

Boletim de Serviço

Nº 160, 19 de setembro de 2018

**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

ROSSIELI SOARES DA SILVA

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente da EBSERH

RICARDO DO CARMO FILHO

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
HOMOLOGAR	4
RESOLUÇÃO N. 78, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	4
APROVAR.....	4
RESOLUÇÃO N. 79, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	4
RESOLUÇÃO N. 80, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	8
RESOLUÇÃO N. 82, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018.....	10
RESOLUÇÃO N. 83, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018.....	20
REGULAMENTAR	20
RESOLUÇÃO N. 81, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	21
SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL	24
DIVULGAR.....	24
PORTARIA N. 273, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018	24
DESIGNAR.....	24
PORTARIA N. 274, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	24
PORTARIA N. 275, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	25
PORTARIA N. 277, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	25
PORTARIA N. 283, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018.....	26
PORTARIA N. 284, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018.....	26
INSTITUIR E COMPOR.....	27
PORTARIA N. 276, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	27
RECOMPOR.....	28
PORTARIA N. 278, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	28
PORTARIA N. 279, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	28
PORTARIA N. 281, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	29
PORTARIA N. 282, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	30
APROVAR.....	31
PORTARIA N. 280, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	31
PORTARIA N. 286, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018.....	36
RECONDUZIR	47
PORTARIA N. 285, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018.....	47
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	47
APROVAR.....	47
PORTARIA N. 31, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018.....	47
PORTARIA N. 32, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018.....	52

COLEGIADO EXECUTIVO

HOMOLOGAR

RESOLUÇÃO N. 78, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

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 12/09/2018,

RESOLVE:

Homologar as resoluções nº 51/2018, 54/2018, 55/2018, 66/2018, 68/2018, 69/2018, 70/2018, 71/2018, 72/2018, 73/2018, 74/2018, 75/2018 e 76/2018 emitidas *ad referendum*.

Ricardo do Carmo Filho

Presidente

APROVAR

RESOLUÇÃO N. 79, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

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 12/09/2018,

RESOLVE:

Aprovar o Procedimento Operacional Padrão – POP – Administrativo, referente a Demandas de Entidades e Órgãos Públicos no HU-UFGD do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

Ricardo do Carmo Filho

Presidente

Procedimento Operacional	POP nº. 06/UAC
Padrão (POP) – ADMINISTRATIVO	
DEMANDAS DE ENTIDADES E ÓRGÃOS PÚBLICOS NO HU-UFGD	Versão: 1.0
Unidade organizacional: Unidade de Apoio Corporativo	
Elaborado por: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores e Alisson Henrique do Prado Farinelli	Data de Criação: 05/04/2018
Revisado por: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores	Data de Revisão: 15/05/2018
Aprovado por: Colegiado Executivo do HU-UFGD	Data de Aprovação: 12/09/2018
Responsável pelo POP: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores	

OBJETIVO: Descrever, organizar e operacionalizar a rotina das demandas de entidades e órgãos públicos recebidas no HU-UFGD.

SIGLAS E ABREVIATURAS: HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados; SEJUR – Setor Jurídico; SIG – Sistema de Informações Gerenciais; UAC – Unidade de Apoio Corporativo.

DEFINIÇÕES: São inquirições realizadas por diversas entidades e órgãos públicos, recebidas no HU-UFGD, oriundas do Poder Judiciário, Ministérios Públicos, Defensorias Públicas e Delegacias de Polícia, para que o HU-UFGD preste esclarecimento quanto aos assuntos questionados.

RESPONSABILIDADES: 1) Unidade de Apoio Corporativo ficará encarregada de analisar os documentos, encaminhá-los aos responsáveis, acompanhar o processo e monitorar o cumprimento dos prazos. **2)** Setor Jurídico: ficará responsável por auxiliar a Superintendência na elaboração das minutas de resposta que envolvam conhecimento técnico-jurídico, mediante solicitação por despacho, instruída com os subsídios devidamente validados.

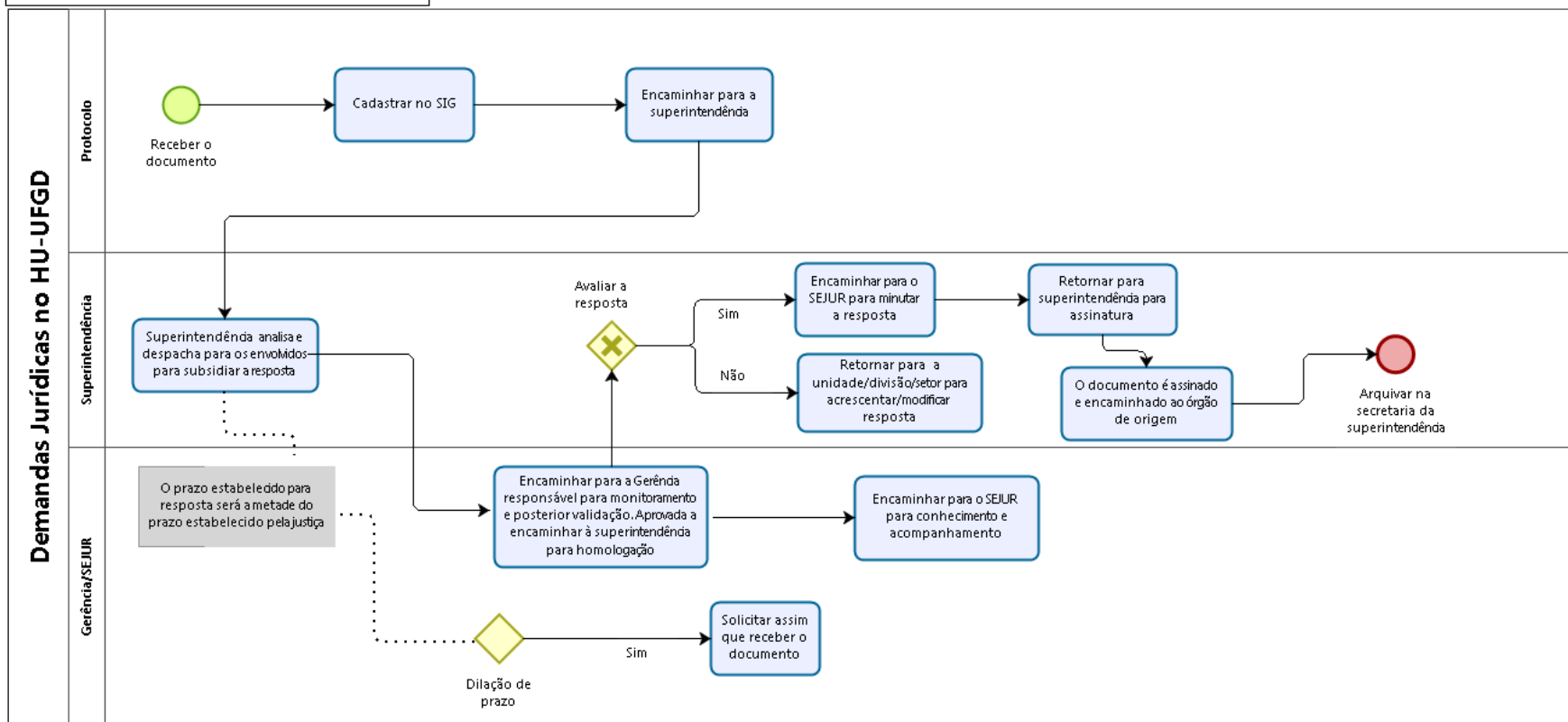
ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. O protocolo receberá os documentos, cadastrará o mesmo no SIG e encaminhará à Superintendência para providências e encaminhamentos necessários. Essa etapa será cumprida no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, considerando os prazos de atendimento das demandas de entidades e órgãos externos.
2. A UAC analisará o documento, destacando o prazo dado para a resposta e encaminhará ao Superintendente que despachará à unidade, setor ou divisão, os quais deverão fornecer subsídios para a resposta;

3. O documento será encaminhado para a gerência responsável pela demanda, para levantamento de informações e monitoramento do prazo e posterior validação dos subsídios colhidos assim como da resposta elaborada por suas Unidades, Setores e Divisões vinculadas;
4. O Superintendente encaminhará cópia do documento ao SEJUR para conhecimento, acompanhamento e elaboração da resposta, mediante recebimento dos subsídios necessários;
5. O documento será encaminhado por e-mail para os envolvidos na resposta, visando agilidade e economicidade;
6. Caso haja necessidade de dilação de prazo, a solicitação deverá ser encaminhada à Secretaria da Superintendência, até o penúltimo dia do prazo estabelecido pelo órgão demandante;
7. As minutas de resposta deverão retornar à Superintendência por e-mail no formato word, bem como a cópia física, validada pelo gerente responsável pela demanda, sem prejuízo da tramitação via sistema de protocolo SIG;
8. Todos os documentos, inclusive os anexos que acompanham as manifestações, deverão ser anexados no SIG, respeitando-se, sempre, o protocolo inicialmente criado no sistema, quando da entrada da demanda no hospital;
9. O Superintendente analisará os subsídios prestados, podendo validá-los ou solicitar complementação às Gerências envolvidas. Caso esteja de acordo, o Superintendente poderá encaminhar toda a documentação ao SEJUR para elaboração de minuta de resposta;
10. O SEJUR encaminhará a minuta de resposta ao Superintendente para análise e assinatura;
11. O ofício de resposta será encaminhado ao órgão de origem do documento. Cumpre à UAC monitorar os atos necessários ao encaminhamento/protocolo do documento, resolvendo eventuais incidentes daí decorrentes;
12. O documento poderá ser encaminhado por e-mail, correios, motorista, protocolo virtual ou peticionamento eletrônico, a depender da exigência da entidade ou órgão requisitante.
13. A cópia do documento será arquivada no SIG e na secretaria da Superintendência.

Demandas de Entidades e Órgãos Públicos no HU-UFG

Autor: Unidade de Apoio Corporativo
Versão: 1.0
Descrição: Processo que descreve o fluxo de demandas jurídicas recebidas no HU-UFGD



RESOLUÇÃO N. 80, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O 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*:

Aprovar o Regimento Interno do Núcleo de Gestão do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (NG-AGHU), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, parte integrante desta resolução.

Ricardo do Carmo Filho

DA NATUREZA

Art. 1º O Núcleo de Gestão (NG) do AGHU (Aplicativo de gestão para Hospitais Universitários) foi implementado para atuar no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), filial da EBSERH, e seus anexos, tendo sido estruturado e organizado conforme determinação da portaria nº 197, de 17 de agosto de 2017 e nomeação em Portaria da Superintendência, de nº 212 de 29 de setembro de 2017.

DA FINALIDADE

Art. 2º NG-AGHU, instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa e operacional, que tem por finalidade estabelecer diretrizes técnicas e operacionais voltadas à implantação e qualificação do AGHU no âmbito do HU-UFGD, substituindo o Núcleo de Informática em Saúde (NIS) e Suporte à Implantação e Sustentação de Sistemas (SIS), instituídos pela Portaria nº 146, de 20 de junho de 2016.

DO OBJETIVO

Art. 3º Primar pelo excelência do registro da informação assistencial do HU-UFGD no AGHU, sendo o aplicativo a ferramenta institucional, que auxilia os gestores no processos de planejamento, contratualização do Sistema Único de Saúde (SUS), regulação, monitoramento e avaliação da atenção hospitalar, executar o processo de implantação e operacionalização do aplicativo, por equipe multiprofissional, de forma integrada entre a área assistencial, administrativa, ensino e de tecnologia da informação, ainda estabelecer um fluxo, entre a Sede e a instância colegiada do HU.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O NG-AGHU deverá ser composto por equipe multiprofissional indicada pela Superintendência, com, no mínimo, 1 (um) representante de cada uma das seguintes áreas: Gerência Administrativa, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa para assuntos relacionados as regras de negócio e Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, acerca dos assuntos técnicos. O NG-AGHU será composto pelos seguintes membros permanentes, que participarão prioritariamente de todas as reuniões:

- I. O NG-AGHU deve contar, permanentemente, com representante(s) do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde – SRAS, indicado pela Superintendência;
- II. O NG-AGHU deverá eleger por maioria simples o Coordenador entre os representantes das áreas definidas no caput deste artigo, e terá mandato de 2 (dois) anos, permitida uma reeleição;
- III. O NG-AGHU deverá escolher de comum acordo pelos seus membros no momento da primeira reunião, qual exercerá a função de Secretário pelo prazo máximo de 1 (um) ano;
- IV. O membro do NG-AGHU que não pode estar presente à reunião deverá indicar um representante.

