mato Grosso do Sul;

Considerando que para o envio das solicitações, junto aos demais documentos, devem ser juntados exames de diagnóstico com fornecimento obrigatório para cada patologia, tal qual disponível no sítio eletrônico < <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/assistencia-farmaceutica-especializada-casa-da-saude/>>;

Isto posto, o presente Protocolo tem a finalidade de otimizar o gasto com medicamentos de alto custo pelo HU-UFGD/EBSERH, tendo em vistas a disponibilidade através do programa estadual, o que infere que não haverá desassistência aos pacientes atendidos neste nosocômio.

2. RECOMENDAÇÃO

O médico assistente deverá solicitar a avaliação do médico especialista e, caso este julgue necessário, irá preencher os seguintes documentos:

- i) Receita médica, contendo o nome do medicamento (denominação comum brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data;
- ii) Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamento (s);
- iii) Termo de esclarecimento e responsabilidade;
- iv) Cópia de Exames complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico (os exames obrigatórios estão descritos na tabela, baseados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas);
- v) Autorização Paciente (ou responsável – Caso seja responsável, deve apresentar documento que identifique o grau de parentesco ou documento judicial que comprove a responsabilidade);
- vi) Declaração de residência do paciente (assinada pelo paciente ou responsável) – anexar cópia de conta de água, luz ou telefone;
- vii) Cópia do RG e cartão SUS do paciente;

Todos os documentos deverão estar completamente preenchidos e encaminhados à Farmácia (Unidade de Dispensação Farmacêutica) para que seja realizada a dispensação do ciclo do medicamento.

3. ATRIBUIÇÕES DOS SETORES

- **Médico Assistente:** Sugerir as hipóteses diagnósticas; colher as assinaturas do paciente, ou responsável, nos itens expressos na **RECOMENDAÇÃO** deste protocolo (ii, iii, iv, v, vi, vii);
- **Médico Especialista:** Avaliar a necessidade terapêutica de Imunoglobulina Humana 5g; Realizar o preenchimento dos documentos constantes nos itens expressos na **RECOMENDAÇÃO** deste protocolo (i, ii, iii, iv);

- **Farmacêuticos (Unidade de Dispensação Farmacêutica):** Receber e conferir os documentos preenchidos, conforme exigido pelo CEAF (casa da Saúde); Encaminhar os documentos para apreciação junto ao Núcleo Regional de Saúde de Dourados; Monitorar o período de retirada dos medicamentos aprovados; Encaminhar os medicamentos repostos à Unidade de Abastecimento Farmacêutico para integralização ao estoque;
- **Chefia da Unidade de Dispensação Farmacêutica:** Realizar a re-conferência dos documentos; Encaminhar os processos de reposição ao Núcleo Regional de Saúde; Monitorar a autorização de retirada dos medicamentos;
- **Unidade de Abastecimento Farmacêutico:** Monitorar a data para retirada do medicamento; Realizar a retirada do medicamento junto à URMI; Reintegrar os medicamentos repostos pelo programa estadual; Monitorar o quantitativo de medicamentos repostos *versus* não repostos; Apresentar relatório semestral de glosas de solicitações de imunoglobulina humana à Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar;

4. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Os documentos obrigatórios, necessários ao fornecimento de Imunoglobulina Humana 5g estão disponíveis através do sitio eletrônico do Setor de Farmácia Hospitalar:

<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/saude/setor-de-farmacia-hospitalar/solicitacao-de-imunoglobulina-humana>