Art. 5º Serão convidados para as reuniões do NG-AGHU, profissionais de Unidades/Setores do HU-UFGD que possuam conhecimento ou interesse na gestão do AGHU em suas respectivas áreas de conhecimento ou atuação dependendo da pauta da reunião para tratar assuntos inerentes aos seguintes módulos qual(is) representa:

- I. Pacientes;
- II. Internação;
- III. Prescrição (Médica / Enfermagem);
- IV. Ambulatório;
- V. Exames;
- VI. Financeiro (Custos e Faturamento);
- VII. Farmácia;
- VIII. Suprimentos (Estoque);
- IX. Enfermagem (Controles do paciente);
- X. Indicadores;
- XI. Cirurgia.

DAS REUNIÕES

Art. 6º Haverá pelo menos uma reunião ordinária do NG-AGHU a cada dois meses e, extraordinariamente, sempre que necessário, convocado pelo Coordenador, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

Art. 7º As reuniões deverão ocorrer com a presença de, no mínimo 30% dos membros nomeados.

Art. 8º As votações somente se darão com a presença de metade mais um dos membros do NG-AGHU e as decisões serão tomadas por maioria simples.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º O NG-AGHU, no âmbito do HU-UFGD, terá as seguintes atribuições:

- I. Promover a governança do AGHU;
- II. Definir e autorizar solicitação de melhorias no AGHU;
- III. Autorizar e definir cronograma de recebimento de atualizações no AGHU;
- IV. Definir prioridades, prazos e fluxos de demandas de implantação ou implementação de módulos no AGHU;

- V. Definir processos de implantação ou implementação de módulos do AGHU, definir critérios e propor cronograma alinhado com o Comitê Gestor do AGHU (CG-AGHU) da Sede;
- VI. Diagnosticar, planejar e avaliar projetos de implantação ou implementação, operação e sustentação do AGHU;
- VII. Avaliar tecnicamente provável perfil de acesso mais recomendado diante do cargo/função de colaboradores; e orientar às unidades/setores a atribuição de acesso no AGHU;
- VIII. Sempre que necessário, convidar membros de outras Gerências do HU-UFGD, quando o assunto lhe forem compatíveis;
- IX. Participar de reuniões/treinamentos a serem realizadas pela Ebserh Sede e alinhar informações sobre o AGHU entre a Ebserh Sede e as unidades e setores locais;
- X. Participar, a convite da Ebserh Sede, do processo de implantação do AGHU em outros hospitais filiados;
- XI. Apoiar o Serviço de Regulação e Avaliação em Saúde-SRAS no processo interno de qualificação do registro das informações de produção assistencial do AGHU;
- XII. Promover a segurança da informação acerca do AGHU;
- XIII. Outras atribuições acerca do Sistema AGHU, em consonância com as diretrizes definidas pela Ebserh Sede;
- XIV. Demais disposições estão contidas na portaria nº 197, de 17 de agosto de 2017, publicada no boletim de serviço nº 305, de 21 de agosto de 2017, da EBSEH sede;
- XV. E eventuais novas atribuições correlatas ao NG-AGHU.

Art. 10. Revogar as disposições em contrário a esta designação.

RESOLUÇÃO N. 82, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018

O PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSEH, 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 EBSEH, resolve *ad referendum*:

Aprovar a atualização da Normativa Vigilância Patrimonial do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, parte integrante desta resolução.

Ricardo do Carmo Filho

Título I

DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º Normatizar e disciplinar os procedimentos de vigilância patrimonial, por meio de efetivo controle de entrada, circulação, saída de pessoas e bens materiais pelas portarias do Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH), aplicando-se a todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à Unidade de Apoio Operacional (UAO) a gestão da segurança física e patrimonial realizada de modo presencial ou eletrônica, em parceria com o Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI), das dependências do HU-UFGD/EBSERH.

Art. 3º Compete aos gestores, servidores, empregados públicos e demais agentes públicos envolvidos, o cumprimento das normatizações vigentes relacionadas à segurança física e patrimonial atuando como zeladores do bem público e reportando à UAO qualquer caso de desvio de conduta e irregularidades.

Parágrafo Único Nas Unidades fora da área do HU-UFGD/EBSERH, o acompanhamento e adoção de medidas preventivas devem ser observadas por todos os servidores.

CAPÍTULO III

DAS DEPENDÊNCIAS

Art. 4º São dependências do HU-UFGD/EBSERH todas as áreas e prédios que são de propriedade desse ou objetos de locação imobiliária.

CAPÍTULO IV

DO ACESSO E PERMANÊNCIA DE PESSOAS

Seção I

Dos Acessos ao Hospital

Art. 5º O ingresso às dependências do HU-UFGD/EBSERH pode ser feito utilizando os seguintes acessos:

I. **Guarita I**

- a) Entrada de veículos de servidores e empregados públicos para acesso ao estacionamento ou embarque e desembarque de passageiros;
- b) Acesso de fornecedores para carga e descarga de produtos e materiais;
- c) Entrada de veículos de empresas prestadoras de serviço (gás, energia, água/ esgoto, funerárias, entre outras)

II. **Guarita II**

- a) Acesso livre à comunidade, servidores, funcionários de empresas prestadoras de serviços, estagiários, acadêmicos, residentes, profissionais de outros órgãos, religiosos, entre outros.
- III. **Entrada de funcionários:**
- a) Servidores e empregados públicos, desde que, utilizando crachá de identificação;
 - b) Funcionários das empresas prestadoras de serviço no HU-UFGD/EBSERH, desde que, utilizando crachá de identificação e uniforme da empresa;
- IV. **Recepção de Internação:**
- a) Servidores e empregados públicos, desde que, utilizando crachá de identificação;
 - b) Acadêmicos, residentes, estagiários, identificados com crachá.
 - c) Pacientes em internação, marcação de consultas e acesso à ouvidoria;
 - d) Visitantes de empresas fornecedoras e prestadoras de serviço, órgãos públicos, entidades civis, imprensa e outros devidamente identificados com crachás;
 - e) Pronto Atendimento Pediátrico: Acesso para atendimento ambulatorial de crianças até 12 anos e seus acompanhantes, de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h.
- V. **Sala de Visitas:**
- a) Visitantes para pacientes das clínicas, durante os horários estabelecidos de segunda a sexta-feira: – Período matutino: das 09:30h às 10:30h; Período vespertino: das 16:30h às 17:30h. Sábados e Domingos das 15:00h às 17:00h.
 - b) Visitantes para pacientes das UTI's A e B, durante os horários estabelecidos de segunda a sexta-feira: 11:00h às 11:30h e 17:00h às 17:30h. Sábado e Domingo: 11:00h às 11:30h e 15:00h às 15:30h.
 - c) Visitantes para pacientes das UTI - Pediátrica, durante os horários estabelecidos das 10:30h às 11:00h, exceto aos sábados, das 15:00h às 15:30h e das 20:00h às 21:00h.
 - d) Visitantes para pacientes da UTI-Neo, durante os horários estabelecidos: das 09:30h às 10:00h, exceto aos sábados; todos os dias das 15:30h às 16:00h; segunda a quinta-feira das 20:00h às 20:30h.
 - e) Visitantes para pacientes da Unidade Intermediária (UI): das 10:30 às 11:00, exceto domingos; das 16:00h às 16:30 e das 20:30h às 21:00h todos os dias.
 - f) Acompanhantes, durante os horários estabelecidos: Período matutino: das 06:30h às 07:30h; Período vespertino: das 13:30h às 14:30h; Período noturno: das 20:00h às 21:00h.
- VI. **Maternidade:**
- a) Portas abertas por 24h, todos os dias da semana, para pacientes e acompanhantes.
 - b) Visitantes, nos horários estabelecidos de segunda a sexta-feira: período matutino: das 09:30h às 10:30h; período vespertino: das 16:00h às 17:00h; período noturno das 19:30h às 20:30h. Sábados e Domingos das 09:30h às 10:30h e das 16:00h às 17:00h.
- VII. **Almoxarifado Central:**
- a) Localizado na rua Mario Feitosa Rodrigues, 930, bairro Altos do Indaiá.
 - b) Horário de funcionamento de segunda-feira a sexta-feira: das 8h às 11h das 13h às 17.
 - c) Horário para carga e descarga de segunda-feira a sexta-feira: das 8h às 11h das 13h às 16h.
 - d) Entrada de servidores e empregados públicos, desde que, utilizando crachá de identificação no horário estabelecido de funcionamento. Caso haja necessidade de acesso de servidores fora do horário de trabalho, deve haver a autorização da chefia, conforme Seção II, Art. 8º.
 - e) Entrada de funcionários das empresas prestadoras de serviço no HU-UFGD/EBSERH, desde que, utilizando crachá de identificação e uniforme da empresa;

- f) Entrada de fornecedores ou representantes comerciais mediante autorização dos servidores ou empregados públicos lotados na unidade.

Seção II

Dos servidores e demais colaboradores

Art.6º Servidores e empregados públicos e prestadores de serviço são aqueles que no desenvolvimento de suas atividades diárias contribuem para o cumprimento da missão, visão e objetivos do HU-UFGD/EBSERH.

Art. 7º Os servidores, empregados públicos devem utilizar, obrigatoriamente, dentro das dependências do HU-UFGD/EBSERH, os crachás de identificação fornecidos pela Divisão de Gestão de Pessoas, expostos em local de fácil visualização.

Parágrafo Único Os funcionários de empresas prestadoras de serviço, nas dependências do hospital, devem utilizar crachás de identificação e uniforme da empresa.

Art. 8º É proibida a entrada de servidores, empregados e funcionários terceirizados nas dependências do HU-UFGD/EBSERH fora do horário de expediente, salvo em caso de trabalho extraordinário, com autorização da chefia imediata.

Seção III

Dos acadêmicos, residentes e estagiários

Art.9º São aqueles que no ambiente profissional aperfeiçoam o ensino aprendido, por meio de atividades práticas como atendimento e cuidados aos pacientes ou atividades administrativas e as desenvolvem sob a supervisão de profissionais responsáveis de cada área de atuação.

Art.10 A identificação de residentes, acadêmicos e estagiários deve ser feita por meio de crachás:

- I. **Residentes:** utilizar crachás expedidos pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HU-UFGD/EBSERH);
- II. **Estagiários**
 - a) **Estágio Supervisionado:** crachás expedidos pela instituição de ensino ao qual o estagiário é vinculado ou expedidos pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HU-UFGD/EBSERH).
 - b) **Estágio Remunerado:** crachás expedidos pela DivGP - HU-UFGD/EBSERH
- III. **Acadêmicos:** utilizar carteira de identificação do estudante expedida pela faculdade ou pelo centro acadêmico;

Art. 11 Aos acadêmicos, residentes e estagiários não está autorizado a utilização do estacionamento com acesso pela Guarita I.

Seção IV

Dos acompanhantes e visitantes de pacientes

Art.12 Considera-se *acompanhante* pessoa pertencente ou não à família do paciente para acompanhá-lo durante a internação ou para a execução de algum procedimento realizado nas dependências do HU.

Art. 13 Podem ter acompanhante os pacientes nas seguintes situações: menor, idoso, deficiente, doença incurável em estado avançado, estado final de vida, gestantes, puérperas e internados na Unidade Intermediária Neonatal.

§1º. O acompanhante deve ser indicado pelo paciente no início do internamento ou execução do procedimento nas dependências do HU.

§2º. No caso de paciente com necessidade especial ou com dificuldade de comunicação, se o acompanhante não puder ser escolhido pelo paciente, o acompanhamento será prestado pela pessoa que habitualmente lhe assiste.

§3º. No caso de menores, os acompanhantes serão os pais ou representantes legais, ou ainda outros familiares ou pessoas que normalmente substituam os pais.

§4º. O acompanhante deve ser, preferencialmente, maior de idade.

§5º. Excepcionalmente, os pais menores de idade serão autorizados a serem acompanhantes.

§6º. Outros casos esporádicos de acompanhamento por menores de idade deverão ser avaliados pela Unidade Multiprofissional.

Art.14 Deverão acontecer as trocas de acompanhantes nos períodos estabelecidos conforme Art. 5º, inciso V, alínea b.

§1º. É proibida a saída de acompanhantes no horário de visitas e após as 21:30h.

§2º. Casos esporádicos de necessidade de saída de acompanhante fora dos períodos previstos deverão ser avaliados pelo enfermeiro encarregado do plantão.