ou

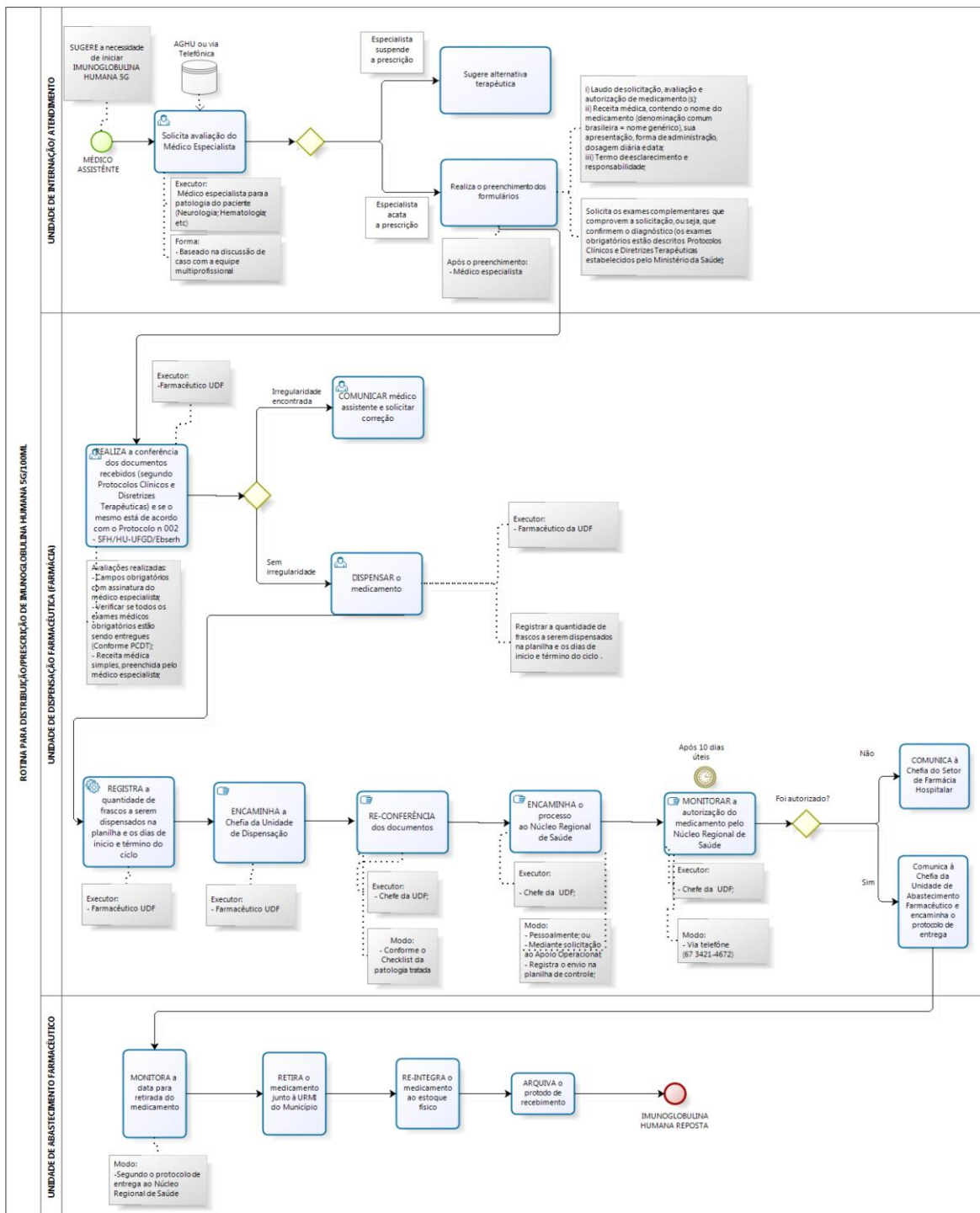
Na pasta pública da rede interna “SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA INJETÁVEL”, através do seguinte caminho:

[/Pasta Publica/SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA INJETÁVEL](#)

5. ANEXOS

Anexo I – Fluxograma para distribuição/prescrição de imunoglobulina humana 5g/100mL injetável.

ANEXO I - Protocolo nº 001 _ SFH/HU-UFGD/Ebsersh



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses do SUS. Acesso em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

BRASIL. Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013. **Gabinete do Ministro**, 2013.

RESOLUÇÃO Nº 12, DE 2 DE MARÇO DE 2017

O PRESIDENTE, EM EXERCÍCIO, DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

Aprovar a primeira revisão do Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

José Flávio Sette de Souza

**REGIMENTO INTERNO - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFGD/EBSERH**

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E DEFINIÇÕES

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013, do Ministério da Saúde, bem como a Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

Art. 2º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 3º O Núcleo de Segurança do Paciente tem por finalidade assessorar a Superintendência do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD Ebserh), estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura de segurança na assistência hospitalar, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

Art. 4º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 5º Define-se como a segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 6º Considerar-se-à dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 7º Evento adverso é o incidente que pode resultar em danos à saúde.

§ 1º. Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos.

- I. Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado;
- II. Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado;
- III. Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente;
- IV. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo;
- V. Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente classificado como ASA Classe 1 (American Society of Anesthesiologists).

§ 2º. Eventos relacionados a produtos.

- I. Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos;
- II. Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde;
- III. Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos contaminados (vacina, hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células);
- IV. Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

§ 3º. Eventos relacionados à proteção do paciente.

- I. Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- II. Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente;
- III. Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão durante a assistência dentro do serviço de saúde.

§ 4º. Eventos relacionados à gestão do cuidado.

- I. Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada);
- II. Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional;
- III. Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco;

- IV. Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- V. Qualquer lesão por pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/comparecimento no serviço de saúde;
- VI. Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- VII. Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível;
- VIII. Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

§ 5º. Eventos ambientais.

- I. Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- II. Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas;
- III. Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- IV. Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

§ 6º. Eventos criminais potenciais.

- I. Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado;
- II. Sequestro de paciente de qualquer idade;
- III. Abuso ou agressão (física, psicológica, sexual, dentre outras) de paciente ou colaborador dentro ou nas dependências do serviço de saúde;
- IV. Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física que ocorra dentro ou nas dependências do serviço de saúde;

Art. 8º Considera-se incidente, evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

§ 1º. Conforme o Art. 9º da RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013, do Ministério da Saúde, o monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art. 9º Cabe ao Núcleo de Segurança do Paciente a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 10 A gestão de riscos será desenvolvida para a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 11 O Núcleo de Segurança do Paciente HU UFGD Ebserrh, após nomeação pela superintendência do hospital, e conforme a Diretriz para implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas filiais Ebserrh 1ª edição de 2014, será composto minimamente por:

- I. Um representante do Setor de Vigilância em Saúde, que coordenará o Núcleo;
- II. Um representante do Serviço de Hotelaria Hospitalar da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar;
- III. Dois representantes do Bloco Cirúrgico/RPA/CME/CO:
 - a) Um representante dos médicos;
 - b) Um representante da enfermagem.
- IV. Um farmacêutico representante do Setor de Farmácia Hospitalar;
- V. Um representante da Unidade de Vigilância Epidemiológica;
- VI. Um representante da Unidade de Gerenciamento de Riscos Assistenciais;
- VII. Um representante da Gerência de Ensino;
- VIII. Um representante da Divisão de Gestão de Cuidados;
- IX. Dois enfermeiros representantes da Divisão de Enfermagem;
- X. Um representante do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia de Informação.