Art. 15 Considera-se *visitante de paciente* pessoa da família ou que tenha algum tipo de vínculo com o paciente.

Art. 16 Podem receber visitas todos os pacientes internados no HU-UFGD/EBSERH que deverão acontecer nos períodos estabelecidos no Art. 5, inciso V, alínea a:

§1º Os visitantes de pacientes somente poderão permanecer no interior das instalações do HU-UFGD/EBSERH nos horários estabelecidos para este fim.

§2º Na Unidade Intermediária Neonatal a mãe do paciente internado terá o direito de visita ao recém-nascido a qualquer momento durante o dia. A partir das 18h a visita será permitida desde que avaliada pelo responsável de plantão. Nos dois casos a visita poderá ser interrompida caso haja a necessidade por parte da assistência.

§3º Outros casos esporádicos de visitação a pacientes fora do horário pré-definido deverão ser avaliados pelo enfermeiro responsável pelo plantão e autorizado por escrito à equipe de vigilância.

Art. 17 Cada paciente não pode receber simultaneamente mais do que dois visitantes por período do horário de visita.

§1º O controle de tempo de visita caberá ao próprio paciente ou, na sua impossibilidade, aos familiares.

§2º A visita de crianças menores de dez anos é autorizada, embora não recomendada, devendo ser contabilizada como um visitante adulto. Antes da entrada é necessário que a criança passe pela avaliação da equipe de psicologia, exceto nas visitas à maternidade. Em casos excepcionais poderá ser autorizada a visita simultânea de mais do que uma criança, tornando-se necessário a autorização por escrito do enfermeiro responsável.

Art. 18 A visita poderá ser interrompida sempre que:

- I. Existirem razões de natureza médica ou de enfermagem.
- II. A pedido do próprio paciente ou de qualquer outro da mesma enfermaria.
- III. Sempre que o comportamento dos visitantes comprometa o normal funcionamento do serviço.

Art. 19 O direito de visita e o direito ao acompanhamento devem ser exercidos no mais estrito respeito:

- I. Pelas instruções transmitidas pelos profissionais tanto de saúde quanto de apoio.
- II. Pelas regras técnicas relativas à prestação de cuidados de saúde.
- III. Pelas regras de funcionamento da unidade de internamento.
- IV. Pelo cumprimento dos horários estabelecidos.
- V. Desde que a situação clínica o permita e tendo sempre em conta a vontade do paciente.

Art. 20 São deveres dos visitantes e acompanhantes:

- I. Respeitar os horários e regras de funcionamento dos serviços de internamento.
- II. Respeitar as orientações dos profissionais de saúde e da equipe de apoio.
- III. Não circular nas áreas reservadas aos profissionais de saúde.
- IV. Respeitar a privacidade dos pacientes.
- V. Falar em tom de voz baixa.
- VI. Não entregar ao paciente produtos de tabaco, alimentos ou bebidas sem a prévia avaliação e autorização da equipe de nutrição.
- VII. Não filmar ou fotografar nas instalações do Hospital.
- VIII. Abster-se do uso de telefone celular sempre que este interfira no funcionamento do serviço ou a privacidade dos pacientes.
- IX. Não fumar dentro das instalações do hospital.

§1º Os visitante e acompanhantes são responsáveis pelos prejuízos que causarem nas instalações do HU-UFGD/EBSERH.

§2º A guarda dos pertences dos visitantes e acompanhantes cabe a estes a responsabilidade, sendo que o HU-UFGD/EBSERH não se responsabiliza por possíveis avarias ou furtos.

Art. 21 Todos os visitantes de pacientes e acompanhantes receberão adesivos de identificação fornecidas pela equipe de recepção, no momento de sua entrada, com cor específica e data registrada do acesso, para autorização de entrada e circulação no hospital durante o tempo em que permanecer nas dependências.

§1º Os adesivos de identificação começarão a ser distribuídos pela recepcionista com uma hora de antecedência do horário programado para visitas. Eles serão entregues mediante confirmação do nome do paciente e a apresentação de um documento de identificação com foto do visitante/acompanhante.

§2º Os adesivos devem ser fixados na roupa e em local visível a todos.

Art. 22 Todos os visitantes de pacientes e acompanhantes deverão identificar-se, apresentando documento pessoal a equipe de recepção no momento da entrada e saída da visita ou acompanhamento.

Art. 23 Todos os acompanhantes e visitantes que portarem bolsas e sacolas deverão abri-las e mostrar a equipe de vigilância para verificação visual do interior, conforme estabelecido no Capítulo IV desta norma.

Art. 24 A entrada de visitantes e acompanhantes de pacientes será realizada pela recepção de visitantes conforme estabelecido no *inciso V*.

Seção IV

Dos visitantes e outros profissionais

Art.25 Recebem o nome de visitante e outros profissionais, pessoas de órgãos públicos ou entidade civil, empresas fornecedoras e prestadoras de serviço, imprensa e outros que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências do HU-UFGD/EBSERH.

Parágrafo Único Todos os profissionais deverão ter sua entrada autorizada por servidor do HU-UFGD/EBSERH, exceto, os descritos no artigo 29 desta seção.

Art. 26 Os profissionais de órgãos públicos, entidades civis e empresas devem estar com crachás de identificação que comprovem o desenvolvimento da atividade.

Art. 27 Exceto em caso de carga e descarga de materiais, a entrada destes profissionais deverá ser feita exclusivamente pela recepção de internação, conforme Art. 5º, Inciso IV.

Art. 28 Nos casos referente a carga e descarga de produtos e materiais o acesso se faz pela Guarita 1, conforme Art. 5º, Inciso I.

§1º A descarga de produtos e materiais devem ser realizadas no entreposto do almoxarifado e Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF), ou onde for indicado pelo responsável do setor. As entregas de grandes quantidades de produtos referente a empresa prestadora de serviço de lavanderia devem ser descarregados no galpão localizado nos fundos do hospital.

§2º A autorização de entrada deve ser feita pelo setor ou servidor diretamente ligado ao profissional ou órgão visitante, inclusive para carga e descarga de produtos e materiais, e só serão liberados com o acompanhamento do Fiscal ou Gestor do contrato de prestação de serviços das empresas terceirizadas.

Art. 29 É vedado aos vigilantes impedirem o acesso, em qualquer horário, dos profissionais dos seguintes órgãos e instituições:

- I. Conselhos de Saúde (Municipal, Regional, Federal)
- II. Vigilância Sanitária
- III. Órgãos de Segurança Pública quando em efetivo exercício (Polícias Militar, Civil, Federal e Corpo de Bombeiros)
- IV. Líderes religiosos

§1º Caso a entrada destes profissionais, exceto líderes religiosos, seja feita no horário compreendido entre 7h às 17h, de segunda a sexta-feira, a Superintendência deve ser imediatamente informada.

§2º Se a entrada for em horário diferente do citado no parágrafo primeiro deste artigo deve-se registrar o acesso em ata com o nome do profissional, número da identidade e órgão pertencente e informar à Superintendência no primeiro horário do próximo dia útil.

§3º A entrada dos profissionais destes órgãos e instituições será acompanhada de um servidor do setor que será visitado, devendo o visitante aguardar o servidor na recepção de internação.

§4º Os acessos dos líderes religiosos devem ser registrados, identificados por meio da carteira religiosa e documento pessoal. Deve ser informado à unidade ou posto de enfermagem no qual o paciente a ser visitado estiver internado para posterior liberação de entrada.

Art. 30 As visitas religiosas serão realizadas durante todos os dias da semana, nos horários agendados juntos à capelania do HU-UFGD/EBSERH.

Parágrafo Único O trânsito destes visitantes pelo hospital está condicionado ao programado na capelania e restrito aos locais especificados de visitas já registrados, desde que, utilizando-se o crachá fornecido no momento de sua entrada.

Seção V

Do controle de acesso de veículos e estacionamento

Art. 31 O acesso de veículos ao HU-UFGD/EBSERH será feito utilizando as duas guaritas disponíveis para entrada de veículos, conforme Art. 5º desta norma.

Art. 32 Os veículos deverão sempre obedecer a sinalização horizontal e vertical dos estacionamentos, deixando seus veículos nos locais permitidos.

Art. 33 É expressamente proibido parar ou estacionar nos locais destinados a idosos e pessoas com deficiência, caso não se enquadre em nenhuma dessas condições e os carros não possuam identificação.

Art. 34 Os motoristas devem respeitar as placas sinalizadoras de velocidade afixadas nos estacionamentos localizados nas dependências do HU-UFGD/EBSERH.

Art. 35 As normas de trânsito dentro dos estacionamentos do HU-UFGD-EBSERH, obedecem ao estabelecido pelo Código de Trânsito Brasileiro.

CAPÍTULO III DAS PROIBIÇÕES

Art. 36 É vedado (a):

§1º O ingresso de pessoas com finalidade de comercializar, pedir donativos ou práticas congêneres.

§2º O ingresso de pessoa ou objeto que represente potencial ameaça à integridade física ou moral da instituição, dos servidores, acadêmicos, estagiários, paciente ou de terceiros, tais como objetos contundentes, perfurantes ou cortantes, bem como de substâncias que apresentem risco potencial a pessoas ou bens, como artefatos explosivos ou substâncias químicas.

§3º O porte de armas de quaisquer espécies, inclusive armas de fogo nas dependências do HU-UFGD/EBSERH, mesmo se tratando de pessoas legalmente autorizadas a portar arma, excetuadas as seguintes hipóteses:

- I. Empregados de empresas contratadas pelo hospital para fins de prestação de serviços de vigilância armada, quando em serviço;
- II. Vigilantes armados prestadores de serviços em agência(s) bancária(s) ou posto(s) de atendimento bancário instalado(s) nos prédios do HU-UFGD/EBSERH, em razão de suas atividades profissionais nas dependências deste hospital, quando em serviço.
- III. Vigilantes armados empregados de empresas de transporte de valores, durante o tempo necessário ao exercício de suas atividades profissionais.
- IV. Integrantes do quadro efetivo de agentes e guardas prisionais, bem como policiais militares, civis ou federais na condição de membros de escolta de presos, de vítimas ou de testemunhas internadas no HU-UFGD/EBSERH, quando em efetivo exercício desta função.

§4º Visitantes e pessoas não autorizadas em locais não permitidos.

§5º A entrada de acompanhantes e/ou visitantes com sinal de embriaguez ou sob uso de entorpecentes.

§6º A entrada de alimentos, exceto com autorização expressa da equipe da Unidade de Nutrição Clínica ou do médico responsável pelo paciente;

§7º Pessoas fumando cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer produto fumífero, derivado ou não do tabaco. A proibição se estende as áreas do solário e estacionamento de funcionários e usuários.

§8º A retirada de equipamentos ou medicamentos das dependências do HU-UFGD/EBSERH;

- I. A retirada de equipamentos pode ser realizada excepcionalmente quando autorizada pela Unidade de Patrimônio e Superintendência.

§9º A entrada de qualquer item de enxoval nas dependências do HU-UFGD/EBSERH sem autorização **do Setor de Hotelaria Hospitalar.**

- I. No período noturno, finais de semana e feriados a autorização pode ser emitida pelo enfermeiro responsável pelo posto em que o paciente estiver internado.

§10º A **circulação de roupas** privativas das dependências do HU-UFGD/EBSERH, conforme Resolução 25 de 13 de junho de 2014, publicada no Boletim de Serviço nº 06, de 30 de junho de 2014.

- I. No caso de saída dos profissionais do HU-UFGD/EBSERH com estas roupas, a vigilância deve registrar em ata o nome do profissional e o horário de saída e informar imediatamente à UAO.

§11º A entrada de desodorante aerossol para utilização dos pacientes, exceto para os internados nas UTI's.

CAPÍTULO IV DOS REGISTROS

Art. 37 O registro de entrada de pessoas deve ser feito pelas recepcionistas dos locais correspondentes de acesso com especificação de nome, RG, nome do paciente e seu respectivo leito.

§1º Compete às recepcionistas, após a identificação e registro de visitantes e acompanhantes realizarem a entrega do adesivo correspondente à área visitada.

§2º Compete à vigilância verificar se o visitante e/ou acompanhante possui o adesivo específico e a data de entrada discriminada antes da liberação do acesso às dependências do hospital

Art. 38 Será feito, na Guarita I, o registro de entrada dos veículos de fornecedores que farão carga e descarga nas dependências do HU-UFGD/EBSERH, especificando nome, RG, placa do veículo, data e horário de entrada e saída, número da nota fiscal e nome do fornecedor.