§ 1º. É de responsabilidade do titular justificar ausência previamente nas reuniões ordinárias e extraordinárias.

§ 2º. Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Superintendência do HU-UFGD com antecedência mínima de 30 dias.

CAPÍTULO III

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 12 Os membros do Núcleo de Segurança do Paciente devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- I. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- II. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- III. Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- IV. Proteção à identidade do notificador;
- V. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- VI. Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 13 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, em situações de eventos adversos que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

§ 1º. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

§ 2º. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

- I. Recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;
- II. Um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 14 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 15 As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;

- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 16 O vice Coordenador, o secretário e o vice-secretário, serão quaisquer um dos membros do Núcleo e terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente.

§ 1º. O vice Coordenador substituirá o Coordenador nas suas ausências e impedimentos legais.

§ 2º. Nas ausências e impedimentos legais do secretário, suas atribuições serão realizadas pelo vice-secretário.

Art. 17 O Núcleo elegerá dentro dos membros que o compõem um vice coordenador, um secretário e o vice-secretário, através de voto aberto, pelo sistema de maioria simples, considerando-se o número de membros à ocasião da escolha.

Art. 18 O Secretário terá a função de redigir a Ata das reuniões realizadas e, juntamente com o Coordenador e/ou Vice- Coordenador, definir a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 19 O mandato dos membros do Núcleo de Segurança do Paciente terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do Núcleo de Segurança do Paciente, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO V DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 20 São princípios do Núcleo de Segurança do Paciente:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 21 Compete ao Núcleo de Segurança do paciente promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como:

- I. Prever a mitigação de Evento Adverso, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer;
- II. Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
- III. Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

Art. 22 Compete ao Núcleo de Segurança do paciente desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional âmbito da instituição.

Parágrafo Único. O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do Núcleo de Segurança do Paciente necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

Art. 23 Compete ao Núcleo de Segurança do paciente promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas.

Art. 24 O Núcleo de Segurança do Paciente deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no Plano de Segurança do Paciente, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

Art. 25 O Núcleo de Segurança do Paciente elaborará, divulgará e manterá atualizado o Plano de Segurança do Paciente na Instituição de Saúde, com divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como:

- I. Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;
- II. A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

Art. 26 Ao Núcleo de Segurança do Paciente cabe a criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde, no qual apontará as situações de risco e descreverá as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente.

Art. 27 O Núcleo de Segurança do Paciente acompanhará as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente.

§ 1º. Os integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente devem assumir uma postura proativa, identificando e visitando os vários setores dos serviços de saúde, propondo discussão acerca das possíveis soluções para os problemas identificados.

§ 2º. Deverá implementar as boas práticas, com a finalidade de promover a melhoria dos processos de trabalho.

§ 3º. Deverá, sempre que possível, incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado.

Art. 28 O Núcleo de Segurança do Paciente implantará os Protocolos de Segurança do Paciente e realizará o monitoramento dos seus indicadores.

Parágrafo Único. Para subsidiar os profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente, os protocolos deverão abordar as metas e as campanhas internacionais realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Instituto para Melhoria do Cuidado à Saúde (Institute of Healthcare Improvement – IHI), que ajudarão os gestores a disseminar a cultura de segurança nos serviços de saúde. Os temas a serem abordados serão:

- I. Identificação correta do paciente;
- II. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;
- III. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- IV. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto;
- V. Higienizar as mãos para evitar infecções;
- VI. Reduzir o risco de quedas e Lesão por Pressão.

Art. 29 O Núcleo de Segurança do Paciente deverá estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.

Parágrafo Único. As barreiras que impedem que o risco se torne Evento Adverso podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

Art. 30 O Núcleo de Segurança do Paciente deverá desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital.

Parágrafo Único. Deverá, ainda, difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

Art. 31 O Núcleo de Segurança do Paciente deverá analisar e avaliar os dados sobre incidentes e Evento Adverso decorrentes da prestação do serviço de saúde, através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras.

Art. 32 O Núcleo de Segurança do Paciente deverá compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde, os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e Evento Adverso, decorrentes da prestação do serviço de saúde estimulando a continuidade da notificação.

Art. 33 O Núcleo de Segurança do Paciente deverá notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) os Evento Adverso decorrentes da prestação do serviço de saúde.

§ 1º Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os Evento Adverso sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.

§ 2º O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e no VigiHosp (Sistema de Vigilância Hospitalar).

§ 3º O Núcleo de Segurança do Paciente deverá acompanhar o processo de notificação, após o relatório dos investigadores do VigiHosp.

§ 4º O Núcleo de Segurança do Paciente deverá analisar e avaliar as queixas técnicas selecionadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, para então notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Art. 34 É dever do Núcleo de Segurança do Paciente manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitadas, as notificações de Eventos Adversos.