Art. 39 Toda entrada e saída de equipamentos pertencentes ao HU-UFGD/EBSERH deve estar acompanhada por documento de autorização emitido pela Unidade de Patrimônio. A entrada e saída deverá ser realizada pelo Almoxarifado.

Art. 40 A entrada e saída de eletrônicos de terceiros será feita mediante registro do vigilante em adesivo próprio, colado no próprio aparelho.

Art. 41 Todo posto de vigilância implementado no HU-UFGD/EBSERH conta com um livro de atas onde são anotadas todas as ocorrências registradas nos períodos de plantão. As ocorrências mais graves, serão reportadas pelos vigilantes, com cópia da ata, à UAO que deverá tomar ciência e, conforme o caso, as providências cabíveis.

Art. 42 O controle de chaves deve ser feito pelos vigilantes, registrando sempre o nome dos servidores que as entrega e as recebe.

Art. 43 A entrada de bolsas e sacolas está condicionada à verificação visual do seu interior pelos vigilantes.

Parágrafo único - Quando houver qualquer material com acesso proibido, esse deverá ser solicitado, mantendo-se na guarda dos vigilantes até a saída do seu proprietário.

CAPÍTULO V DOS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44 Constitui-se em dever de todos os servidores, empregados públicos e prestadores de serviço do HU-UFGD/EBSERH zelar pelo patrimônio público, adotando ações preventivas ou notificando e

registrando ocorrências de qualquer suspeita, indício, incidente ou irregularidade de segurança patrimonial com a maior brevidade possível.

Parágrafo único. As notificações de incidentes contra o bem público devem ser comunicados à UAO para que as devidas providências sejam tomadas.

RESOLUÇÃO N. 83, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018

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 12/09/2018,

RESOLVE:

Aprovar a padronização dos documentos do Núcleo de Comissões Hospitalares (NCH) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

Compete a todos os colaboradores integrantes das comissões hospitalares zelar pelo uso correto dos modelos dos documentos, como forma de contribuir para a padronização da identidade visual do HU-UFGD.

Todos os modelos estão disponíveis para download no endereço <http://intranet.ebserh.gov.br/meu-hospital/hu-ufgd>, sendo que não há necessidade de realização de login no sistema para acesso aos arquivos.

Os modelos foram desenvolvidos por meio de pesquisa realizada pelo Núcleo de Comissões Hospitalares, em parceria com a Unidade de Apoio Corporativo.

Cabe ressaltar que o repositório onde se encontram os modelos pode ter seu conteúdo alterado, de acordo com a necessidade. A alteração ou a criação de novos modelos que se julguem necessários por integrantes da comunidade hospitalar deve ser solicitada ao Núcleo de Comissões Hospitalares do HU-UFGD, sendo analisado cada caso individualmente.

Esta resolução entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Ricardo do Carmo Filho
Presidente

REGULAMENTAR

RESOLUÇÃO N. 81, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

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 12/09/2018,

Considerando:

1. Que o sobreaviso é uma modalidade de prática assistencial, utilizada em serviços de assistência médica em todo o país, públicos e privados, que tem por objetivo otimizar os atendimentos de variadas especialidades médicas, sem exigir plantão presencial;
2. Que os médicos em regime de sobreaviso são os especialistas que atuam em um segundo momento, após a ação do plantonista que presta o atendimento imediato ao paciente, não necessitando assim permanecer em plantão presencial;
3. Que o HU-UFGD é um hospital inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), que presta assistência aos pacientes utilizando leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI pediátrico e UTI neonatal bem como, realiza atenção em várias especialidades clínicas e cirúrgicas que demandam especialistas em regime de plantão de sobreaviso, como nos serviços de cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, neurologia pediátrica, cardiologia, entre outros;
4. Que a ausência desses especialistas em regime de sobreaviso pode implicar em risco elevado de danos graves ou de mortes para os pacientes;
5. A impossibilidade de remuneração do plantão de sobreaviso ao servidor médico regido pelo Regime Jurídico Único (RJU), além da sua remuneração normal, por inexistência de previsão legal e orçamentária para esta finalidade na EBSERH;
6. Que a Ebserh, na Norma Operacional 007/2015 – DGP (Diretoria de Gestão de Pessoas), regulamentou o funcionamento do plantão de sobreaviso para os empregados públicos a ela vinculados, regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho);
7. A Portaria nº 895, de 31 de março de 2017, a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que discorrem sobre os seguintes recursos assistenciais nas UTIs e estabelece as Unidades de Terapia Intensiva como componentes da linha de cuidado progressivo do paciente crítico ou grave e os critérios de classificação dos leitos de terapia intensiva;
8. As deliberações aprovadas pelas Resolução do Colegiado Executivo do Hospital Universitários Onofre Lopes, filial Ebserh, n.º 005, de 20 de outubro de 2017 e da Resolução n.º 76, de 19 de julho de 2018 do Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro, que versam sobre o assunto.

RESOLVE:

Art. 1.º **Regulamentar** o regime de plantão de sobreaviso do HU-UFGD para os médicos regidos pelo RJU, funcionando complementarmente ao regime de sobreaviso para os médicos contratados pela Ebserh, regidos pela CLT e norma regulamentadora própria.

Art. 2.º A participação em escalas de sobreaviso é opcional e requer a concordância formal do médico e das chefias das Unidades Organizacionais aos quais os servidores estão vinculados e deve ser concedida mediante fundamentação de necessidade, mantida enquanto a necessidade perdurar, não gerando qualquer direito ou expectativa quanto a sua continuidade.

Art. 3.º O plantão de sobreaviso deverá ser contabilizado como parte de carga horária contratada do profissional médico, desde que guardada a relação de 1 hora de sobreaviso para cada 1/3 de hora presencial, de forma que, por exemplo, 12 (doze) horas de sobreaviso equivalem a 4 (quatro) horas presenciais.

Art. 4.º A quantidade de horas do plantão de sobreaviso não poderá ultrapassar a metade da carga horária total do servidor por semana.

§ 1.º Tratando-se de médico admitido em regime de 40 (quarenta) horas semanais, o servidor poderá disponibilizar até, no máximo, 20 (vinte) horas por semana de sua carga horária contratual para escala de sobreaviso.

§ 2.º Para o médico admitido em regime de 20 (vinte) horas semanais, a disponibilização máxima de carga horária para escala de sobreaviso será de 10 (dez) horas semanais.

§ 3.º Ocorrendo situação de extrema necessidade das Unidades Assistenciais, justificadamente, a carga horária disponibilizada para escala de sobreaviso, frente à carga horária contratual, poderá ser aumentada.

Art. 5.º O plantão de sobreaviso ocorrerá nos horários noturnos de qualquer dia da semana, nos finais de semana, em feriados e em dias de ponto facultativo.

Parágrafo único. Em situação extrema de necessidade, justificadamente, a escala de sobreaviso poderá ser estabelecida em outros horários além dos previstos no caput deste artigo.

Art. 6.º O médico escalado para cumprir plantão de sobreaviso deverá estar acessível e atender prontamente, por telefone, ao chamado do hospital.

Parágrafo único. O médico em escala de sobreaviso não deverá realizar atividades que o impeçam de comparecer ao serviço ou que retardem, quando convocado, o seu comparecimento.

Art. 7.º Ao ser convocado para atender a uma ocorrência, o médico em plantão de sobreaviso deverá registrar sua entrada e saída do hospital nos equipamentos de ponto eletrônico.

Parágrafo único. O intervalo de tempo registrado equivalerá a hora trabalhada para efeito do cálculo das horas a serem abatidas da carga horária semanal.

Art. 8.º A atuação em escala de sobreaviso não dispensa o médico do cumprimento de todos os deveres inerentes ao regime de trabalho, nem desobriga ao atendimento de outras convocações de natureza extraordinária, eventualmente necessárias ao serviço.

Art. 9.º Poderá haver plantão em escalas de sobreaviso nas seguintes Unidades Organizacionais:

I - cirurgia vascular;

II - cirurgia pediátrica;

III- nefrologia;

IV – neurologia pediátrica;

V – neurologia;

VI – cardiologia;

VII – cardiologia pediátrica;

VIII - urologia;

IX – anestesiologia;

X - ginecologia;

XI - ecocardiografia pediátrico;

XII – ultrassonografia;

XIII – Responsabilidade Técnica de UTIs.

Parágrafo único. Havendo necessidade de implantação de escala de sobreaviso em outras Unidades Organizacionais, além dos relacionados nos incisos do caput deste artigo, o Colegiado Executivo poderá aprovar a sua inclusão, passando as Unidades Assistenciais a elaborar escala de serviço de sobreaviso e a executá-la na forma como dispõe esta resolução.

Art. 10. Deverá compor o processo de solicitação de escala de sobreaviso, para qualquer uma das Unidades Assistenciais relacionadas nos incisos do caput do artigo 9.º, os seguintes documentos:

I - termo de concordância do médico interessado;

II - justificativa para implantação da escala de sobreaviso, elaborada pela chefia da Unidade, do serviço ou comissão;

III - proposta de escala de sobreaviso para a unidade, serviço ou comissão;

IV - manifestação da chefia das Divisões ou Setores aos quais as Unidades Assistenciais estão subordinados e da Gerência de Atenção à Saúde com a análise e parecer sobre a concessão.

Art. 11. A escala de plantão de sobreaviso deverá ser efetuada por cada Unidade Assistencial e publicizada, até o 15.º (décimo quinto) dia do mês antecedente àquele para o qual a escala foi elaborada, no sítio eletrônico da Instituição e nas Unidades interessadas.

Art. 12. A escala de plantão de sobreaviso em cada Unidade Assistencial persistirá enquanto houver necessidade e for do interesse da instituição.

Art. 13. O descumprimento das determinações previstas nesta Resolução é passível de sanções, em conformidade com os Regulamentos Internos e Legislações aplicáveis ao servidor RJU.

Art. 14. O Colegiado Executivo do HU-UFGD apreciará e decidirá sobre situações omissas ou conflituosas decorrentes da execução das escalas de sobreaviso nas Unidades organizacionais.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ricardo do Carmo Filho
Presidente

SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL

DIVULGAR

PORTARIA N. 273, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º **Divulgar** os selecionados no processo de recrutamento interno para o exercício de função gratificada no HU-UFGD.

DANIEL CONTERNO LEMOS - Unidade do Sistema Cardiovascular e Respiratório

CENY LONGHI REZENDE - Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Ricardo do Carmo Filho

DESIGNAR

PORTARIA N. 274, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º - **Designar** DANIEL CONTERNO LEMOS, matrícula/SIAPE n. 2343328, Médico - Hemodinâmica e Cardiologia, como substituto do cargo de chefe da Unidade do Sistema Cardiovascular e Respiratório do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh.

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

Ricardo do Carmo Filho

PORTARIA N. 275, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º - **Designar** CENY LONGHI REZENDE, matrícula/SIAPE n. 2205327, Enfermeiro - Saúde da Mulher, como substituto do cargo de chefe da Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh.

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

Ricardo do Carmo Filho

PORTARIA N. 277, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O DIRETOR-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 182, de 20 de março de 2018, publicada no Boletim de Serviço da UFGD n. 2965, de 23 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **Designar** a servidora **NOELMA SANTOS DE SOUZA**, assistente administrativo, SIAPE n. 1769691, para realizar a gestão do contrato 19/2018, celebrado entre o Hospital Universitário da UFGD/EBSERH e a empresa **HENRY EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS E SISTEMAS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o n. 01.245.055/0001-24, referente a aquisição de solução integrada de controle eletrônico de frequência, para atender as necessidades do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, conforme especificações técnicas previstas no Termo de Referência do processo n. 23005.005.003732/2018-44.

- II. **Designar** a servidora **DANIELLY VIEIRA CAPOANO**, analista administrativo - contabilidade, SIAPE n. 2821403, para substituir a gestora **Noelma Santos De Souza**, em suas ausências e impedimentos legais.
- III. **Designar** a servidora **PATRICIA BALDINI SANTANA**, assistente administrativo, SIAPE n. 2129564, para realizar a fiscalização técnica do contrato 19/2018, celebrado entre o Hospital Universitário da UFGD/EBSERH e a empresa **HENRY EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS E SISTEMAS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o n. 01.245.055/0001-24, referente a aquisição de solução integrada de controle eletrônico de frequência, para atender as necessidades do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, conforme especificações técnicas previstas no Termo de Referência do processo n. 23005.005.003732/2018-44.
- IV. **Designar** a servidora **REGIANE AZEVEDO DE SOUZA**, assistente administrativo, SIAPE n. 1819551, para substituir a fiscal técnica **Patricia Baldini Santana**, em suas ausências e impedimentos legais.
- V. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

PORTARIA N. 283, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **Designar** VIVIANE REGINA NORO, Matrícula SIAPE nº 2129601, ocupante do cargo biomédico, lotado no HU-UFGD, para atuar como COMISSÁRIA e conduzir procedimento de Investigação Preliminar visando à apuração de fato considerado irregular descrito no Processo nº 23529.005068/2018-69, através da coleta de provas, depoimentos e demais diligências porventura necessárias.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para a conclusão dos trabalhos do comissário.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Ricardo do Carmo Filho

PORTARIA N. 284, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **Designar** LEONORA CORRÊA DA COSTA DE MARCHI, Matrícula SIAPE nº 2129522, ocupante do cargo farmacêutico lotado no HU-UFGD, para atuar como COMISSÁRIA e conduzir procedimento de Investigação Preliminar visando à apuração de fato considerado irregular descrito no Processo nº 23529.005069/2018-11, através da coleta de provas, depoimentos e demais diligências porventura necessárias.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para a conclusão dos trabalhos do comissário.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Ricardo do Carmo Filho

INSTITUIR E COMPOR

PORTARIA N. 276, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

Considerando a Instrução Normativa nº 05 de 2017, publicada em 26 de maio de 2017, dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e revoga a Instrução Normativa nº 2, de 30 de abril de 2008 que tratava anteriormente sobre o tema.

RESOLVE:

- I. **INSTITUIR e COMPOR** a Equipe de **Planejamento para contratação de serviço especializado de manutenção preventiva e corretiva de aparelho de Raio-X da marca Siemens** para o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, com os membros a seguir:

Flávia Lefort Lamanna – Matrícula/Siape 2173487

Jean Wilson Mota – Matrícula/Siape 1810267

Cássio Rodolfo da Silva Mota - Matrícula/Siape 2279358

André Luiz Pegorare - Matrícula/Siape 1920978

- II. Esta Portaria entra em vigor na data da assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

RECOMPOR

PORTARIA N. 278, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **RECOMPOR** a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, com os membros a seguir:

Ivanete Damer - Enfermeira, COREN/MS nº 149793 - **Presidente**

Pedro Cubas Siqueira Junior - Enfermeiro, COREN/MS nº 171501 - **Vice-Presidente**

Viviane Silva Santos - Enfermeira, COREN/MS nº 428488 - **Secretária**

Ana Kelly Alexandre Martins Soares – Enfermeira, COREN/MS nº 397732.

Antonio Romário Martins - Técnico em Enfermagem, COREN/MS nº 467705.

Dilmara Casaril - Técnica em Enfermagem, COREN/MS nº 242192.

Graziana Silva Cerqueira - Enfermeira, COREN/MS nº 149481.

Maria de Fátima Brito Alcântara - Técnica em Enfermagem, COREN/MS nº 137299.

Sueli Terezinha Militao - Técnica em Enfermagem, COREN/MS nº 269514

- II. Esta portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

PORTARIA N. 279, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **RECOMPOR** a Núcleo Interno de Regulação (NIR), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, com os membros a seguir:

Coordenadora Médica

Carla Cristiane Urnau

Médicos Reguladores

Rita de Cássia da Cruz Oliveira

Elisa Cabral Nascimento

Vitor Arce Cathcart Ferreira

Fernanda Alves Luiz Rodrigues

Enfermeiros

Fernanda Raquel Ritz Araújo Alencar

Rubens Calixto de Barros

Juliana Santos Attílio

Marjore Ester Dias Maciel

Técnicos de Enfermagem

Cheila Machado Cavalcante

Michele de Araújo Marques

Auxiliar de Enfermagem

Roseli Pereira Dan

Membro Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

Marcos Luís Lourenção

Membro Chefe da Unidade de Regulação Assistencial

Hélcio de Brito Lima

- II. Esta Portaria entra em vigor a partir da data da sua assinatura, com efeitos retroativos a contar de 28 de julho de 2018.

Ricardo do Carmo Filho

PORTARIA N. 281, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **RECOMPOR** a Comissão de Educação Permanente (CEdP), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, com os membros a seguir:

Priscyla Tainan Camargo - **Presidente**

Camila Fortes Correa - **Vice-Presidente**

Márcia Andrea Lial Sertão - **Secretária**

Érika Leite Ferraz Libório
Laura Cyrineu Munhoz e Silva
Leidimara Zanfolim
Lillian Dias Castilho
Márcia Strassburger Araújo
Maria Cristina Correa de Souza
Tiago Amador Correa

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

Ricardo do Carmo Filho

PORTARIA N. 282, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **Recompôr**, com os membros a abaixo, a Comissão de Jornada de Trabalho Flexibilizada.

Representantes do SINTEF:

Andressa Cecilia Almeida Bachega Casari – Faculdade de Engenharia

Alina Paula de Carvalho Martelli – Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica

Adalberto Vital dos Santos Junior – Unidade Psicossocial

Naara Siqueira de Aragão Rocha – Unidade Multiprofissional

Celso Aparecido da Silva Barbosa – Unidade de Apoio Operacional

Igor Holzbach – Unidade de Processo de Informação Assistencial

Mariana Fabiane Garcia Travassos – Gerência de Ensino e Pesquisa

Representantes do HU-UFGD:

Junio Eduvirgem - Superintendência

Kaue Felipe Ramos de Souza – Gerência de Atenção à Saúde

Deise Pinheiro Viera – Gerência Administrativa

Juliana Santos Attilio – Divisão de Enfermagem

Aline Cristina Scholz Carneiro - Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica

Janielly Alves Gonçalves – Setor de Farmácia Hospitalar

Simara de Souza Elias - Unidade Multiprofissional

- II. Esta Portaria entra em vigor na data da assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

APROVAR

PORTARIA N. 280, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **APROVAR** o Plano de Ação de 2018 da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, parte integrante desta portaria;
- II. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

PLANO DE AÇÃO

Item	O que será feito? (What?)	Por que será feito? (Why)	Como será feito? (How)	Onde será feito? (Where?)	Quem fará? (Who?)	Quando será feito? (When?)	Quanto será o custo (How much?)
1	Empossamento dos membros da CEE	Por obrigatoriedade conforme exigência do COREN e pela necessidade;	Através de orientação do COREN e documento emitido pelo Conselho	No auditório HU – UFGD ou local pré-agendado pelo COREN	COREN-MS	Sempre que houver recomposição da CEE	Sem custo
2	Recomposição da CEE	Por obrigatoriedade conforme exigência do COREN e pela necessidade;	Através de orientação do COREN e publicação em Boletim de Serviço da Ebserh	Nas reuniões da CEE e por meio de publicação do boletim de serviço	Indicação da Divisão de Enfermagem e da própria Comissão	Sempre que houver necessidade	Sem custo
3	Rever e Realizar mudanças no Regimento	Por obrigatoriedade conforme exigência do COREN e pela necessidade	Através de orientação do COREN e aprovação do jurídico do COREN e do Hospital	Nas reuniões da CEE	Membros da CEE	Setembro 2018	Sem custo

4	Atividades e reuniões ordinárias e extraordinárias (conforme demanda);	Por obrigatoriedade conforme Regimento da CEE e pela necessidade;	Reuniões agendadas previamente de acordo com o cronograma estabelecido	Saguão do Auditório e sala de reunião da Biblioteca	Membros da CEE	Mensalmente e quando houver necessidade	Sem custo
5	Integrar a CEE junto à comunidade hospitalar	Para oferecer suporte e orientação para a equipe assistencial e gerencial, além de apoiar o usuário do serviço hospitalar	Disponibilizando formulários para denúncias, visitando setores e através de ações educativas.	Nos diversos setores do hospital, contatos diretos e indiretos	Membros da CEE	Permanente	Sem custo
6	Recebimento de denúncias e averiguação dos casos para devido encaminhamento	Por obrigatoriedade conforme normativas vigentes	Revisão de código de ética, dando atenção às leis e resoluções pertinentes.	Em reuniões da CEE	Membros da CEE e aprovação pelo colegiado executivo, ouvidoria ou formulários impressos	Após o curso de Capacitação/ Treinamento do COREN/MS	Sem custo
7	Capacitação com participação em Congressos/ Cursos	Para aprimoramento dos membros da CEE	Cursos de exigência do COREN, solicitados à Gestão de Pessoas; e Congressos após autorização da chefia de Enfermagem	Em locais que ofereçam tais capacitações	Membros da CEE	Permanente	A definir

8	Ações educativas	Para capacitar membros e funcionários ligados a assistência e gerência	Discussões de casos, levantamento de soluções de problemas e palestras	Em locais variados, como nos setores e auditório	Membros da CEE, técnicos, enfermeiros e auxiliares	Permanente	Sem estimativa
9	Levantamento dos principais problemas que causam denúncias	Para dar conhecimento das falhas mais cometidas, no intuito de contribuir para a criação de um plano de ação para Divisão de Enfermagem e zelar pelos princípios éticos	Através das denúncias enviadas à CEE e também informações colhidas pela Ouvidoria	Nos diversos setores do hospital	CEE	Após o curso de Capacitação/Treinamento do COREN/MS	Sem custo
10	Relatório ao COREN	Por obrigatoriedade conforme normativas e pela necessidade;	A partir dos relatórios e pareceres dos casos recebidos e pelas atividades desenvolvidas	HU-UFGD	Presidente da CEE	Conforme demanda	Sem custo
11	Encontro com Representante do COREN / COFEN	Para esclarecer dúvidas dos profissionais da enfermagem	Através de encontros pré-agendados	Auditório do HU	COREN /MS e ou COFEN	Ver a disponibilidade e do COREN e ou COFEN	A definir
12	Divulgação dos capítulos do Código de CEE	Para esclarecer dúvidas dos profissionais da enfermagem	Através da publicação em mídia interna e murais dos setores	Todos os setores de enfermagem do HU	CEE	Permanente	A definir

<p>13</p>	<p>Comunicar formalmente ao COREN –MS, indícios de exercício ilegal da profissão, e ou quaisquer indícios de infração da lei do exercício profissional e de outros documentos afins</p>	<p>Por obrigatoriedade conforme normativas e pela necessidade;</p>	<p>Através das denúncias enviadas à CEE e também informações colhidas pela Ouvidoria</p>	<p>Todos os setores de enfermagem do HU</p>	<p>Membros da CEE.</p>	<p>Sempre que houver necessidade</p>	<p>Sem custo</p>
<p>14</p>	<p>Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na Instituição</p>	<p>Para oferecer suporte e orientação para a equipe assistencial e gerencial, além de apoiar o usuário do serviço hospitalar</p>	<p>Averiguando condições de trabalho e suas compatibilidades, com desempenho profissional, bem como a qualidade do dispensado ao cliente e família;</p>	<p>Todos os setores de enfermagem do HU</p>	<p>Membros da CEE</p>	<p>Após o curso de Capacitação/ Treinamento do COREN/MS</p>	<p>Sem custo</p>

PORTARIA N. 286, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **APROVAR** o Plano de Ação de 2018 do Comitê Transfusional (CT) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, parte integrante desta portaria;
- II. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

PLANO DE AÇÃO DE ACORDO COM AVALIAÇÃO DO HEMOSUL DE 19 A 20/07/17

AT=agência POP=procedimento operacional padrão
transfusional

Coleta de amostras e cadastro do paciente

Requisitos atendidos	Principal problema	Solução	Responsáveis pela ação	Prazo necessário	Observações	Concluído
1	Elaboração e atualização do POP	eO POP já está atualizado e revisado conforme a RDC vigente.	Equipe da AT	enviado para publicação prevista para setembro de 2017 no boletim de serviço		sim
2	Treinamento dos funcionários da agência transfusional.	Elaboração de ata de treinamento de funcionário e colaboradores da agência; treinamento de reciclagem da agência semestral	Hemocentro de Dourados	sem prazo	Memorando solicitando treinamento continuado	não
4 e 5	Coleta, identificação e transporte das amostras	Treinamento para a correta identificação dos tubos; utilizar caixas térmicas com termômetro e identificação de risco biológico para transporte das amostras;	Treinamento interno dos funcionários pela líder de Equipe Tábita Branquinho,	imediatamente trimestral	check list de habilidades necessárias, início em outubro	sim

Imuno-hematologia do receptor

Requisitos atendidos	Principal problema	Solução	Responsáveis pela ação	Prazo necessário	Observações	Concluído
1	Elaboração	eO POP já está atualizado e revisado	Equipe da AT	enviado para publicação		sim

atualização do POP conforme a RDC vigente.