§ 1º Se o Serviço de Saúde não detectar nenhum Evento Adverso durante o período de notificação, o Núcleo de Segurança do Paciente deverá arquivar como ocorrência relativa aquele mês, ausência de Evento Adverso no HU-UFGD, sendo que, neste caso, não há necessidade de notificação negativa ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.

§ 2º Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.

Art. 35 O Núcleo de Segurança do Paciente acompanhará os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Art. 36 São, também, competências do Núcleo de Segurança do Paciente:

- I. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

- II. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSERH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- III. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- IV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- VII. Apoiar a Sede da Ebserh no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- VIII. Participar de eventos e demais ações promovidas pela Ebserh Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VI DAS REUNIÕES

Art. 37 As reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente serão realizadas em caráter ordinário, mensal, em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 38 As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo de Segurança do Paciente, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 39 As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 40 Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do Núcleo de Segurança do Paciente.

Art. 41 A convocação para reunião do Núcleo de Segurança do Paciente será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário-Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 42 O Núcleo de Segurança do Paciente poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 43 As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros do Núcleo de Segurança do Paciente, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros.

Art. 44 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 45 Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

CAPÍTULO VII

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 46 As deliberações do Núcleo de Segurança do Paciente serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO VIII

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 47 O apoio administrativo ao Núcleo de Segurança do Paciente será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e Núcleo de Comissões Hospitalares.

Art. 48 São consideradas atividades administrativas:

- I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do Núcleo de Segurança do Paciente;
- II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do Núcleo de Segurança do Paciente;
- III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

CAPÍTULO IX DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 49 Núcleo de Segurança do Paciente poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

§ 1º Os grupos de trabalho serão compostos por no mínimo 6 (seis) e no máximo 12 (doze) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo Núcleo de Segurança do Paciente e nomeados pela Superintendência.

§ 2º Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do Núcleo de Segurança do Paciente.

§ 3º O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

Art. 50 As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Definir responsabilidades dos componentes;
- III. Conduzir os trabalhos; e
- IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 51 Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 52 Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 53 O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR – Protocolo de Identificação e Registros Seguros, 2014.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente – Protocolo de Identificação do Paciente. ANVISA, 2013).

RESOLUÇÃO Nº 13, DE 2 DE MARÇO DE 2017

O PRESIDENTE, EM EXERCÍCIO, DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

Aprovar o Plano de Prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

José Flávio Sette de Souza

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Nome Empresarial: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Título do Estabelecimento: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Filial: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU-UFGD/ EBSERH

Endereço: Rua Ivo Alves da Rocha, nº 558

Bairro: Altos do Indaiá CEP: 79.823-501

Telefones: (67) 3410-3000

Cidade: Dourados/ MS

CNPJ: 15.126.437/0009-09 (Filial).

CNAE Principal: 86.60-7-00 – Atividades de apoio à gestão de saúde - Grau de Risco 01

CNAE secundário: Grau de Risco 03

Grupo da CIPA: C-34

Data do levantamento: fevereiro de 2017.

Nº de funcionários: 1090

2. ASPECTOS GERAIS DO PROGRAMA

2.1 Aspecto Legal

A obrigatoriedade de implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, foi instituída pela Portaria nº 1.748, de 30 de agosto de 2011, a qual altera a redação da NR 32, através do Ministro do Trabalho e Emprego.

Item 32.2.4.16

O empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora.

2.2 Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes para a elaboração e implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

2.3 Objetivos Específicos

- Adequar práticas de trabalho e o uso de equipamentos de proteção individual;
- Realizar ações educativas, visando a redução e prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes;
- Buscar trabalhar com a cultura de segurança no binômio trabalhador/paciente;
- Minimizar riscos através do uso de um controle de engenharia no ambiente ou no próprio perfurocortante (uso de equipamentos com dispositivo de segurança);
- Eliminar e reduzir o uso de agulhas e outros perfurocortantes, onde couber.

3. COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

3.1 Membros da Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes

- a) O empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde;
- b) Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, conforme a Norma Regulamentadora n.º 4;
- c) Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes -CIPA ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n.º 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;
- d) Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- e) Direção de enfermagem;

- f) Direção clínica;
- g) Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
- h) Representante da Central de Material e Esterilização;
- i) Representante do setor de compras; e
- j) Representante do setor de padronização de material.

3.2 Da responsabilidade

A responsabilidade pela prevenção deverá ser compartilhada entre os membros da Comissão, que terá como objetivo eliminar os acidentes com perfurocortantes entre os trabalhadores da saúde, implementando a cultura de segurança na instituição, fazendo com que os profissionais entrem no “clima de segurança”, aderindo às práticas de trabalho seguras. Será responsável pelo planejamento e acompanhamento das ações de identificação, registro e avaliação dos acidentes com perfurocortantes entre os profissionais que atuam na instituição.