2	Mapas de Gerenciamento dos mapas pelo líder temperatura sem de equipe com frequência semanal gerenciamento	Líder de equipe	imediatro	Preenchimento do formulário de gerenciamento, com relatório semanal	sim	
3	Insumos vencidos, falta de tipagem para D-fraco no receptor, falta de PAI do receptor na transfusão de plaquetas	Adequação dos insumos e controle da validade, orientação da equipe para realizar o PAI conforme RDC, realização de D-fraco nos recptores de hemácias Rh negativo	Equipe da AT	imediatro	A fenotipagem sempre foi encaminhada para o Hemosul, pois em Dourados estes testes não são realizados	sim
4	Adequação do mapa de inclusão do campo de registro do PAI do paciente	Equipe da AT	imediatro	O campo PAI do paciente está incluso no livro novo de imunohematologia	sim	
5	Realização de controle dos reagentes	O controle de qualidade interno é feito diariamente, sendo descrito o lote e remessa em formulário específico	Equipe da AT	imediatro	Corrigir eventuais erros de anotação e implementar a realização dos testes de controle nos três turnos	sim
6	Realização de Gerenciamento dos controles internos de pelo líder de equipe com frequência	Equipe da AT	imediatro	Preenchimento do formulário de gerenciamento, com	sim	

	controle interno	semanal		relatorio semanal	
7	Falta de gerenciamento resultados do EAQ	Avaliar desempenho da At e de cada membro da equipe	imediatos	O EAQ é responsabilidade da Pamela, sendo os resultados sim passados para a líder de equipe	
8	Gerenciamento de indicadores, conformidades, ações corretivas, ações de melhoria e preventiva	não implementação de indicadores de qualidade: taxa de descarte e reações transfusionais	Líder de equipe e responsável técnico	Avaliação mensal sim	
9 e 10	Liberação do sangue para o ato transfusional	Utilização das etiquetas atuais, elaboração da ficha de acompanhamento transfusional, elaboração de ficha de saída de hemocomponentes para o centro cirurgico	Equipe da AT	imediatos	Uso de ficha de acompanhamento da transfusão
12	protocolos de indicação, uso e	Todos os protocolos estão no POP		imediatos	sim

	descarte					
14	Procedimentos para aquisição de conector de tubos aliquotagem		Equipe da AT	sem prazo	solicitação de licitação do equipamento já realizada	não
15	Térmicas de adequação das caixas térmicas transporte interno		Equipe da AT	imediate		sim
16	Registros transfusionais	Otimizar o arquivamento dos registros com apoio do SAME, informatização da AT	Equipe da AT	sem prazo		não

Transfusão

Requisitos atendidos	Principal problema	Solução	Responsáveis pela ação	Prazo necessário	Observações	
2	protocolo transfusão	deanexar ao POP	Equipe da AT	imediate		sim
4	Protocolo de transfusão de pacientes aloimunizados	está descrito no protocolo de transfusão incluso no POP	equipe da AT			sim
	Registro prontuário:	Treinamento da equipe para o adequado registro no prontuário; no implantação da ficha transfusional e dados elaboração do termo de	equipe da AT e jurídico (termo de consentimento)		Elaborar o termo de consentimento e posterior	

6	transfusioais e termoconsentimento de consentimento informado			imediat	avaliação jurídica.	não
7	Registros transfusionais adequados permitam rastreabilidade	Os registros estão nos livros transfusionais, sendo possível a rastreabilidade manual	Equipe da AT	imediat	A rastreabilidade é possível com a metodologia atual, mas poderá ser facilitada com a informatização da AT.	sim
8	Requisições transfusão incompletas	deConscientização do corpo clínica para o preenchimento adequado da requisição de transfusão	todos setores do hospital	sem prazo	as requisições feitas pelo AGHU são completas	sim
11	Registros transfusionais	Informatização da AT para facilitar os processos de gerenciamento e rastreabilidade	Equipe da AT / setor de TI	sem prazo	Registros transfusionais são feitos nos livros, sendo rastreáveis, manualmente, sempre que necessário	sim
12	Sangria terapêutica	Manter protocolo de sangria no POP	Equipe da AT	imediat	O POP possui protocolo com a técnica de realização de sangria, sendo que é utilizada a balança da AT para o procedimento	sim

Requisitos atendidos	Principal problema	Solução	Responsáveis pela ação	Prazo necessário	Observações
14	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP	Solicitação do PSP		imediatamente	O hospital possui núcleo de segurança do paciente, sendo o PSP atualizado periodicamente. sim
Garantia de Qualidade					
1	Sistema de gestão de qualidade	Elaboração de indicadores de qualidade para diagnóstico de taxa de descarte e de reações transfusionais	equipe da at	sem prazo	não
2	Análise dos relatórios de auditoria interna e inspeção de vigilância sanitária	Apresentar plano de ação das auditorias e relatórios da vigilância sanitária; apresentar alvarás de funcionamento	equipe da at	imediatamente	sim
3	Calibração dos equipamentos	A calibração dos equipamentos é feita pela própria empresa fornecedora, junto com os equipamentos de análises clínicas	agência transfusional	imediatamente	apresentar as documentações comprobatórias sim
4	Gerenciamento de indicadores	Elaboração de indicadores de qualidade para diagnóstico de taxa de	equipe da at	sem prazo	elaborar ações de acordo com os indicadores, frequência sim

	qualidade	descarte e de reações transfusionais			trimestral	sim
5	Auditoria interna	Comissão de auditoria interna já criada, as auditorias estão em processo de implantação	comissão de auditoria interna	imediate	término da primeira auditoria	sim
7	Atualização do POP	POP atualizado	equipe da at	imediate		sim
8	Registro que permitam a rastreabilidade em todo o processo	Registros manuais nos livros	equipe da at	imediate	Com os registros feitos a rastreabilidade é possível	sim
9	Arquivamentos dos registros	informatização do AT, setor de TI	disponibilização de uma arquivo		sem prazo	não
Comitê						
Transfusional /						
Hemovigilância /						
Retrovigilância						
Requisitos atendidos	Principal problema	Solução	Responsáveis pela ação	Prazo necessário	Observações	
1 e 5	Comitê transfusional	Reestruturação do comitê novos integrantes	comequipe da AT	imediate		sim

2 e 4	Participação do processo de retrovigilância	A instituição poderá participar ativamente da retrovigilância assim que for solicitado ou notificado.	equipe da AT	imediate	Até o momento não houve nenhuma solicitação de retrovigilância, por isso não temos registro	Sim
3	Notificação de reações transfusionais	As notificações são feitas noequipe da AT Notivisa.		imediate	Existe um subdiagnóstico de reações transfusionais, por esta razão a frequênciadados registros são inferiores ao esperado	sim
Estrutura Física / Instalações						
Requisitos atendidos	Principal problema	Solução	Responsáveis pela ação	Prazo necessário	Observações	
1	Implantação do MAPA de risco	Solicitação ao SOST para disponibilização de MAPA de risco evidente	SOST	imediate		não
3	Controle de vetores	Demosntração do lote dos produtos usados	Hotelaria	imediate		não

4	Planta de arquitetura e engenharia	Disponibilização das aprovações pela /vigilância sanitária, bombeiros e comentidades de proteção ao meio ambiente	hotelaria e infra-estrutura imediato			não
5	Não licenciada	evidenciado	Disponibilização da documentação	divisão administrativa	imediato	sim
8	Guarda de arquivos	Criação de arquivo central hospital	infra-estrutura		sem prazo	Não há um local para depósito central de "arquivo morto"
9	PO de biossegurança	costa no POP e na SOST	Agência transfusional SOST		imediato	O documento é feito pela SOST em parceria com a agência transfusional e é atualizado anualmente.
Informações gerais						
	Requisitos atendidos	Principal problema	Solução	Responsáveis pela ação	Prazo necessário	Observações
1	Recursos humanos	redimensionamento colaboradores por setor	Requisição e funcionários para AT e Ebserh / Divisão de Gestão de pessoas (DivGP)	de	sem prazo	não

4	Treinamento continuado	Treinamento disponibilizado pelo HU-UFGD, hemocentro de Hemocentro de Dourados edourados, hemosul hemosul. Ensino à distância.	sem prazo	Caso o treinamento seja em Campo Grande será necessário colaboradores para completar a escala de plantão e ajuda de custos.	não
5	Documentação manutenção preventiva	da Disponibilização dos documentos Engenharia Clínica / pela Fornecedores de engenharia clínica e fornecedores dos equipamentos	imediate		não
6	Plano contingência	de disponível no POP	agência transfusional	imediate	sim

RECONDUZIR

PORTARIA N. 285, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018

PORTARIA DE RECONDUÇÃO – INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso da competência que lhe confere o art. 16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **Reconduzir**, por 30 (trinta) dias, a Investigação Preliminar, instituída através da Portaria nº 160, de 13 de junho de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 147, de 19 de junho de 2018, referente ao Processo nº 23529.003265/2018-43.

Art. 2º Designar LETÍCIA CRISTINA LUMIERE, Matrícula SIAPE nº 2137462, ocupante do cargo de bióloga, lotada no HU-UFGD, para atuar como COMISSÁRIA e conduzir procedimento de Investigação Preliminar visando à apuração de fato considerado irregular descrito no Processo nº 23529.003265/2018-43.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

APROVAR

PORTARIA N. 31, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018

O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Microbiologia: Critérios de rejeição de amostras do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Flavio Sette de Souza

Procedimento Operacional	POP nº. 15
Padrão (POP) – ASSISTENCIAL	
MICROBIOLOGIA: CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS	Versão: 1.0
Unidade organizacional: HU-UFGD – LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Categoria profissional: Todos da área assistencial	
Linha de cuidado: Apoio diagnóstico	
Elaborado por: Leticia Cristina Limiere	Data de Criação: 21/08/2018
Revisado por: Junior Cesar Casagrande, Nathalie Gaebler Vasconcelos	Data de Revisão: 23/08/2018
Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFGD	Data de Aprovação: 18/09/2018
Responsável pelo POP: Viviane Regina Noro	

OBJETIVO: Divulgar os exames realizados no setor de microbiologia e quais os critérios de rejeição de amostras clínicas.

SIGLAS E ABREVIATURAS:

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BAAR – Bacilo Ácido-Álcool Resistente

BAC – Bacterioscopia

CLSI – Clinical and Laboratory Standards Institute

TSA – Teste de Sensibilidade aos Antibióticos

DEFINIÇÃO:

- ❖ **JUSTIFICATIVA:** este documento visa esclarecer quais são os exames realizados no setor de microbiologia, explanando, ainda, os **critérios de rejeição** de amostras para guiar a solicitação de exames.
- ❖ **CONCEITOS:**
 1. **Cultura microbiológica:** é um método de multiplicação de micro-organismos em um meio de cultura pré-determinado, de acordo com a amostra coletada, sob condições laboratoriais controladas.

2. **Teste de Sensibilidade aos Antibióticos:** teste que determina a sensibilidade de uma bactéria a determinados antibióticos.
3. **Bacterioscopia:** exame microscópico. É a pesquisa de bactérias em amostra clínica sob a forma de esfregaço corado (coloração de GRAM).
4. **Baciloscopia:** exame microscópico. É a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes na amostra clínica sob a forma de esfregaço corado (coloração de Ziehl-Neelsen).
5. **Pesquisa de Fungos:** exame microscópico. É a pesquisa de leveduras e fungos filamentosos em amostra clínica sob a forma de esfregaço corado ou análise direta em lâmina.

RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO: médicos.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: funcionários do laboratório são responsáveis para aplicar os critérios de rejeição e realizar o processamento de amostras.

INDICAÇÃO: para avaliação de pedidos médicos e caracterização de amostras destinadas à microbiologia.

CONTRA-INDICAÇÃO: para solicitação de exames de outros setores.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS: não se aplica.

PROCEDIMENTOS:

1. Coleta de amostras clínicas:

- Colher antes da antibioticoterapia, sempre que possível. Quando a terapia antimicrobiana já tiver sido instituída, coletar antes da próxima dose do antimicrobiano.
- Observar a antisepsia na coleta de todos os materiais clínicos.
- Colher do local onde o micro-organismo suspeito tenha maior probabilidade de ser isolado, priorizando tecidos vitalizados, e nunca tecidos necróticos ou materiais purulentos acumulados na lesão.
- Considerar o estágio da doença na escolha do material. Por exemplo: patógenos entéricos causadores de diarreia estão presentes em maior quantidade e são mais facilmente isolados durante a fase aguda ou diarreica do processo infeccioso intestinal.
- Quantidade suficiente de material deve ser coletado para permitir uma completa análise microbiológica. Caso a quantidade seja pequena, **priorizar os exames de maior relevância.**
- Para procedimentos detalhados sobre coleta, volume, conservação e transporte de amostras consultar POPs específicos do setor de microbiologia.

2. Exames realizados no setor:

- **Cultura:** visa o isolamento e identificação de micro-organismos (**bactérias aeróbias, anaeróbias facultativas e leveduras**) e é dividida em quantitativa e qualitativa.
 - Quantitativa: culturas que possuem ponto de corte, conforme recomendação da ANVISA. São elas: urocultura, culturas de aspirado traqueal, escovado e lavado brônquico.
 - Qualitativa: culturas que não possuem ponto de corte, sendo considerado significativo qualquer crescimento de unidades formadoras de colônia.

A identificação dos micro-organismos é realizada através de meio automatizado Phoenix™ 100.

Tempo de análise:

- ✧ 48 horas para resultados negativos;
- ✧ 48 – 120 Horas para resultados positivos;
- ✧ **Hemoculturas** são incubadas por meio automatizado Bactec™ FX, e tem possuem tempo de análise de 120 horas para resultados negativos.
- **TSA:** realizado juntamente com a identificação do micro-organismo através do Phoenix™ 100, ou na limitação deste, realiza-se por disco-difusão ou gradiente de concentração em escala inibitória. Utiliza-se o CLSI vigente para padrão de leitura de inibição, conforme recomendação da ANVISA.
- **Cultura para fungos filamentosos:** visa o isolamento e identificação de fungos filamentosos, através de incubação em meio específico. É realizada somente identificação do gênero através da análise macro e microscópica.

Tempo de análise:

- ✧ 30 dias para resultados negativos;
- ✧ Para resultados positivos a análise é variável de acordo com o tempo de crescimento do fungo, sendo normalmente de 7 – 30 dias.

NOTA: No setor de microbiologia há uma lista com os micro-organismos que são identificados e quais possuem TSA padronizado. Para cultura de micro-organismos que não estão nessa listagem, o solicitante deve verificar na recepção do laboratório se o LACEN realiza tal exame e qual o procedimento necessário para envio da amostra.

- **Bacterioscopia:** pesquisa de bactérias. É realizada para todos os materiais, **exceto** fragmentos de biopsia.

Tempo de análise: o resultado é liberado no mesmo dia da solicitação.

- **Baciloscopia:** pesquisa de BAAR. É realizada para todos os materiais, **exceto** fragmentos de biopsia.

Tempo de análise: o procedimento é realizado às segundas, quartas e sextas-feiras, o resultado é liberado no período da tarde.

- **Pesquisa de fungos:** microscopia realizada para pesquisa de leveduras e fungos filamentosos. A metodologia de análise varia de acordo com a amostra, sendo realizada pelos seguintes procedimentos: hidróxido de potássio (KOH) a 20%, tinta nanquim (tinta da China) e método de GRAM.

Tempo de análise:

- ✧ KOH – o resultado é liberado 24 horas após o preparo da lâmina;
- ✧ Tinta da China e GRAM – o resultado é liberado no mesmo dia da solicitação.

3. Critérios de rejeição de amostras: normas de rejeição para determinados materiais e condições que, quando detectados, tornam necessário o contato com o médico solicitante para melhores esclarecimentos, ou solicitação de nova amostra dentro dos critérios de aceitação.

➤ **Erros de identificação**

- Discrepância entre a identificação da amostra e o pedido médico.
- Falta de identificação da amostra.
- Origem da amostra ou tipo de amostra não identificada.
- Teste a ser realizado não especificado.

➤ **Amostras inadequadas:** são consideradas impróprias por não possuírem padrão de análise e/ou fornecerem resultados questionáveis.

- ✧ Amostras enviadas em frascos não estéreis;
- ✧ Material colhido em frascos não padronizados ou de origem desconhecida;
- ✧ Material colhido em swab não padronizado ou de origem desconhecida (“cotonete”);
- ✧ Material de colostomia;
- ✧ Mais de uma amostra de urina, fezes, escarro e ferida colhida em menos de 24 horas;
- ✧ Escarro com aspecto de saliva;
- ✧ Material clínico recebido em solução de fixação (formalina);
- ✧ Ponta de cateter de Foley;
- ✧ Urina coletada da extremidade do cateter de Foley, pois a ponta do cateter está invariavelmente contaminada com micro-organismos uretrais;
- ✧ Ponta de cateter vascular central SEM hemocultura pareada;
- ✧ Ponta de cateter de tamanho < 2 e > 5 cm;
- ✧ Swab peri-retal. Recomendado somente para isolamento de *S. agalactie* em gestantes;
- ✧ Swab de amostra de queimadura, de lesão de gangrena, de lesão periodontal, de úlcera de decúbito e de úlcera varicosa. Nesses casos recomenda-se sempre que possível a punção aspirativa ou biopsia;
- ✧ Swab seco;
- ✧ Material conservado inadequadamente com relação ao tempo de viabilidade e temperatura:

Amostra	Tempo limite de processamento	Temperatura	Meio de transporte
Fezes*	1 hora	Ambiente	Frasco estéril seco
Fragmentos***	30 minutos	Ambiente	Frasco estéril seco**
Líquidos em geral	Mais rápido possível	Ambiente	Frasco estéril seco
Material respiratório	30 minutos	Ambiente	Frasco estéril seco
Swab	8 horas	Ambiente	Meio semi-sólido Stuart
Urina	1 hora	Ambiente	Frasco estéril seco

*Cultura de fezes é realizada para o isolamento de *E. coli* enteropatogênica, *E. coli* enterohemorrágica, *E. coli* enteroinvasora, *Yersinia spp.*, *Salmonella spp.*, e *Shigella spp.*

**Caso o fragmento seja pequeno pode-se colocar 1 – 2mL de soro fisiológico para evitar ressecamento.

*** diâmetro recomendado é maior ou igual a 3mm. Coletar um fragmento para cada cultura solicitada.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Evitar que culturas sejam realizadas de maneira indiscriminada, devendo assim a solicitação ser baseada nos protocolos publicados pela CCIRAS e ainda seguir os critérios estabelecidos nos protocolos de microbiologia.
- Aumentar o isolamento de micro-organismos potencialmente infectantes e, conseqüentemente, diminuir a quantidade de contaminantes.
- Diminuir as dúvidas do corpo clínico relacionadas ao tempo de análise para liberação de resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada a Assistência à saúde. Módulo 4 – Procedimentos laboratoriais: da requisição do exame a análise microbiológica e laudo final. Brasília: Anvisa, 2013.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada a Assistência à saúde. Módulo 3 – Principais Síndromes Infeciosas. Brasília: Anvisa, 2013.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada a Assistência à saúde. Módulo 7 – Detecção e Identificação de Micobactérias de Importância Médica. Brasília: Anvisa, 2013
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº01/2013: Medidas de prevenção e controle das infecções por enterobactérias multirresistentes. Brasília: Anvisa, 2013.
5. CLSI. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing. 28th ed. CLSI supplement M100S. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2018.
6. Rossi, F. Resistência bacteriana: interpretando o antibiograma. São Paulo. Editora Atheneu, 2005.

PORTARIA N. 32, DE 19 DE SETEMBRO DE 2018

O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente a Curativo em lesão aberta ou incisão cirúrgica fechada por primeira intenção do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Flavio Sette de Souza

Procedimento Operacional Padrão (POP) – ASSISTENCIAL	POP nº. 003
Curativo em lesão aberta ou incisão cirúrgica fechada por primeira intenção	Versão: 1.0
Unidade organizacional: Divisão de Enfermagem/ Comissão de Cuidados com a Pele	
Categoria profissional: Equipe assistencial	
Linha de cuidado: Todas as linhas assistenciais	
Elaborado por: Jaqueline Aparecida dos Santos Sokem; Fernanda Guimarães Felix Lima	Data de Criação: 11/06/18
Revisado por: Comissão de Cuidados com a Pele/ Educação Permanente em enfermagem	Data de Revisão: 22/08/2018
Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde	Data de Aprovação: 19/09/2018
Responsável pelo POP: Michel Coutinho dos Santos	

OBJETIVO: proporcionar o ambiente ideal para a cicatrização tecidual.

SIGLAS E ABREVIATURAS: LP - Lesão por Pressão.

DEFINIÇÃO:

O curativo compreende a limpeza, o desbridamento do leito da lesão e a escolha da cobertura adequada para o leito da lesão. A limpeza consiste na remoção de microorganismos, corpos estranhos e tecidos desvitalizados do leito da lesão. Já o desbridamento consiste na remoção dos tecidos desvitalizados do leito da ferida (YAMADA, 2014).

O desbridamento também pode ser utilizado para remover tecidos viáveis, que não completam o processo de reparação por estarem fibrosados e crônicos, sendo usado assim para revitalização tecidual (YAMADA, 2014).

A limpeza e o desbridamento são importantes para prevenir infecção, principalmente nas feridas crônicas com impedimento do suprimento vascular, onde o tecido necrótico oferecerá suprimento nutricional para os microorganismos (YAMADA, 2014).

Justificativa

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).

Abrangência (Âmbito, Ponto de Assistência e Local de Aplicação)

As recomendações para o curativo devem ser aplicadas a todos os indivíduos com lesões em todos os grupos etários.

RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO: enfermeiros e médicos.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: os curativos de lesões menos complexas podem ser realizados por técnicos, desde que sob a supervisão e orientação do enfermeiro. Já os curativos de lesões mais profundas, de maior complexidade, devem ser realizados pelo enfermeiro (COFEN, 2018).

INDICAÇÃO: aplicadas a todos os indivíduos com lesões abertas e/ou feridas cirúrgicas com fechamento por primeira intenção em todos os grupos etários.

CONTRAINDICAÇÃO: situação clínica que contraindique a realização de procedimentos e intervenções.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS: produtos para curativo - bandeja, kit de curativo ou luva estéril, luvas de procedimento, pacotes de gaze estéril, cobertura prescrita (ex. papaína, hidrogel, carvão ativado etc.), solução fisiológica a 0,9% (SF) (volume de acordo com o tamanho da ferida), solução de poliaminopropilbiguanida (Polihexam® solução ou Prontosan® solução), agulha 40x12 mm, seringa de 20 ml (se necessário irrigar a lesão) e saco plástico para lixo.

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI): definir de acordo com a complexidade da lesão - avental descartável, máscara cirúrgica, gorro e óculos de proteção. Contudo, a máscara cirúrgica sempre deve ser utilizada.

- Fixação: atadura de crepe, adesivo hipoalergênico ou filme transparente. Para peles frágeis e curativos de região sacral preferir fixação com o filme transparente;

- Se ferida infectada e tecido inviável: utilizar solução de limpeza com poliaminopropilbiguanida, se disponível;

- Se feridas extensas ou exsudativas: chumaço ou compressa.