4. ATRIBUIÇÕES

| Áreas e setores representados | Responsabilidades e contribuições |
|--|---|
| Representante da Direção do Serviço de Saúde - Superintendência | -Comunicar o comprometimento da instituição com a segurança do trabalhador e prover pessoal e recursos, inclusive financeiros, para atender às metas do programa. Visando a Proteção, segurança e Saúde dos trabalhadores do Hospital Universitário da Grande Dourados – HU-UFGD. |
| Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - SOST | -Coletar informações detalhadas sobre os acidentes notificados; -Auxiliar nas avaliações da subnotificação de acidentes entre trabalhadores da saúde; -Avaliar fatores que contribuem para os acidentes com perfurocortantes e propor soluções; -Promover a notificação de acidentes, práticas de trabalho seguras e a implementação de prioridades de prevenção entre os trabalhadores. |

Representante da Comissão Interna Prevenção de Acidentes -CIPA

-Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

-Participar, em conjunto com o SOST, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados.

Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

-Avaliar as implicações dos perfurocortantes com dispositivos de segurança para a ocorrência ou mesmo prevenção de infecções.

Representante da Direção de Enfermagem

-Fornecer informações sobre formas e estratégias educativas e de capacitação da instituição;

-Identificar as necessidades educacionais e discutir as implicações organizacionais das intervenções educacionais propostas;

-Divulgar as orientações quanto à prevenção de acidentes envolvendo esse tipo de material;

-Divulgar os assuntos da comissão para as unidades e apoiar suas ações para que haja um acolhimento da comissão na divulgação desse trabalho.

Representante da Direção Clínica

-Fornecer informações sobre fatores e situações de risco de acidentes e sobre implicações das intervenções propostas;

-Participar ativamente na avaliação das intervenções de prevenção.

Representante do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde - PGRSS

-Colaborar na segregação de resíduos Grupo E;

-Monitorar indicadores de acidentes com perfurocortantes e variação de resíduos do Grupo E, conforme RDC 306/2004;

-Participar na elaboração de Procedimentos

| | |
|--|--|
| | <p>Operacionais Padrão relacionado à área.</p> <p>-Colaborar na identificação de riscos do meio ambiente que não são detectados através das notificações de acidentes percutâneos;</p> <p>-Avaliar as implicações ambientais das intervenções propostas.</p> |
| Representante da Central de Material Esterilizado – CME | <p>-Fornecer informações sobre os riscos de acidentes no reprocessamento de perfurocortantes;</p> <p>-Participar na prevenção de acidentes com materiais pontiagudos em todas as fases do processamento de artigos.</p> |
| Representante da Comissão de Padronização de Materiais | <p>-Apoiar as comissões de padronização na identificação de produtos e fabricantes de perfurocortantes com dispositivos de segurança;</p> |
| Representante do Setor de Compras | <p>-Gerir os processos de compras do HU-UFGD, inclusive a aquisição de materiais perfurocortantes;</p> <p>-Fornecer informações sobre custo para tomada de decisões.</p> |
| Representante da Vigilância Epidemiológica Hospitalar | <p>- Apoiar a presente comissão com informações relacionadas a Vigilância Epidemiológica.</p> |

Quadro 1 - Atribuições de membros da Comissão

5. CONCEITOS DE CULTURA DE SEGURANÇA

A cultura organizacional é representada pelas normas e pelos procedimentos que cada local de trabalho estabelece para as tarefas diárias. Mostra-se fortemente associada com as percepções dos trabalhadores sobre as características do trabalho e o funcionamento organizacional.

A cultura de segurança é o comprometimento compartilhado dos gestores e dos trabalhadores para garantir a segurança do ambiente de trabalho. Uma cultura de segurança permeia todos os aspectos do ambiente de trabalho. Encoraja cada indivíduo da organização a se responsabilizar pela segurança e

a prestar atenção ao que estiver relacionado a ela. Os trabalhadores percebem a presença de uma cultura de segurança com base em múltiplos fatores, incluindo:

- Ações tomadas pela administração para melhorar a segurança;
- Participação do trabalhador no planejamento da segurança;
- Disponibilidade de diretrizes e políticas de segurança escritas;
- Disponibilidade de dispositivos de segurança e equipamentos de proteção adequados;
- Influência das opiniões dos colegas em relação às práticas de segurança;
- Forma como a segurança é abordada durante a socialização do trabalhador na instituição.
- Todos esses fatores indicam o comprometimento da organização com a segurança.

O conceito de institucionalização de uma cultura de segurança é relativamente novo para o setor da saúde e a maior parte do foco restringe-se à segurança do paciente. Nos serviços de saúde os níveis de cultura de segurança estão vinculados:

- Adesão do trabalhador às práticas de trabalho seguras;
- Exposição reduzida a sangue ou outros materiais biológicos, incluindo a diminuição dos acidentes com perfurocortantes;
- Aceitação dos perfurocortantes com dispositivos de segurança.

A cultura de segurança também é relevante no atendimento ao paciente e em relação à sua segurança. Dessa forma, mesmo considerando que o foco deste plano é a segurança dos trabalhadores da saúde, é importante acrescentar que as estratégias relacionadas à cultura de segurança também têm importantes implicações com relação à saúde e ao bem-estar dos pacientes.

6. ANÁLISE DOS ACIDENTES DE TRABALHO OCORRIDOS E DAS SITUAÇÕES DE RISCO COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

A comissão deve analisar as informações existentes no PPRA e no PCMSO, além dos acidentes ocorridos através das investigações de acidentes com materiais perfurocortantes realizadas pelo setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST). Cabendo salientar que compete também à Comissão acompanhar as investigações dos acidentes que envolvam materiais perfurocortantes ocorridos no HU-UFGD.