PROCEDIMENTOS:

Descrição da técnica do curativo (para lesões abertas extensas ou onde há necessidade de desbridamento):

1. Confirme o paciente e o procedimento que será realizado;
2. Reúna os materiais na bandeja e leve ao quarto do paciente. Para lesões mais extensas indique o uso de luva estéril ou pinças para realizar o curativo;
3. Explique o procedimento ao paciente;
4. Promova a privacidade do paciente, colocando o biombo e/ou fechando a porta do quarto;
5. Utilize os equipamentos de proteção individual de acordo com a lesão, contudo a máscara sempre é indicada;
6. Higienize as mãos;
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida;
9. Realize a antisepsia do frasco de soro, com álcool a 70%, antes de usá-lo;
10. Perfure a solução fisiológica com agulha para limpar a lesão (indica-se perfurar o frasco de soro na parte lateral do frasco, na curvatura do frasco);
11. Retire o curativo anterior, delicadamente, com luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior, avaliando a quantidade de exsudato, a coloração do exsudato, a presença de odor do exsudato e o aspecto das bordas da lesão;
12. Descarte o curativo anterior e as luvas de procedimento em saco plástico;
13. Higienize as mãos para iniciar o novo curativo;
14. Calce a luva estéril ou de procedimento (se for utilizar pinças);
15. Limpe o leito da lesão com SF 0,9% ou água destilada ou ringer lactato, de acordo com o tecido presente no leito da lesão. Realize a limpeza em um único sentido, com técnica em Z:
 - **Se for tecido de granulação:** lave com soro perfurado;
 - **Se for tecido desvitalizado:** limpe com gaze estéril embebida em solução fisiológica 0,9%, exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis. Após, irrigue a lesão.
 - **Se tiver sinais de infecção:** limpe a lesão com soro perfurado. Após redução da sujidade visível, utilize solução de poliaminopropilbiguanida (Polihexam® ou Prontosan®) no leito da lesão da seguinte maneira: umedecer algumas gazes com esta solução e ocluir a ferida com estas gazes umedecidas, deixando-as no local por 10-15 minutos. Após, retirar estas gazes e avaliar o tecido presente no leito da lesão para escolha da cobertura indicada. Atentar-se que a solução de poliaminopropilbiguanida **não** é compatível com pomadas oleosas.
16. Limpe a pele ao redor da lesão com soro fisiológico ou água e sabão ou solução de poliaminopropilbiguanida. Preferir a solução de poliaminopropilbiguanida para limpeza da pele ao redor da lesão se esta estiver disponível;
17. Seque a pele ao redor da lesão;
18. Aplique a cobertura indicada para o leito da lesão (preencher a cavidade se houver, preferencialmente com uma cobertura em fita ou placa). Se for pomada, aplicar uma camada fina do produto;
19. Lembrar sempre de utilizar um creme de barreira protetor para a pele ao redor das feridas. Se as bordas estiverem maceradas, aplicar protetor cutâneo spray no local;
20. Coloque a primeira gaze de contato umedecida com gotas de solução fisiológica a 0,9%, (caso vá utilizar pomada e gazes tradicionais para cobertura);
21. Coloque as gazes secas (cobertura secundária);

22. Fixe o curativo com adesivo hipoalergênico, atadura ou filme transparente e identifique o curativo com data e nome do profissional;
23. Retire os equipamentos de proteção individual e despreze os materiais contaminados e perfurocortantes;
24. Higienize as mãos;
25. Calce novas luvas e posicione o paciente adequadamente;
26. Higienize as mãos e calce novas luvas de procedimento;
27. Recolha os materiais do quarto, mantendo organizado o local;
28. Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, descrevendo o aspecto da pele ao redor e leito da ferida (coloração, exsudato, etc.).

Técnica asséptica sem toque para curativos (Indicada para lesões menores ou para incisões cirúrgicas fechadas por primeira intenção - com sutura)

Tradicionalmente para realização de curativos o uso de pinças tem sido um dos principais materiais que compõem a técnica, contudo, nem sempre há necessidade desse instrumental para realização de curativos. Na verdade, o uso da pinça é necessário quando o desbridamento for realizado. A pinça, quando usada inadequadamente, pode vir a causar danos no tecido neoformado (FERREIRA; ANDRADE; POLETTI, 2009).

Vários estudos comprovaram que o uso de luva de látex de procedimento não acarreta em aumento das taxas de infecção quando comparadas às luvas estéreis, se usadas de forma adequada, sem contaminar o leito das lesões e armazenadas em local adequado (FERREIRA; ANDRADE; POLETTI, 2009).

Dessa forma, Krasner e Kennedy (1994), publicaram uma técnica para curativo denominada no-touch (sem toque). Esta técnica é uma combinação do "método" limpo e estéril.

Nesta técnica, a "trouxinha" de gazes é feita com as mãos enluvadas com luva de procedimento. É utilizada a embalagem original da gaze como campo estéril. Na técnica, deve-se pegar a gaze por uma das extremidades, tocando na gaze pela parte de trás. Dessa forma, juntam-se as quatro partes da gaze. A parte central da gaze que não foi tocada pelas mãos enluvadas é considerada estéril (FERREIRA; ANDRADE; POLETTI, 2009).

Esta técnica para curativos é indicada para lesões menores, já que nas lesões muito extensas, há um risco de contaminar a lesão. A avaliação quanto a possibilidade de usar esta técnica deve ficar a cargo do profissional que irá executar o curativo. Contudo, é indicada para uso em todos os tipos de feridas (NHS, 2017).

Para as feridas cirúrgicas fechadas por primeira intenção a técnica asséptica sem toque ou a técnica asséptica com luvas estéreis são indicadas. A técnica asséptica sem toque tem sido indicada com nível de recomendação elevado para a troca de curativos cirúrgicos fechados por primeira intenção. Não há necessidade de utilizar pinças para a realização de curativos de feridas operatórias fechadas com sutura. Caso o profissional não se sinta habilitado para a realização do curativo adotando a técnica asséptica sem toque, orienta-se que adote a técnica asséptica com luvas estéreis (NHS, 2017; NICE, 2017; ROWLEY, CLARE, 2011).

Ressalta-se que o curativo oriundo da cirurgia só deve ser trocado no mesmo dia da cirurgia se houver saída de exsudato excessivo da incisão ou saída accidental do curativo. Após 48 horas, se não houver saída de exsudato e se as margens da ferida estiverem unidas por pontos, sem sinais de ruptura, a ferida operatória pode ser mantida aberta, sem curativos (NHS, 2017; NICE, 2017; BLANES, AUGUSTO, 2014; ROWLEY, CLARE, 2011).

Descrição da técnica assépticase toque (indicada para lesões menores e feridas cirúrgicas fechadas por primeira intenção):

1. Confirme o paciente e o procedimento que será realizado;
2. Reúna os materiais na bandeja e leve ao quarto do paciente;
3. Explique o procedimento ao paciente;
4. Promova a privacidade do paciente colocando o biombo e/ou fechando a porta do quarto;
5. Utilize os equipamentos de proteção individual de acordo com a lesão, contudo a máscara sempre é indicada;
6. Higienize as mãos;
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida;
9. Abra um pacote de gaze estéril e coloque a quantidade de cobertura que será utilizada no papel grau cirúrgico da embalagem da gaze;
10. Realize a antisepsia do frasco de soro antes de usá-lo com álcool a 70%;
11. Perfure a solução fisiológica com agulha para irrigar a lesão;
12. Retire o curativo anterior, delicadamente, com a luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior, avaliando a quantidade de exsudato, a coloração do exsudato, a presença de odor do exsudato e o aspecto das bordas da lesão;
13. Descarte o curativo anterior e as luvas de procedimento em saco plástico;
14. Higienize as mãos para iniciar o novo curativo;
15. Calce novas luvas de procedimento;
16. Inicie a limpeza do leito da lesão de acordo com o tecido presente no leito da lesão e de acordo com a etiologia da ferida, conforme descrito a seguir;
17. **Se for incisão cirúrgica com sutura:** limpe com gaze estéril embebida em solução fisiológica exercendo suave pressão. A "trouxinha" de gaze deve ser feita, pegando a gaze do pacote pela extremidade e fazendo a trouxa com as mãos enluvadas com as luvas de procedimento. A região central da gaze é considerada estéril e é esta região que deve ter contato com o leito da lesão. Inicie a limpeza pela região da pele ao redor da ferida cirúrgica com gaze úmida com SF 0,9% limpando em um único sentido, lembrando que nesta técnica a gaze possui apenas uma face, sendo assim, após o uso deve ser necessário descartar a gaze. Após limpar a pele ao redor da ferida, limpe a incisão cirúrgica também com uma gaze umedecida com SF 0,9%. Após a limpeza, seque a ferida com a "trouxinha" de gaze e ocluir com gazes secas e fita adesiva hipoalergênica. Nesta técnica, a região da gaze onde houve toque com a mão enluvada, deve ficar distante do leito da incisão cirúrgica, tendo contato com a pele íntegra;
18. **Se for ferida aberta:**
 - **Com tecido de granulação:** limpe com frasco de soro perfurado;
 - **Com tecido desvitalizado:** limpe com gaze estéril embebida em solução fisiológica exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis. A "trouxinha" de gaze deve ser feita, pegando a gaze do pacote pela extremidade e fazendo a trouxa com as mãos enluvadas com as luvas de

procedimento. A região central da gaze é considerada estéril e é esta região que deve ter contato com o leito da lesão. Após essa etapa, realizar irrigação do leito da lesão.

- **Se houver sinais de infecção:** limpe a lesão com soro perfurado e após redução da sujidade visível, utilize solução de poliaminopropilbiguanida no leito. Após redução da sujidade visível, utilize solução de poliaminopropilbiguanida (Polihexam® ou Prontosan®) no leito da lesão da seguinte maneira: umedecer algumas gazes com esta solução e ocluir a ferida com estas gazes umedecidas, deixando elas no local por 10-15 minutos. Após, retirar estas gazes e avaliar o tecido presente no leito da ferida para a escolha do produto escolhido. Atentar-se que a solução de poliaminopropilbiguanida não é compatível com pomadas oleosas;
- 19. Limpe a pele ao redor da lesão com soro fisiológico ou água e sabão ou solução de poliaminopropilbiguanida (preferir essa solução para a limpeza da pele ao redor das lesões);
- 20. Seque a pele ao redor da lesão;
- 21. Aplique a cobertura indicada para o leito da lesão (pode-se usar a gaze estéril para aplicação da cobertura, na parte não tocada);
- 22. Aplique um creme de barreira ao redor da ferida para prevenir a dermatite periferida. Se as bordas estiverem maceradas, aplicar protetor cutâneo spray no local;
- 23. Coloque a primeira gaze de contato umedecida com gotas de solução fisiológica a 0,9%. Nesta técnica, a região da gaze onde houve toque com a mão enluvada, deve ficar distante do leito da ferida, em contato com a pele íntegra;
- 24. Coloque as gazes secas (cobertura secundária);
- 25. Fixe o curativo com adesivo hipoalergênico, atadura ou filme transparente e identifique o curativo com data e nome do profissional;
- 26. Retire os equipamentos de proteção individual e despreze os materiais contaminados e perfurocortantes;
- 27. Higienize as mãos;
- 28. Calce novas luvas e posicione o paciente adequadamente;
- 29. Higienize as mãos;
- 30. Recolha os materiais do quarto, mantendo organizado o local;
- 31. Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado, descrevendo o aspecto da pele ao redor e leitada ferida (coloração, exsudato etc.).

RESULTADOS ESPERADOS: Realização dos procedimentos sem intercorrências; manutenção da saúde do cliente e redução de complicações potenciais ao cliente.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

- O curativo deve ser protegido no momento do banho para não ser molhado.
- Quando o paciente apresentar dreno e incisão cirúrgica simultaneamente, o curativo do dreno deve ser isolado do curativo da ferida operatória, sendo necessária a troca todas as vezes que apresentar umidade. Se necessário, bolsas coletoras podem ser adotadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BLANES, L.; AUGUSTO, F. S. **Procedimento operacional padrão: Curativo em ferida aberta.** Hospital São Paulo. Hospital Universitário da Unifesp. Disponível em: <www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/.../2015/POP_Curativo_ferida_aberta.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

BLANES, L.; AUGUSTO, F. S. **Procedimento operacional padrão: Curativo em ferida operatória.** Hospital São Paulo. Hospital Universitário da Unifesp. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/POP_Curativo_ferida_operatoria.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 0567/2018. **Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas.** Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/ANEXO-RESOLU%C3%87%C3%83O-567-2018.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide.** Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia, 2014.

FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D.; POLETTI, N. A. A. Técnica sem toque: alternativa para realização de curativo. **Nursing**, v. 12, n. 134, p. 318-320, 2009.

NICE. Clinical Guideline. Surgical site infection: prevention and treatment. NICE Guideline, United Kingdom, Feb./2017. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/CG74/chapter/1-Guidance#postoperative-phase>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

NHS. Lincolnshire Community Health Services. **Asepsis, Non Touch Technique and**

Clean Techniques. Infection Prevention Team. Lincolnshire Community Health Services. LCHS Trust Board, jan./2017. Disponível em: <https://www.lincolnshirecommunityhealthservices.nhs.uk/application/files/2115/0053/9993/G_IPC_44_Asepsis_Non_Touch_Technique__Clean_Techniques.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

ROWLEY, S.; CLARE, S. ANTT: a standard approach to aseptic technique. **Nursing Times**, v. 107, n. 36, p. 12-14, sep./2011. Disponível em: <<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/infection-control/antt-a-standard-approach-to-aseptic-technique/5034771.article>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

YAMADA, B. F. A. Limpeza e desbridamento no tratamento da úlcera por pressão. In: BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão.** São Paulo: Editora Atheneu, 2014, p. 215-232.