Com as informações dos acidentes, mensalmente a Comissão deverá analisar e chegar às suas próprias análises sobre os riscos e situações que levaram a ocorrência desses acidentes. Após a apuração dos fatos, deve estudar as medidas para diminuir e/ou eliminar os riscos de forma a proporcionar um

ambiente de trabalho seguro para os colaboradores desenvolverem suas atividades laborais com segurança.

7. MEDIDAS DE CONTROLE

A adoção de medidas de controle deve ser prioridade para a Comissão, seguindo as orientações abaixo, onde couber.

- Substituir o uso de agulhas e outros perfurocortantes quando for tecnicamente possível;
- Adotar controles de engenharia no ambiente (por exemplo, coletores de descarte);
- Adotar o uso de material perfurocortante com dispositivo de segurança, quando existente, disponível e tecnicamente possível;
- Acompanhar acidentes com material perfurocortante;
- Orientar a importância da segregação e acondicionamento de resíduos do Grupo E (perfurocortantes);
- Orientar as equipes quanto à higienização, recolhimento e transporte interno desses resíduos;
- Orientar mudanças nas práticas de trabalho, para o aprimoramento da gestão de resíduos e minimização de casos de acidentes perfurocortantes.

8. SELEÇÃO DE MATERIAIS PERFUROCORTANTES

A seleção dos materiais perfurocortantes deverá ser conduzida pela presente Comissão atendendo as seguintes etapas:

- a) Definição dos materiais perfurocortantes prioritários para substituição a partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;
- b) Definição de critérios para a seleção dos materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança e obtenção de produtos para testes e avaliações, e demais recomendações previstas em lei;
- c) Planejamento da substituição de materiais decorrente da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;
- d) Análise do desempenho da substituição do produto a partir das perspectivas da saúde do trabalhador, dos cuidados ao paciente e da efetividade.

9. CAPACITAÇÃO

Na implementação do plano, os trabalhadores devem ser capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle, ou mesmo substituição de perfurocortantes. Deve ocorrer de forma continuada de modo a contribuir para a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes.

A capacitação deve ser comprovada por meio de documentos que informem a data, o horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

10. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PLANO

Há diversas maneiras possíveis para medir como o aumento no nível da cultura de segurança afeta a prevenção de acidentes com perfurocortantes: Pesquisas e levantamentos sobre as percepções dos trabalhadores sobre a cultura de segurança da instituição e sobre as exposições a sangue ou outros materiais biológicos. Também pode-se avaliar as notificações de exposição a sangue ou a outros materiais biológicos, assim como registros das situações de risco observadas.

Cada uma das ferramentas citadas pode registrar aumento na cultura de segurança. Por exemplo, a diminuição da frequência de determinadas circunstâncias nas notificações de acidentes como os referentes a perfurocortantes descartados inadequadamente ou colisões entre pessoas, pode estar refletindo uma consciência de segurança elevada.

Se nenhum progresso for detectado, a Comissão deve reavaliar suas estratégias e revisar seu plano.

O plano deve ser avaliado a cada ano, no mínimo, e sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho e quando a análise das situações de risco e dos acidentes assim o determinar.

11. CRONOGRAMA DE REUNIÕES

As reuniões serão realizadas mensalmente conforme cronograma abaixo, onde serão discutidos os acidentes ocorridos e as medidas necessárias para evitar novos acidentes. Todas as informações discutidas serão registradas por meio de ata assinada por todos os membros presentes.

| MÊS | DIAS | LOCAL |
|---------------|------------|---------------------|
| Março de 2017 | 29/03/2017 | Saguão do Auditório |
| Abril de 2017 | 26/04/2017 | Saguão do Auditório |
| Mai de 2017 | 31/05/2017 | Saguão do Auditório |
| Junho de 2017 | 28/06/2017 | Saguão do Auditório |
| Julho de 2017 | 26/07/2017 | Saguão do Auditório |

| | | |
|------------------|------------|---------------------|
| Agosto de 2017 | 30/08/2017 | Saguão do Auditório |
| Setembro de 2017 | 27/09/2017 | Saguão do Auditório |
| Outubro de 2017 | 25/10/2017 | Saguão do Auditório |
| Novembro de 2017 | 29/11/2017 | Saguão do Auditório |
| Dezembro de 2017 | 13/12/2017 | Saguão do Auditório |

Quadro 2 - Calendário de Reuniões

12. ENCERRAMENTO

As orientações aqui exaradas referem-se, exclusivamente à Comissão De Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, nas condições especificadas, não sendo extensivo a qualquer outra situação semelhante.

MANIFESTAR-SE

RESOLUÇÃO Nº 11, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017

A PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

I – **Manifestar-se** favorável à aprovação do afastamento para capacitação, nível de Mestrado, da servidora JAQUELINE APARECIDA DOS SANTOS SOKEM:

a) Período Parcial de 10/03/2017 a 09/03/2018.

II – **Manifestar-se** favorável à aprovação do plano de estudos da servidora JAQUELINE APARECIDA DOS SANTOS SOKEM, no Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Ensino em Saúde, na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL

DESIGNAR

PORTARIA Nº 030, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2017

A DIRETORA-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 722, de 04/08/2015 da UFGD,

RESOLVE:

Artigo 1º. Designar a servidora KARLA VIEIRA DOS SANTOS POSCA, portadora do CPF nº. 639.828.031-87, matriculada no SIAPE sob o nº. 1788496, com domicílio profissional à Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá, na cidade de Dourados-MS, para atuar como preposto credenciado da UFGD/HU nos autos de Reclamação Trabalhista nº 0025809-76.2016.5.24.0021, ajuizada por JAQUELINE PAULINO MARTINS em face de DOURASER PRESTADORA DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO LTDA e UFGD, em trâmite perante a 1ª Vara do Trabalho em Dourados-MS, nos termos do § 1º do artigo 843 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 2º. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

PORTARIA Nº 031, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2017

A DIRETORA-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 722, de 04/08/2015 da UFGD,

RESOLVE:

Artigo 1º. Designar a servidora KARLA VIEIRA DOS SANTOS POSCA, portadora do CPF nº. 639.828.031-87, matriculada no SIAPE sob o nº. 1788496, com domicílio profissional à Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá, na cidade de Dourados-MS, para atuar como preposto credenciado da UFGD/HU nos autos de Reclamação Trabalhista nº 0025637-34.2016.5.24.0022, ajuizada por LUCLECIA LIMA DE OLIVEIRA em face de DOURASER PRESTADORA DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E CONSERVACAO LTDA e UFGD, em trâmite perante a 2ª Vara do Trabalho em Dourados-MS, nos termos do § 1º do artigo 843 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 2º. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

PORTARIA Nº 032, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017

A DIRETORA-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 722, de 04/08/2015 da UFGD,

RESOLVE:

Artigo 1º. Designar a servidora KARLA VIEIRA DOS SANTOS POSCA, portadora do CPF nº. 639.828.031-87, matriculada no SIAPE sob o nº. 1788496, com domicílio profissional à Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá, na cidade de Dourados-MS, para atuar como preposto credenciado da UFGD/HU nos autos de Reclamação Trabalhista nº 0025752-55.2016.5.24.0022, ajuizada por JOSEFINA PAULINO DE ARAUJO em face de DOURASER PRESTADORA DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO LTDA e UFGD, em trâmite perante a 2ª Vara do Trabalho em Dourados-MS, nos termos do § 1º do artigo 843 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 2º. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

PORTARIA Nº 033, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017

A SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelas Portarias nºs 125/2012 e 961/2014 da Ebserh,

RESOLVE:

- I. **Designar** RODRIGO DONIZETTI DE SOUZA, matrícula SIAPE nº. 1918935, Analista Administrativo - Economia, para substituir Joana Paula Natal Araújo em suas ausências e impedimentos legais, no cargo de Chefe da Unidade de Pagamento da Despesa, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh.
- II. Revoga-se a Portaria nº 36, de 19 de março de 2015.
- III. Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

PORTARIA Nº 034, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2017

A DIRETORA-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 722, de 04/08/2015 da UFGD,

RESOLVE:

Artigo 1º. Designar a servidora KARLA VIEIRA DOS SANTOS POSCA, portadora do CPF nº. 639.828.031-87, matriculada no SIAPE sob o nº. 1788496, com domicílio profissional à Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá, na cidade de Dourados-MS, para atuar como preposto credenciado da UFGD/HU nos autos de Reclamação Trabalhista nº 0024016-68.2017.5.24.0021, ajuizada por ROSANGELA FREITAS DE LIMA em face de DOURASER PRESTADORA DE SERVIÇOS DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO LTDA e UFGD, em trâmite perante a 1ª Vara do Trabalho em Dourados-MS, nos termos do § 1º do artigo 843 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 2º. Essa Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

PORTARIA Nº 036, DE 2 DE MARÇO DE 2017

O SUPERINTENDENTE, EM EXERCÍCIO, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, filial EBSERH, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 125, de 11/12/2012 da EBSERH,

RESOLVE:

Artigo 1º. Designar a servidora DANIELLY VIEIRA CAPOANO, portadora do CPF nº. 007.849.751-59, matriculada no SIAPE sob o nº. 2821403, com domicílio profissional à Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá, na cidade de Dourados-MS, para atuar como preposto credenciado da UFGD/HU nos autos de Reclamação Trabalhista nº 0025831-37.2016.5.24.0021, ajuizada por FERNANDO HUGO MARTINS GONDIM em face de EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH, em trâmite perante a 1ª Vara do Trabalho em Dourados-MS, nos termos do § 1º do artigo 843 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 2º. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

José Flávio Sette de Souza

PORTARIA Nº 040, DE 6 DE MARÇO DE 2017

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, EM EXERCÍCIO, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelas Portarias nos 125/2012 e 772/2015 da Ebserh, RESOLVE:

I - **Designar** o servidor **EDSON SANTOS BEZERRA**, Assistente em Administração, SIAPE nº. 1824765, para realizar a gestão do contrato 04/2017, e o servidor **JOÃO FERNANDES GUIMARAES JUNIOR**, Engenheiro Mecânico, SIAPE nº. 2129281, para realizar a fiscalização do contrato 04/2017 celebrado entre o Hospital Universitário da UFGD/EBSERH e a empresa AR PURO COMÉRCIO DE PEÇAS HOSPITALARES LTDA ME, inscrita no CNPJ sob o nº 15.008.282/0001-40, referente à prestação de serviços especializados de assistência técnica, manutenção preventiva, manutenção corretiva e análise da qualidade de ar medicinal das centrais de ar comprimido medicinal e vácuo clínico do HU-UFGD, incluindo o fornecimento de materiais, peças e componentes, para atender as necessidades do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial Ebserh.

II – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

José Flávio Sette de Souza

DESLIGAR

PORTARIA Nº 035, DE 2 DE MARÇO DE 2017

O SUPERINTENDENTE, EM EXERCÍCIO, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso de suas atribuições legais e de acordo com a Lei n.º 6.932 de 07/07/1981 e Lei n.º 12.514, de 28 de outubro de 2011 e considerando o memorando n. 05/2017 da Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP, do HU-UFGD/EBSERH,

RESOLVE:

I – **Desligar**, a partir de 1º de março de 2017, do Programa de Residência Médica do HU-UFGD, os residentes a seguir:

Pediatria – R2

Larissa Gonçalves Andrade dos Santos

Thayse Capel Rodrigues da Silva

Maico Ono

Dario Delio Campos Filho

Cirurgia Geral – R2

Eduardo Rodrigues Bertoleto

Gustavo Alves Rapassi

Clínica Médica – R2

Isabela Pezzini Volpato

Jhesyca Flávia Sousa Castaman

Maíra Fioravanti Sansão

II – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

José Flávio Sette de Souza

PORTARIA Nº 038, DE 6 DE MARÇO DE 2017

O SUPERINTENDENTE, EM EXERCÍCIO, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso de suas atribuições legais e de acordo com a Lei nº 11.129/2005 e Portaria Interministerial nº 1.077 de 12/11/2009 e, considerando o memorando n. 08/2016 da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFGD/EBSERH, RESOLVE:

I – **Desligar**, a partir de 1º de março de 2017, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFGD, os residentes a seguir:

Enfermagem

Ana Carolina Pinto Lima

Cristiane Maria de Andrade

Nutrição

Fernanda Casagrande

Thais Jessica Reis Forster

Juliana Nugoli Zago

Psicologia

Vania Patrícia Schadeck Brazil

Hayanna Alves Motta

Josiane Emília do Nascimento Wolfart

II – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

José Flávio Sette de Souza

HOMOLOGAR

PORTARIA Nº 037, DE 3 DE MARÇO DE 2017

O DIRETOR-GERAL, EM EXERCÍCIO, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e, considerando a Resolução nº 98/2008-COUNI, Nota Técnica 01/2013/SeJur/HU-UFGD/EBSERH,

RESOLVE:

I - **Homologar** o resultado da avaliação de desempenho no Estágio Probatório da servidora abaixo, conforme período a seguir:

| Nome | Nº do Processo | Período |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|
| Rosalina Dantas da Silva | 23005.001230/2015-36 | 22/01/2016 a 21/01/2017 |

II – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

José Flávio Sette de Souza

ADMITIR

PORTARIA Nº 039, DE 6 DE MARÇO DE 2017

O SUPERINTENDENTE, EM EXERCÍCIO, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso de suas atribuições legais e de acordo com a Lei nº 11.129/2005 e Portaria Interministerial nº 1.077 de 12/11/2009 e, considerando o memorando n. 09/2016 da Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFGD/EBSERH, **RESOLVE:**

I – **Admitir**, a partir de 1º de março de 2016, na condição de Residente do Programa de Residência Multiprofissional, os profissionais abaixo, habilitados em processo seletivo:

Enfermagem

Suyane Dayane Vieira
Jussara Molina Xavier
Erica de Abreu Procopio
Gabriela Duarte Pereira

Nutrição

Márcia Regina Pereira da Silva Cordeiro

Josiane Gonçalves da Paz
Renata de Matos Vicente
Anne Caroline Genes Nunes

Psicologia

Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira
Andressa Salvino de Matos
Maiara Aparecida Nunes da Silva
Fernando Augusto Gomes Sobreira

II – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

José Flávio Sette de Souza

NOMEAR

PORTARIA Nº 041, DE 6 DE MARÇO DE 2017

O SUPERINTENDENTE, EM EXERCÍCIO, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

RESOLVE:

- I. **Nomear**, por um período de 01 (um) ano, Pregoeiro e Equipe de “Apoio de Pregão” do Hospital Universitário-HU-UFGD/EBSERH, abaixo relacionada, com o objetivo de proceder à elaboração dos editais, contratos de licitação, análise, julgamento e adjudicação das documentações, além de propostas dos processos de compras de materiais, serviços, obras e equipamentos, relativos aos processos de aquisição de bens e serviços do Hospital Universitário da UFGD.

Pregoeiro:

RICARDO FRANÇA DE BRITO – Administrador, Matrícula n.º 2752787.

Equipe de Apoio:

ALEXANDER MATOS LEITÃO – Assistente Administrativo, Matrícula n.º 2313858.

LEANDRO RIBEIRO DA SILVA – Assistente em Administração, Matrícula n.º 1824220.

LUIZ EDUARDO DE VINÍCIUS COSTA E SILVA - Assistente em Administração, Matrícula n.º 1789727.

- II. Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

José Flávio Sette de Souza